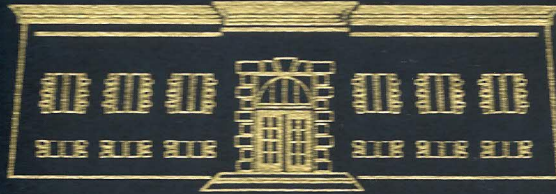




REPUBLIKA E SHQIPËRISË



UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË

Universiteti i Tiranës

Fakulteti i Mjekësisë

Departamenti Neurologji Neurokirurgji Psikiatri

DIZERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. Elga Spaho

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: Psikiatri

TEMA: "Psikoza-emigracioni dhe faktorët socio-demografikë"

Doktoranti:

Elga SPAHO

Udhëheqës Shkencor:

Prof.Asc. Valbona ALIKAJ

Tiranë, 2023

Abstrakti

Proçesi i emigrimit, në botë, është shtuar e transformuar në kompleksitetin e tij. Shqipëria prej vitesh po përballet me emigracionin e pasojat e tij. Janë realizuar disa studime mbi profilin e emigrantëve shqiptarë, shifrat e emigrimit e aspekte social, por jo mbi psikozat dhe shëndetin mendor.

Qëllimi dhe Metoda: Studimi i ndikimit të faktorëve socio-demografikë dhe faktorëve të emigracionit në shfaqjen e psikozave. Rast – kontroll, koha 1 Janar 2011 - 31 Dhjetor 2013 në Shërbimin e Psikiatrisë, Tiranë. 182 individë mbi 18 vjeç u studjuan, 93 grupi me psikozë, 89 grupi i kontrollit. U administruan pyetësorë për emigrimin dhe psikozën

Rezultatet: Grupi me psikozë ishin më shumë meshkuj (56.7%) kundrejt (52.8%) $p < 0.02$), me moshë mesatare më të re se grupi i kontrollit. 54.8% u diagnostikuan me Çrregullim deluzional. Individët me psikozë ishin më shumë beqarë e të divorcuar (46.2%). Herediteti ($p < 0.001$), papunësia ($p < 0.009$), përdorimi i substancave ($p < 0.001$), mosha e vogël, fatkeqësitë dhe izolimi social, ishin parashikues të gjasës për psikozë.

Konkluzione: Në Shqipëri, nuk ka studime mbi psikozën dhe faktorët e emigrimit dhe ekziston një nevojë për të dhëna që të mbështesin shërbimet për vlerësim. Nevojiten studime epidemiologjike, mbi gjeneratën e dytë të emigrantëve.

Fjalët kyçe: psikozë, simptomat e para, emigrim, faktorët ndikues, Shqiptar

Abstract

Nowadays emigration, has increased and transformed worldwide in its complexity. Albania is facing this phenomenon for many years. There are done quantitative studies on emigration, but no research on psychoses and mental health.

Aim and Method: Study of the impact of socio-demographic factors and immigration factors on the occurrence of psychoses. Case - control, time 1 January 2011 - 31 December 2013 at the Tirana Psychiatric Service. 182 individuals over 18 years old were studied, 93 psychotic group, 89 control group. Beside clinical interview, completed questionnaire on emigration factors and psychosis.

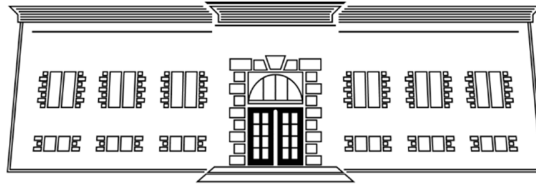
Results: The group with psychosis was more male (56.7%) versus (52.8%) $p < 0.02$), with a younger average age than the control group. 54.8% were diagnosed with Delusional Disorder. Individuals with psychosis were more likely to be single and divorced (46.2%). Inheritance for mental illness ($p < 0.001$), unemployment ($p < 0.009$), substance use ($p < 0.001$), young age of emigration, adversities and social isolation were found to be predictors of the likelihood of psychosis.

Conclusions: there is no research study in Albania on psychosis and emigration factors, while there is a need for data to support services. Epidemiological studies, on the second generation of immigrants, are necessary.

Key words: psychosis, immigration, pre-immigration, immigration factors, Albanian



REPUBLIKA E SHQIPËRISË



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
Universiteti i Tiranës
Fakulteti i Mjekësisë
Departamenti Neurologji Neurokirurgji Psikiatri

DIZERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. Elga Spaho

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: Psikiatri

TEMA: “Psikoza-emigracioni dhe faktorët socio-demografik”

Doktoranti:

Elga SPAHO

Udhëheqës Shkencor:

Prof.Asc. Valbona ALIKAJ

Tiranë, 2023

Abstrakti

Proçesi i emigrimit, në botë, është shtuar e transformuar në kompleksitetin e tij. Shqipëria prej vitesh po përballet me emigracionin e pasojat e tij. Janë realizuar disa studime mbi profilin e emigrantëve shqiptarë, shifrat e emigrimit e aspekte social, por jo mbi psikozat dhe shëndetin mendor.

Qëllimi dhe Metoda: Studimi i ndikimit të faktorëve socio-demografikë dhe faktorëve të emigracionit në shfaqjen e psikozave. Rast – kontroll, koha 1 Janar 2011 - 31 Dhjetor 2013 në Shërbimin e Psikiatrisë, Tiranë. 182 individë mbi 18 vjeç u studjuan, 93 grupi me psikozë, 89 grupi i kontrollit. U administruan pyetësorë për emigrimin dhe psikozën

Rezultatet: Grupi me psikozë ishin më shumë meshkuj (56.7%) kundrejt (52.8%) $p < 0.02$, me moshë mesatare më të re se grupi i kontrollit. 54.8% u diagnostikuan me Çrregullim deluzional. Individët me psikozë ishin më shumë beqarë e të divorcuar (46.2%). Herediteti ($p < 0.001$), papunësia ($p < 0.009$), përdorimi i substancave ($p < 0.001$), moshë e vogël, fatkeqësitë dhe izolimi social, ishin parashikues të gjasës për psikozë.

Konkluzione: Në Shqipëri, nuk ka studime mbi psikozën dhe faktorët e emigrimit dhe ekziston një nevojë për të dhëna që të mbështesin shërbimet për vlerësim. Nevojiten studime epidemiologjike, mbi gjeneratën e dytë të emigrantëve.

Fjalët kyçe: psikozë, simptomat e para, emigrim, faktorët ndikues, Shqiptar

Abstract

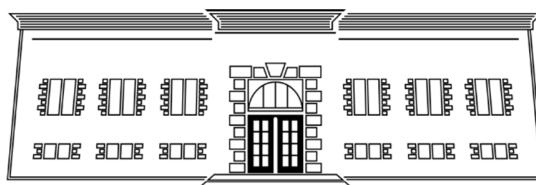
Nowadays emigration, has increased and transformed worldwide in its complexity. Albania is facing this phenomenon for many years. There are done quantitative studies on emigration, but no research on psychoses and mental health.

Aim and Method: Study of the impact of socio-demographic factors and immigration factors on the occurrence of psychoses. Case - control, time 1 January 2011 - 31 December 2013 at the Tirana Psychiatric Service. 182 individuals over 18 years old were studied, 93 psychotic group, 89 control group. Beside clinical interview, completed questionnaire on emigration factors and psychosis.

Results: The group with psychosis was more male (56.7%) versus (52.8%) $p < 0.02$, with a younger average age than the control group. 54.8% were diagnosed with Delusional Disorder. Individuals with psychosis were more likely to be single and divorced (46.2%). Inheritance for mental illness ($p < 0.001$), unemployment ($p < 0.009$), substance use ($p < 0.001$), young age of emigration, adversities and social isolation were found to be predictors of the likelihood of psychosis.

Conclusions: there is no research study in Albania on psychosis and emigration factors, while there is a need for data to support services. Epidemiological studies, on the second generation of immigrants, are necessary.

Key words: psychosis, immigration, pre-immigration, immigration factors, Albanian



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
Universiteti i Tiranës
Fakulteti i Mjekësisë
Departamenti Neurologji Neurokirurgji Psikiatri

DIZERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. Elga Spaho

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: Psikiatria

TEMA: “Psikoza-emigracioni dhe faktorët socio-demografik”

MBROHET ME DATË:

PËRPARA JURISË:

- | | |
|------------------------------|-------------------|
| 1. Prof. Ariel Como | KRYETAR |
| 2. Prof.Asc. Fatime Elezi | ANËTAR (Oponent) |
| 3. Prof. Asc. Ferit Zavalani | ANËTAR (Oponent) |
| 4. Prof. Enver Roshi | ANËTAR |
| 5. Prof. Asc. Diamant Shtiza | ANËTAR |

PARATHËNIE

Emigrimi nuk është vetëm një fenomen, por një proces i tërë që përfshin një sërë ngjarjesh, i cili do të influencohet nga një numër faktorësh të nivelit social dhe individual. Faktorët e riskut për një shëndet mendor të deterioruar janë multiple, multidimensionale dhe interaktive. Ndikimi i tyre tek emigrantët mund të shfaqet gjatë njërës nga fazat e procesit të emigrimit.

Parandalimi dhe trajtimi i problemeve të shëndetit mendor tek migrantët, duhet të jetë fokusi kryesor i politikave të shëndetit në përgjithësi. Ka dëshmi të qëndrueshme se incidenca e të gjitha formave të psikozave është më e lartë tek emigrantët dhe popullata të pakicës etnike në një numër shtetesh. Ky përfundim përfshin studime të bëra në grupe emigrantësh në Angli, Hollandë, Danimarkë Suedi, Australi dhe SHBA (Bhugra and Becker 2005).

Në një botë ideale, emigrantët me një çrregullim dëmtues psikiatrik, veçanërisht psikozat, si çrregullime serioze që arrijnë deri në dëmtimin e funksionimit, do të merrnin shërbim e ndërhyrje të bazuara në të dhënat, të administruara nga profesionistë, me nivelin e duhur të ekspertizës dhe/ose supervizionit dhe nga një shërbim i përshtatur me nevojat e tyre. Një mënyrë për të analizuar sesa afër jemi me përmbushjen e këtij objekti, është studimi i simptomatikës dhe dëmtimet që ka shkaktuar psikoza tek kjo popullatë. Edhe nga studimet e shumta kjo duket të jetë komplekse për shkak të ndryshimeve në selektimin e kampionit, kriteret diagnostike, përkufizimit të rasteve dhe shërbimeve, diapazonit moshor dhe analizës, të cilat nënkuptojnë që krahasimet midis studimeve duhet të interpretohen me kujdes.

Problemet e shëndetit mendor, të përcaktuara si probleme emocionale, të sjelljes ose konjitive, si dhe të shoqëruara me dëmtim (Sayal, 2006), prekin çdo aspekt të funksionimit të të rriturve të cilët lënë jetën e mëparshme dhe vendin e tyre për një jetë më të mirë, duke përfshirë marrëdhëniet sociale dhe familjen, funksionimin në jetën e përditëshme. Kontakti midis emigrantit dhe komunitetit mik mund të drejtojë asimilimin, ndalimin, integrimin ose dekulturimin (kur një person ose grup abandonojnë kulturën e tyre. Akulturimi, është një proces që nënkupton se një person mund të bëhet një pjesëmarrës kompetent në kulturën e shumicës, por gjithmonë do të identifikohet si një person i pakicës. Diskriminimi mund të jetë prediktor i rëndësishëm për çrregullime psikologjike dhe kryesisht psikotike. (Gee GC., & al., 2007).

Në statet e para, emigrantët mund të kenë krahasimisht shkallë më të ulët të sëmundjeve mendore dhe problem të shëndetit se në fazat e mëvonshme. Në më shumë se 2 dekada, ka pasur një interes në rritje të impaktit të emigrimit në problemet e shëndetit mendor. Ai është evidentuar si një proces i mbushur me stres, i cili mund të gjenerojë një risk për shëndetin mendor të emigrantit. Ky proces mund të shoqërohet jo vetëm me një rritje cilësore për një jetë më të mirë, por veçanërisht me eksperiencë stresante që mund të cojnë në çrregullime psikologjike (Bhugra, D., e Jones, P.B., 2001).

Mirënjohjet...

Njeriu i parë, të cilit ia dedikoj gjithshka që kam arritur, është nëna ime. Motivuese, burim energjie gjatë arsimimit dhe karrierës sime, ty mam të kisha borxh doktoraturën. Faleminderit përjetësisht. Ja dola mam...

Para disa vitesh, kur fitova të drejtën për të mbrojtur doktoraturën, njeriu i parë me të cilin ndava idenë time, ishte Prof. Anastas Suli i cili u bë edhe udhëheqësi im shkencor. Do të doja ta falenderoja e të ishte sot prezent. I jam shumë mirënjohëse...

E kisha njohur prej shumë vitesh si mikeshë të pazëvendësueshme, por tani m'u dha rasti ta njoh si profesoreshë. Të falenderoj pa fund për kohën, përkushtimin e palodhshëm, korrektësinë, ndihmën dhe profesionalizmin me të cilën më udhëhoqe në këtë proces doktorature. Faleminderit Dr. Valbona Alikaj.

Të falenderoj prof. Ariel Çomo, që më nxite dhe motivove të përfundoj këtë proces të nisur herët dhe për besimin që tregove tek unë.

Falenderoj miqtë që më mbështetën e më motivuan për përfundimin e doktoraturës, veçanërisht Vilmën e mirë dhe shumë profesioniste dhe Tedin e gatshëm e të palodhur!

Falenderoj pacientët dhe individët pjesëmarrës në studim, të cilët pa hezitim pranuan bashkëpunimin dhe përfshirjen në këtë studim.

Dua të falenderoj motrën time Seli, e cila edhe pse larg, më mbështeti e më motivoi me stilin pedagogjik por dhe shpirtëror të saj.

Së fundmi dhe më e rëndësishmja, falenderime familjes sime, e veçanërisht vajzave të mia të shtrenjta, që patën rastin në këtë periudhë, të shihnin mamin "studente".

Me shumë mirënjohje,

Elga Spaho (Çiçaku)

TABELA E PËRMBAJTJEVE

Abstrakti	
Parathënie	
Tabela e përmbajtjeve	
Lista e tabelave	
Lista e figurave	
Lista e simboleve dhe shkurtimeve.	
Mirënjohjet	

KAPITULLI 1 – HYRJA

1.1. Përcaktimi i problemit	XI
1.2. Përmbledhje e studimit	XIII
1.2.1. Qëllimi dhe objektivat e studimit	XIII
1.2.2. Shkurtimisht rreth procedurës së punës së studimit	XIV
1.2.3. Vlerat e studimit, përfituesit	XVII
1.3. Përmbledhje e çdo kapitulli	XVIII
1.3.1. Kapitulli 2	XVIII
1.3.2. Kapitulli 3	XVIII
1.3.3. Kapitulli 4	XIX
1.3.4. Kapitulli 5	XIX
1.3.5. Shtojcat	XIX

KAPITULLI 2 - KËRKIMI I LITERATURËS

2.1. Tema: “Psikoza-emigracioni dhe faktorët socio-demografik”	1
2.2. Disa terma lidhur me procesin e emigrimit	2
2.3. Përkufizimi i psikozës	4
2.4. Koncepti themelor i grupit të Skizofrenisë dhe Çrregullimeve të Tjera Psikotike	4
2.5. Simptomat karakteristike	6
2.5.1. Dimensioi Psikotik	6
2.5.2. Dimensioi Negativ	7

2.5.3. Dimensioni i Dizorganizimit	7
2.5.4. Deluzionet	8
2.5.5. Halucinacionet	10
2.5.6. Çrregullimet emocionale	10
2.5.7. Çrregullimet e vullnetit	10
2.5.8. Çrregullimet e të folurit	10
2.5.9. Çrregullimet e aktivitetit motor	10
2.6. Tabloja klinike	11
2.6.1. Komplikacionet e zakonshme dhe të rrezikshme	12
2.7. Nëntipat e Skizofrenisë	12
2.8. Diagnoza Diferenciale	13
2.9. Çrregullimi Skizoafektiv	14
2.10. Çrregullimi Deluzional	15
2.11. Çrregullimi Psikotik i Shkurter	17
2.12. Çrregullimi skizofreniform	18
2.13. Prevalenca e semundjeve mendore tek emigrantet	18
2.14. Shqyrtimi i literaturës	18
2.15. Ndryshimet sipas grupit etnik: incidenca e çrregullimeve psikotike	21
2.16. Migrimi dhe impakti i tij në psikopatologjinë e psikozave	24
2.17. Një Rrugë Socio-Zhvillimore Drejt Psikozës	27
2.18. Emigrimi në Shqipëri – Pak histori	29
2.19. Justifikim mbi përzgjedhjen e studimit	31

KAPITULLI 3 - METODA E STUDIMIT

3.1. Tabloja e punës së përshkruar në studim	33
3.1.1 Qëllimi i studimit:	33
3.1.2 Objektivat	33
3.1.3 Lloji i studimit	33
3.1.4 Metoda	33
3.1.5 Vendi ku u realizua studimi	33
3.2 Grupi i përfshirë në studim	34
3.2.1 Kriteret e përzgjedhjes së grupit	34
3.3 Proçedura	35
3.3.1 Selektimi i grupit me psikozë	36
3.3.2 Selektimi i grupit pa psikozë	37
3.3.3 Vlerësimi dhe realizimi i pyetsorëve për grupin e studimit	38
3.3.4 Pyetsorët dhe analiza e të dhënave	39
3.4 Kodimi	44
3.5 Analiza	46

KAPITULLI 4 – REZULTATET

4.1. Grupi i rasteve klinike ('Grupi me psikozë') – Karakteristikat demografike	49
4.2 Karakteristikat klinike të grupit me psikozë	58
4.2.1 Shfaqja për herë të parë e simptomave – periudha prodromale	58
4.3 Grupi i kontrollit – Karakteristikat demografike	61
4.3.1 Proçesi i paraemigrimit	64

4.3.2	Proçesi i emigracionit	66
4.3.3	Proçesi i pas emigrimit	67
4.4.	Korrelacionet midis grupeve	69
4.4.1.	Karakteristikat e grupeve	69
4.4.2.	Lidhja e simptomave me faktorët e ndryshëm	76
4.4.3.	Proçesi i tre fazave të emigrimit	77
4.4.4.	Indeksi I dizavantazhit shoqëror përpara emigrimit	78
4.4.5.	Indeksi i ngjarjeve gjatë emigrimit	79
4.4.6.	Indeksi i dizavantazhit shoqëror pas emigrimit	81
4.5.	Modelet e regresionit logistic binary	84
4.5.1.	Faza para emigrimit	85
4.5.2.	Faza gjatë emigrimit	86
4.5.3.	Faza pas emigrimit	87
4.5.4.	Përputhshmëria midis pritshmërive dhe arritjeve	88
4.5.5.	Efekti dozë – përgjigje i ekspozimit të vazhdueshëm ndaj dizavantazheve/ngjarjeve fatkeqësive	88
KAPITULLI 5 - DISKUTIM DHE KONKLUZIONE		
5.1.	Të dhënat sociodemografike	91
5.2.	Grupmosha dhe psikoza	91
5.3.	Statusi civil dhe familjar	92
5.4.	Vendbanimi	92
5.5.	Mënyra e jetesës	92
5.6.	Statusi social	93
5.7.	Çrregullimet psikotike, simptomat dhe faktorët ndikues të emigrimit	93
5.8.	Marrja e shërbimit shëndetsor në vendin e emigrimit	94
5.9.	Proçesi i emigrimit midis dy grupeve të studimit	95
5.10.	Indekset e emigrimit	96
5.11	Lidhja e dizavantazheve shoqërore dhe ngjarjeve gjatë fazave të emigrimit me gjasën për Psikozë	97
5.12.	Konkluzionet	99
5.13.	Rekomandime	100
5.14.	Pikat e forta dhe kufizimet e studimit	101
REFERENCAT		102
6. SHTOJCAT		
6.1.	Model i Miratimit të Informuar për pjesëmarrje në studim kërkimor shkencor	111
6.2.	Intervista e historisë së emigrimit dhe integritetit shoqëror	113
6.3.	Intervista NOS (Nottingham Oudet Schedule)	118

LISTA E TABELAVE

Tabela 2.1 Kriteret Diagnostike të DSM-IV-ës për Skizofreninë	9
Tabela 2.2 Stadet Tipike të skizofrenisë	11
Tabela 2.3 Dekursi i Skizofrenisë.	12
Tabela 2.4 Kriteret diagnostike të DSM-IV-ës për çrregullimin skizoafektiv	14
Tabela 2.5 Kriteret Diagnostike të Çrregullimit Deluzional të DSM-5	15
Tabelë 4.1 Karakteristikat sociodemografike të Grupit me psikozë	50
Tabela 4.2 Qarku I qëndrimit pas kthimit	53
Tabela 4.3. A keni abuzuar me substanca?	58
Tabela 4.4 Diagnozat siaps DSM-IV-R	58
Tabela 4.5 Simptomat e shfaqura në momentin e vlerësimit	61
Tabela 4.6 Karakteristikat sociodemografike të Grupit të Kontrollit	63
Tabela 4.7 A keni abuzuar me substanca? Grupi I kontrollit	69
Tabela 4.8 Shpërndarja e gjinisë midis dy grupeve të studimit	69
Tabela 4.9 Karakteristikat e përgjithshme midis dy grupeve	70
Tabela 4.10 Mosha në vite për të dy grupet.	70
Tabela 4.11 Korrelacioni ‘Me kë keni jetuar para emigrimit’	72
Tabela 4.12 Niveli arsimor të grupet e studimit	74
Tabela 4.13 A e njihnit gjuhën e vendit të emigrimit * Cili grup I studimit është	75
Tabela 4.14 Korrelacionet midis variableve të modeleve të regresionit	85
Tabela 4.15 Gjasat (OR) e shfaqjes së psikozës të modeleve të papërpunuara dhe të përpunuara	86
Tabela 4.16 Efekti dozë – përgjigje i ekspozimit të vazhdueshëm ndaj dizavantazheve/ngjarjeve – fatkeqësive	89

LISTA E FIGURAVE

Fig. 2.1 Numri i emigrantëve ndërkombëtarë	1
Fig. 2.2 Popullata shqiptare emigruese gjatë viteve 1960 – 2015	2
Fig. 2.3 Zhvendosja djathtas në ‘continuum’ të psikozës, midis disa grupeve etnike	24
Fig. 2.4 Rruga e hipotetizuar sociozhvillimore drejt psikozës	28
Fig. 3.1 Përzgjedhja e grupit të studimit	36
Fig. 3.2 Përzgjedhja e grupit të kontrollit	37
Fig. 3.3 Treguesit e dizavantazhit social për çdo fazë të emigrimit	42
Fig. 4.1 Gjinia e rasteve	49
Fig. 4.2 Grupi me psikozë sipas gjendjes martesore	49
Fig. 4.3 Grupi me psikozë sipas grupmoshave	50
Fig. 4.4 Vendi I fundit ku ka emigruar – Grupi me psikozë	51
Fig. 4.5 Qarku përpara emigrimit – Grupi me psikozë	52
Fig. 4.6 Vendbanimi qytet-fshat përpara emigrimit – Grupi me psikozë	53
Fig. 4.7 Strehimi përpara emigrimit – Grupi me psikozë	54
Fig. 4.8 Kur emigruat ishit më i madh se 18 vjeç? – Grupi me psikozë	54

Fig. 4.9 Koha e kaluar në emigracion (në vite) – Grupi me psikoze	55
Fig. 4.10 Pritshmëritë mbi punën – Grupi me psikoze	56
Fig. 4.11 Pritshmëritë mbi familjen – Grupi me psikoze	56
Fig. 4.12 Pritshmëritë mbi shëndetin – Grupi me psikoze	57
Fig. 4.13 Pritshmëritë mbi shoqërinë – Grupi me psikoze	57
Fig. 4.14 Shqetësimet e mendimit	59
Fig. 4.15 Shqetësimet e humorit	59
Fig. 4.16 Shqetësimet e perceptimit	60
Fig. 4.17 Shqetësimet e sjelljes	60
Fig. 4.18 Simptoma e parë psikotike	61
Fig. 4.19 Gjinia e grupit të kontrollit	62
Fig. 4.20 Grupi I kontrollit sipas gjendjes martesore	62
Fig. 4.21 Grupi I kontrollit sipas grupmoshave	63
Fig. 4.22 Vendi I fundit I emigrimit – Grupi I kontrollit	64
Fig. 4.23 Qarku I qëndrimit përpara emigrimit – Grupi I kontrollit	65
Fig. 4.24 Strehimi përpara emigrimit – Grupi I kontrollit	65
Fig. 4.25 Kur emigruat ishit më i madh se 18 vjeç? – Grupi I kontrollit	66
Fig. 4.26 Koha e kaluar në emigracion (në vite) – Grupi I kontrollit	66
Fig. 4.27 Pritshmëritë mbi punën – Grupi I kontrollit	67
Fig. 4.28 Pritshmëritë mbi shëndetin – Grupi I kontrollit	68
Fig. 4.29 Pritshmëritë mbi shoqërinë – Grupi I kontrollit	68
Fig. 4.30 Shpërndarja e moshës pwr të dy grupet	71
Fig. 4.31 Cili grup I studimit është * Vendbanimi	72
Fig. 4.32 Qarku I qëndrimit përpara emigrimit * grupet e studimit	73
Fig. 4.33 Niveli arsimor midis grupeve	73
Fig. 4.34 Shteti I fundit I emigrimit në lidhje me grupet e studimit.	74
Fig. 4.35 A keni përdorur substanca gjatë kohës së emigrimit * Grupet e studimit	75
Fig. 4.36 A keni njeri në familje me Crregullime të Shëndetit Mendor? * Grupet e studimit	76
Fig. 4.37 Abuzimi me substanca sipas çrregullimeve	77
Fig. 4.38 Punësimi përpara emigrimit * grupet e studimit	78
Fig. 4.39 Gjendja civile përpara emigrimit midis grupeve	79
Fig. 4.40 Indeksi I dizavantazhit shoqëror para emigrimit dhe psikoza	79
Fig. 4.41 Kur emigruat ishit më I madh se 18 vjeç? – Grupet e studimit	80
Fig. 4.42 A keni qenë të ndaluar ndonjëherë gjatë kohës së emigrimit? * grupet e studimit	80
Fig.4.43. Indeksi i ngjarjeve gjatë emigrimit dhe psikoza	81
Fig. 4.44 Shoqërizimi në vendin e emigrimit midis grupeve	81
Fig. 4.45 Dizavantazhi shoqëror pas emigrimit dhe psikoza	82
Fig. 4.46 Arritjet e pritshmërive në pesë fushat midis grupeve	83

LISTA E SIMBOLEVE DHE SHKURTIMEVE

ANOVA	Analysis of variance
APA	American Psychiatric Association
BE	Bashkimi Europian
Bo MH&SI	Bologna migration history and social integration
Interview	
ÇDM	Çrregullimi Depresiv Madhor
CI	Confidence Interval
ÇSPT	Çrregullimi i Stresit Pas Traumës
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision
FPS	First Psychotic Symptom
ICD-10	10th revision of the International Statistical Classification of Disease And Related Problems
INSTAT	Instituti I Statistikave
IRR	Raporti I Shkallës Së Incidencës
MB	Mbretëria e Bashkuar
NOS	Nottingham Onset Schedule
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetit
ONM	Organizata Ndërkombëtare për Migracionin
OR	Odds Ratio
PAS	Plan Vlerësimi Paraprak
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

KAPITULLI 1

1.1 PËRCAKTIMI I PROBLEMIT

Në një botim të studimit të INSTAT, në vitin 2014, paraqitet një pasqyrim i gjëndjes së shoqërisë shqiptare, gjithashtu edhe emigracionit në Shqipëri. Censusi në studime ka përfshirë tregues lidhur me arsyen pse njerëzit lëvizin apo përse kthehen në Shqipëri, pasi kanë kaluar një periudhë kohe jashtë vendit (INSTAT, 2014), Migracioni në Shqipëri). Njerëzit lëvizin për punësim dhe studim në kërkim të një jetese më të mirë. Duke qenë se pjesa më e madhe e migracionit nxitet nga arsye familjare, ka tregues të qartë se ndryshimet e konstatuara priren të jenë më të përhershme, duke shkuar përtej migracionit të punësimin afatshkurtër. Pavarësisht nga arsyet individuale për të lënë vendin, emigracioni në Shqipëri ka lënë një shenjë të dukshme në shumë aspekte të jetës së përditshme. Ndryshimet kaq intensive në lëvizjet brenda dhe jashtë vendit, kanë pasur ndikim të ndjeshëm mbi infrastrukturën dhe shpërndarjen e shërbimeve jetësore, si kujdesi shëndetësor, arsimit etj (ONM dhe INSTAT, 2014).

Sipas këtij botimi, mjaft shqiptarë janë larguar jashtë në kërkim të një jete më të mirë. Emigracioni është një faktor që ka ndikur dukshëm në uljen e numrit të popullsisë në Shqipëri në periudhën midis 2001 dhe 2011. Greqia dhe Italia vazhdojnë të tërheqin deri më tani, numrin më të madh të emigrantëve shqiptarë. Tashmë, është e qartë se emigracioni nuk ka qenë i jashtëzakonshëm, siç thuhej shpesh në lidhje me valët e emigracionit të vitit 1991 dhe në një shkallë më të vogël, për atë të vitit 1997. Emigracioni është bërë pjesë përbërëse e projekteve jetësore të individëve dhe familjeve të tyre edhe pse situata ekonomike e politike mund të jetë faktor klasik nxitjeje, megjithatë kjo nuk arrin të shpjegojë flukset e vazhdueshme emigruese që mund të vëzhgohen. Një qasje më e përshtatshme do të ishte përqendrimi tek ambiciet dhe aftësitë e individëve për të migruar (de Haas, H., 2019). Ambicia për të emigruar nxitet nga dëshira për të përmirësuar jetesën, si edhe nga informacioni rreth situatës në vende të tjera. Në këtë kuadër, ndjekja e përhapur e televizionit italian përpara vitit 1989 ka të ngjarë të ketë rritur ambiciet për të emigruar, përpara se kjo të ishte e mundur për shumicën e popullsisë.

Statusi i imigracionit¹ është një faktor rreziku për skizofreninë, çrregullime të tjera psikotike dhe çrregullime bipolare (McGrath J., & al., 2004; Cantor-Graae E., & al., 2007). Rreziku i rritur u vërejt për një sërë grupesh etnike dhe ishte më i lartë për pakicat e dukshme dhe emigrantët që përjetonin pengesa më të mëdha kulturore (Bourque F., & al., 2011). Dy meta-analiza gjetën rrezikun më të lartë relativ për skizofreninë midis migrantëve nga vendet ku shumica janë me ngjyrë, krahasuar me migrantët nga zonat ku shumica janë të bardhë ose aziatikë. Rritja e rrezikut ishte e barabartë si për emigrantët e gjeneratës së parë ashtu edhe për atë të dytë. Ky zbulim ka çuar në një konsensus në rritje se zhvillimi i çrregullimeve psikotike tek emigrantët shoqërohet me sensibilizimin ndaj stresorëve mjedisorë që lidhen me kontekstin pas emigrimit (Jongsma HE, & al.,

¹ Imigracioni = për arsye të uniformitetit dhe qartësisë, në tekst do të përdorim termin ‘emigrim’, ‘emigracion’, ‘emigrant’.

2019; Tortelli A., & al., 2015). Diskriminimi i perceptuar është një stresues i rëndësishëm pas emigrimit, që shoqërohet me rrezik të shtuar për psikozë (Kirkbride JB, & al., 2018). Statusi i pakicës mund të rezultojë në diskriminim të hapur dhe të kontribuojë në ndjenjat e tjetërsimit nga kultura e shumicës. Diskriminimi zakonisht përkufizohet si një ndryshim në trajtim i bazuar në faktorë të ndryshëm nga meritat individuale, duke përfshirë kombësinë ose përkatësinë etnike dhe mund të çojë në privimin relativ të burimeve dhe shpërblimeve (Kirkbride JB., & al., 2012).

Faktorët e riskut gjatë fazës së pre-emigrimit, ndahen në 2 kategori: faktorë që varen nga karakteristikat personale të emigrantit dhe të lidhura me faktorët ambientale: gjinia (femër është një prediktor), histori e çrregullimeve mendore, përdorim alkooli ose substance, regjioni apo origjina (ata që lëvizin nga një vend i ulët në një vend të zhvilluar janë më të expozuar), ngjarjet traumatike para emigrimit (violencë, abuzim në fëmijëri, luftë civile, spastrim etnik), kushtet ekonomike (varfëria, papunësia), motivacionet për emigrim (largimi me forcë nga shtëpia, familja, persekutimi).

Faktorët e riskut gjatë fazës së emigrimit si moshë e emigruesit luan një rol të rëndësishëm në adaptimin dhe përshtatjen në shoqërinë e re dhe mund të jetë një faktor risku për çrregullim mendor. Në një studim të sëmundshmërisë psikiatrike në emigrantët e fundit kinezë në Zelandë, të qënurit në moshën 26-35 vjeç dhe mbi 45 ishte një prediktor për çrregullime mendore (Max W. Abbott, & al., 1999). Emigrimi ilegal rrit gjithashtu vështiresitë, rreziqet dhe traumat, duke orientuar më shumë drejt çrregullimeve psikiatrike.

Faktorët mbrojtës: Emigrimi gjatë fëmijërisë nuk përbën në vetvehte një faktor risku (Takeuchi 2007).

Faktorët e riskut gjatë fazës post-emigrim: këta faktorë që janë të shoqëruar me çrregullime mendore dhe psikologjike, mund të ndahen në dy kategori: së pari të varura nga karakteristikat individuale që përfshijnë papunësinë, aftësinë e gjuhës, përdorimin e substancës, ndërsa kategoria e dytë ka të bëjë me mjedisin e ri të emigrantit, të tillë si të mos qënit i pranuar nga shoqëria e re, diskriminimi dhe racizmi. Situata ekonomike ka rol kryesor në integrimin dhe përshtatjen e individit dhe konsiderohet prediktor i rëndësishëm (Ryan, L., 2006, Zunzunegui M-V., 2006).

Mungesa e suportit social është identifikuar sinjifikante në fillimin, ecurinë dhe prognozën e shumë çrregullimeve psikotike (Pantelidou S., and Craig TK., 2006). Dendësia etnike, që nënkupton përqëndrimin e të njëjtit grup etnik rreth individit, mund të luaj një rol sinjifikant në gjenezën dhe ecurinë e disa tipeve të çrregullimeve psikotike (Bhugra, D., & Jones, P.B., 2001).

Kontakti midis emigrantit dhe komunitetit mund të drejtojë asimilimin, ndalimin, integrimin ose dekulturimin (kur një person ose grup abandonojnë kulturën e tyre) (Bhugra D, Becker MA., 2005). Një tjetër koncept është akulturimi, që do të thotë se një person mund të bëhet një pjesëmarrës kompetent në kulturën e shumicës, por gjithmonë

do të identifikohet si një person i pakicës. Diskriminimi mund të jetë prediktor i rëndësishëm për çrregullime psikologjike dhe kryesisht psikotike.

Në këtë studim hetohet ndikimi i faktorëve socio-demografikë dhe faktorëve të emigracionit në shfaqjen e psikozave. Krahasohet modeli i paraqitjes së simptomave psikotike midis dy grupeve të studimit. Studiohet ndikimi i faktorëve socio-demografikë në shfaqjen e psikozës midis dy grupeve, lidhja midis faktorëve socio-demografikë, faktorëve të emigracionit dhe shfaqjes së psikozës si edhe ofrohen rekomandime dhe këshilla me qëllim për të: ardhur në ndihmë dhe dobi të target grupeve, për të kontribuar në rritjen e kualifikimit të profesionistëve me rol të rëndësishëm në fushë; kontribuar në hartimin e strategjive dhe politikave që mund të sjellin përmirësime në fushë.

1.2 PËRMBLEDHJE E STUDIMIT

1.2.1 Qëllimi dhe objektivat e studimit

Duke pasur parasysh objektivat, ky është një studim eksplorues, ku ne nuk e njohim fenomenin por vetëm e konstatojmë, e kemi identifikuar dhe nuk dimë më tepër dhe kërkojmë të zbulojmë çfarë ndodh dhe si janë marrëdhëniet midis variablave.

Duke u bazuar tek metoda e ndjekur, ky është një studim që në bazë ka vetë-raportimin, pa kontroll mbi variabelt. Ky është një studim ex post facto, pra marrëdhënia ka ndodhur, nuk parandalohet dot, por duhet të kuptohet si është kjo marrëdhënie.

Duke patur parasysh qëllimin, ky është një studim rast – kontroll, retrospektiv.

Qëllimi i studimit:

- Studimi i ndikimit të faktorëve socio-demografikë dhe faktorëve të emigracionit në shfaqjen e psikozave.

Objektivat:

- Të studjohen faktorët e emigrimit midis dy grupeve të studimit.
- Të observohen karakteristikat klinike të grupit të studimit.
- Të studiohet lidhja midis faktorëve socio-demografikë, faktorëve të emigracionit dhe shfaqjes së psikozës.
- Të krahasohen dy grupet (Grupi me psikozë dhe grupi i kontrollit) në varësi të variablave të ndryshëm sociodemografikë dhe të emigracionit.
- Të vlerësohen variabelt prediktive të mundshëm të shfaqjes së psikozës.

LLOJI I STUDIMIT: Eksplorues korrelacional, retrospektiv, rast - kontroll.

Grupi i përfshirë në studim

Kriteret e përzgjedhjes së grupit

Grupi i rasteve klinike të studimit, përbëhej nga pacientët të cilët u paraqitën për të marrë shërbim, ambulator ose shtrim, në KLINIKËN E PSIKIATRISË pranë Qendrës Spitalore Universitare, “Nënë Tereza”, dhe Qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë, si dhe nga grupi i kontrollit.

1.2.2 Shkurtimisht rreth procedurës së punës së studimit

Përshkrimi i të dhënave

Studimi u krye gjatë periudhës kohore 1 Janar 2011 deri 31 Dhjetor 2013.

Realizimi i studimit u aprovua nga Departamenti i Neurokirurgjisë-Neurologjisë-Psikiatrisë, nga Fakulteti i Mjekësisë dhe nga Komiteti Kombëtar i Etikës Kërkimore në Ministrinë e Shëndetësisë.

Studimi është retrospektiv (siç u theksua edhe më sipër), rast – kontroll dhe qëllimi I tij ishte i ndikimit të faktorëve socio-demografikë dhe faktorëve të emigracionit në shfaqjen e psikozave.

Në studim morën pjesë gjithsej 182 individë, prej të cilëve 93 persona ishin grupi i rasteve klinike, të cilët plotësonin kriteret e përfshirjes në studim dhe 89 persona ishin pjesëtarë të grupit të kontrollit.

Grupi i rasteve klinike të studimit² (grupi me psikozë) përbëhej nga pacientë të moshës mbi 18 vjec, të paraqitur në mënyrë të njëpasnjëshme në KLINIKËN E PSIKIATRISË dhe te qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë, për herë të parë, gjatë periudhës tre vjeçare të mbledhjes së të dhënave. Drejtuesve të Qendrave të Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë (të cilët ishin informuar qartë dhe mirë për studimin dhe pacientët që duhej të ishin të përzgjedhur), iu kërkua (vazhdimisht kujtoheshin) që të dërgonin pacientët të cilët plotësonin kushtet e përfshirjes në studim.

Grupi i rasteve të kontrollit³ (grupi i kontrollit) u arrit të plotësohej si më poshtë:

1. Cdo pacienti nga grupi me psikozë, ose familjari të tij, iu kërkua të na jepnin, nëse e shihnin të arsyeshme, kontaktet e tre – pesë personave (numra telefoni), për të cilët ata kishin dijeni se kishin histori emigrimi.

² Grupi i rasteve klinike të studimit = në tekst do të jetë shkurtimisht ‘Grupi me psikozë’

³ Grupi i rasteve të kontrollit = në tekst do të jetë shkurtimisht ‘Grupi i kontrollit’

2. Më pas u tentua që të kontaktoheshin individualisht të gjithë personat, nëpërmjet numrave të celularëve që kishim në dispozicion.
3. Personat me të cilët arritëm të kontaktonim, u selektuan mbi bazën e kritereve të përfshirjes në studim: kishin histori direkte emigrimi; ishin mbi moshën 18 vjeç; nuk kishin çrregullime të shëndetit mendor.

Vlerësimi dhe realizimi i pyetsorëve për grupin e studimit

Në plotësimin e pyetësorëve ndihmuan mjekët specializantë të cilët u instruktuan për mënyrën e marrjes së të dhënave dhe plotësimit të pyetësorëve, mënyrën e kodimit të tyre dhe për ndihmën që mund të duhej për gjatë plotësimit të pyetësorëve, si dhe kodimin e tyre.

Besueshmëria (Reliability).

Për vlerësimin e besueshmërisë mes vlerësuesve (interrater reliability) u përdor metoda e tabelës së dyanshme (two-way) për 20 individë (10 grupi me psikozë dhe 10 grupi i kontrollit) në fazën e hyrjes. Nga aplikimi i kësaj metode rezultoi:

P_o = përputhshmëria e vrojtuar = 0,93 (93%)
 P_c = përputhshmëria e rastësishme = 0,86 (86%)
 x = $(P_o - p_c)/(1 - P_c) = 0,73$ (73%)

Vlerat e gjetura për të dy treguesit flasin për nivel të mirë të besueshmërisë në diagnostikim dhe në vlerësimin e simptomatikës me instrumentat e përdorur.

Intervista u realizua në dy faza:

- 1- Faza e parë: përcaktimi nëse kemi të bëjmë me një episod të ri ose jo të psikozës. Kjo fazë u realizua me aprovimin e përbashkët të mjekut pjesëmarrës në studim (konsulentët e ditës) dhe studiuesit kryesor (i cili nuk ishte në dijeni për histori emigrimi të pacientit).
- 2- Faza e dytë e realizuar nga ndihmësit: marrja e të dhënave të përgjithshme, plotësimi i pyetësorit të emigrimit, plotësimi i pyetësorit të fillimit të simptomave psikotike.
- 3- Faza e tretë e realizuar nga intervistuesi kryesor (mjek psikiatër pranë shërbimit të psikiatrisë): intervista klinike ballë për ballë dhe vendosja e diagnozës.

Faza e parë e realizuar nga intervistuesi kryesor: përcaktimi nëse kemi të bëjmë me një episod të ri ose jo.

Në studim u përfshinë të gjithë pacientët (më sipër është përshkruar hollësisht), të cilët u referuan në shërbimin psikiatrik (direkt ose dërguar nga qendrat e shëndetit mendor komunitar) dhe kishin një “episod të parë” të sëmundjes gjatë periudhës së studimit.

Me ‘episod të parë’ përcaktohet ‘sëmundja’ ose simptomat, për të cilat nuk është kërkuar dhe nuk është marrë shërbim nga shërbimet e specializuara të shëndetit mendor. Prandaj, pacientët që u përfshinë në studim e kishin vizitën/konsultën e parë të tyre.

Për shembull: një pacient i cili ishte parë për herë të parë në SHËRBIMI I PSIKIATRISË, me një episod të parë të sëmundjes, në muajin përpara se të fillonte studimi si dhe ishte akoma në trajtim gjatë periudhës së studimit, nuk u kualifikua për të marrë pjesë në studim, pasi nuk ishte referuar gjatë periudhës së studimit.

Ndërkohë, nëse një pacient ishte trajtuar fillimisht nga mjeku i familjes apo mjek tjetër i përgjithshëm për probleme emocionale apo të sjelljes një muaj përpara se të fillonte studimi dhe u konsultua për herë të parë në SHËRBIMIN E PSIKIATRISË gjatë periudhës së studimit, u pranua të merrte pjesë në studim, duke qenë se ai ishte parë nga specialisti për herë të parë gjatë periudhës së studimit.

Faza e dytë e realizuar nga ndihmësit: marrja e të dhënave të përgjithshme, plotësimi i pyetësorit të emigrimit, plotësimi i pyetësorit të fillimit të simptomave psikotike.

Pyetësorët dhe analiza e të dhënave

Në vlerësim u përdorën:

1. Pyetësori i emigrimit, i cili është një pyetësor i strukturuar, bazuar kryesisht te modeli i ‘Bologna migration history and social integration (for first generation migrants) core Interview’ (Tarricone et al., 2011), me disa modifikime dhe përshtatje në lidhje me specifikat e emigrimit të shqiptarëve. Modifikimet u realizuan mbështetur te pyetësori I përdorur në ‘Migracioni i kthimit dhe ri-integrimi në Shqipëri, 2013’ (INSTAT dhe Organizata Ndërkombëtare për Migracionin (ONM), 2014)
2. Nottingham Onset Schedule (NOS), Singh et al. (2005), shkallë vlerësuese e shkurtër, e udhëhequr nga intervista që shërben për regjistrimin e detajeve e komponenteve të ndryshëm, të mundshëm, në fillimin e një sëmundje psikotike
3. Intervista klinike e bazuar në kriteret e vlerësimit të DSM-IV-R dhe vendosja e diagnozave të cilat u gjeneruan në mënyrë të ‘verbër’ përta i përket pikëzimit të pyetësorit.

Metoda e analizës statistikore

1. Pjesa e parë e analizës përfshin rezultate përshkruese, që kanë të bëjnë me numrin e pacientëve që përdorën shërbimin, të dhënat e tyre sociodemografike, elementët e ndryshëm dhe faktorët ndikues të para emigrimit, gjatë emigrimit dhe pas emigrimit. Përshkrimi u realizua edhe sa i takon simptomave karakteristike, kohëzgjatjes së tyre deri në marrjen e ndihmës së specializuar. Një pjesë e mirë e analizës ka të bëjë me komponente të tilla si: krahasimi i kushteve të emigrimit, treguesve të fazave të ndryshme të emigrimit, shfaqjes së simptomave dhe lidhja me faktorët e emigrimit, ashtu edhe krahasimi i tyre me faktorët socio-demografikë dhe grupet diagnostike. Grupet diagnostike u bazuan në kategoritë diagnostike sipas DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) të konvertuara në kategoritë diagnostike të ICD-10-bazuar në shtojcën H të DSM-IV-TR. Vlerat P ishin të otailed me gabimin alpha në vlerën kritike 0.05.
2. Të dhënat e vazhdueshme u paraqitën si mesatare aritmetike dhe devijacion standart. Te dhënat diskrete u paraqitën me vlerë absolute dhe përqindje. Për të analizuar diferencat mes variableve të vazhdueshëm u përdor testi “t” i studentit dhe testi ANOVA. Diferencat mes variableve diskrete u analizuan përmes testit Hi-katror.
3. U përdorur SPSS 25.0 for Windows (Statistical Package for the Social Sciences).

1.2.3 Vlerat e studimit, përfituesit

Përfituesit direkte janë personat me problem të shëndetit mendor dhe histori emigrimi për të cilët vlerësimi dhe planifikimi i strategjive ndërhyrëse do të bëhej duke pasur parasysh dhe faktorët shtesë të emigrimit. Përfituesit indirektë janë klinikistët, të cilët në hartimin e strategjive vlerësuese dhe ndërhyrëse për individët me histori emigrimi do të duhet të kenë parasysh ndikimin e faktorëve socio-demografik dhe të emigracionit. Përfitues indirekt në nivel kombëtar janë politikbërësit, të cilët do të duhet të marrin parasysh nevojat e këtij grupi jo të vogël të popullatës për të hartuar politika mbrojtëse dhe mbështetëse. Rezultatet e këtij studimi, ndihmojnë me të dhëna për hartimin e politikave të shëndetit mendor të emigrantëve, si dhe shërben si një pikë fillimi për studime të mëtejshme në fushë.

Parimet e etikës: Gjatë gjithë periudhës së realizimit të studimit janë ndjekur e respektuar parimet etike dhe është ruajtur konfidencialiteti i të dhënave të grumbulluara. Realizimi i studimit u aprovua nga Departamenti i Neurokirurgjisë-Neurologjisë-Psikiatrisë, Shërbimi i Psikiatrisë, QSUT “Nënë Tereza”.

Rezultatet e këtij studimi mundet të na japin të dhëna rreth faktorëve të emigrimit dhe ndikimin e tyre tek shpërthimi i episodit të parë të psikozës tek emigrantët dhe kështu të kuptojmë se ku duhet të ndërhyhet në mënyrë që emigrantët të marrin shërbimin e duhur në shëndetin mendor, gjë e cila mundet të sjelljë pasoja indirekte në ndërtimin e politikave të shëndetit mendor të emigrantëve.

PËRMBLEDHJE

Në Shqipëri deri tani nuk është kryer thuajse asnjë studim kërkimor shkencor për lidhjen e psikozës dhe ndikimin e emigrimit në manifestimin e simptomave të para, ndërkohë që ekziston një nevojë për të dhëna që të mbështesin shërbimet, një nevojë për vlerësimin e tyre ashtu edhe për të dhëna epidemiologjike përkatëse dhe në përputhje me rrethanat lokale të vendit tonë.

1.3 PËRMBLEDHJE E ÇDO KAPITULLI

1.3.1 KAPITULLI 2

Në pjesën e parë të këtij kapitulli realizohet një rishikim vlerësues i studimeve të ndryshme të realizuara dhe të botuara në literaturën kombëtare dhe ndërkombëtare mbi shëndetin mendor të emigranëve dhe lidhjen me psikozat. Nëpërmjet këtij rishikimi kuptohet edhe motivi ose nxitja që më shtyu për të ndërmarrë studimin dhe justifikohet se përse problemi është i rëndësishëm.

1.3.2 KAPITULLI 3

Ky kapitull prezanton metodën e studimit: kjo pjesë fokusohet në hartimin e studimit dhe metodën e përdorur në këtë studim. Metoda përshkruhet me detaje: vendi i realizimit të studimit, kriteret e selektimit të grupit të studimit dhe përshkrimi i tij. Vazhdon me procedurën e studimit, përshkrimin e pyetësorëve të përdorur, kodimin e tyre dhe përfundon me përshkrimin e metodës së analizës statistikore që është përdorur.

1.3.3 KAPITULLI 4

Kjo pjesë e materialit shërben për të paraqitur rezultatet e analizuara të të dhënave të mbledhura nga emigrantët, të paraqitur me episodin e parë të psikozës si edhe grupin e kontrollit. Qëllimi i analizës ishte shqyrtimi i faktorëve të rrishtit për psikozë përgjatë fazave të ndryshme të emigrimit. Rezultatet paraqiten me analizë përshkruese, të dhëna të kryqëzuara si dhe me analiza të përcaktimit të faktorëve apo parashikuesve të ndryshëm. Të gjitha këto ilustrohen me tabela dhe figura, apo grafikë të ndryshëm.

1.3.4 KAPITULLI 5

Në këtë kapitull diskutohet gjerësisht rreth rezultateve që rrjedhin nga studimi, duke i analizuar me rradhë të gjithë faktorët e emigrimit dhe lidhjen e tyre me psikozën, duke vlerësuar gjetjet dhe përrputhjet apo mospërrputhjet me të dhënat ndërkombëtare. Në fund të këtij kapitulli jepen konkluzionet duke listuar një listë kontributesh të studimit si dhe rekomandimet për studime të ardhshme, për klinikistët dhe për politikë bërësit.

1.3.4 SHTOJCAT

Këtu ka materiale shtesë të përdorura për mbledhjen e të dhënave apo analizimin e tyre, të tilla si pyetësorët e përdorur në studim, tabela shtesë etj.

KAPITULLI 2

2. KËRKIMI I LITERATURËS

2.1 Tema: “Psikoza-emigracioni dhe faktorët socio-demografik”

Njerëzit kanë emigruar nga një vend në tjetrin që në fillimet e ekzistencës njerëzore, për shume arsye dhe për kohë qëndrimi te ndryshme. Këto arsye përfshijnë eksplorimin dhe mbijetesën. Organizata Ndërkombëtare e Migracionit llogarit afro 281 milionë emigrantë ne botë, në 2020, që përbëjnë rreth 3.6 % të popullsisë globale (botërore) (fig. 2.1) (IOM, 2022).

Në 2020: 281 milion emigrantë

3.60% e popullatës



Figura 2.1. Numri i emigrantëve ndërkombëtarë

Burimi: **Banka Botërore**

Emigracioni ndërkombëtar është një dukuri shumë dimensionale që ka ndikime të ndryshme ekonomike, shoqërore dhe mjedisore për vendet e destinacionit dhe të origjinës. Po ashtu, emigracioni i brendshëm ndikon mbi strukturën e shpërndarjes së popullsisë brenda vendit dhe emigracioni ndërkombëtar ashtu si dhe ai i brendshëm, së bashku ndikojnë në rritjen rajonale dhe zhvillimin e qëndrueshëm brenda një vendi dhe në vendet e përfshira në këtë proces. Emigracioni mbetet një dukuri komplekse që e ka prekur Shqipërinë shumë dekada. Janë ndërmarrë shumë studime për të shqyrtuar shpërndarjen e emigracionit ndërkombëtar shqiptar pas rënies së komunizmit në vitin 1990. Është vlerësuar se ndërmjet vitit 1989 dhe muajit mars të vitit 1992, 220.000 shqiptarë u larguan nga vendi dhe ky vlerësim u rrit në 300,000 deri në fund të vitit 1992. Sipas INSTAT (2004), 700.000 shqiptarë janë larguar nga vendi gjatë periudhës 1989-2001 dhe në vitin 2005 numri i emigrantëve u rrit në 864,485, që përbën 27.5% të popullsisë totale në vend (Banka Botërore, 2023) (fig. 2.2).

Çfarë është emigracioni?

Emigracioni është një proces i ndryshimit social, nëpërmjet të cilit një individ lëviz nga një model kulture në një tjetër, me qëllim të vendosjes së përhershme ose për një kohë të gjatë. Një ndryshim i tillë mund të ndodhë për arsye të shumta, kryesisht ekonomike, politike ose arsimimi. Procesi është pashmangësish me stres dhe stresi mund të prishë ekuilibrin e shëndetit mendor. Arsyet për të emigruar, të përkufizuara sipas Rack (1982), përfshijnë faktorët shtytës dhe vendosës.

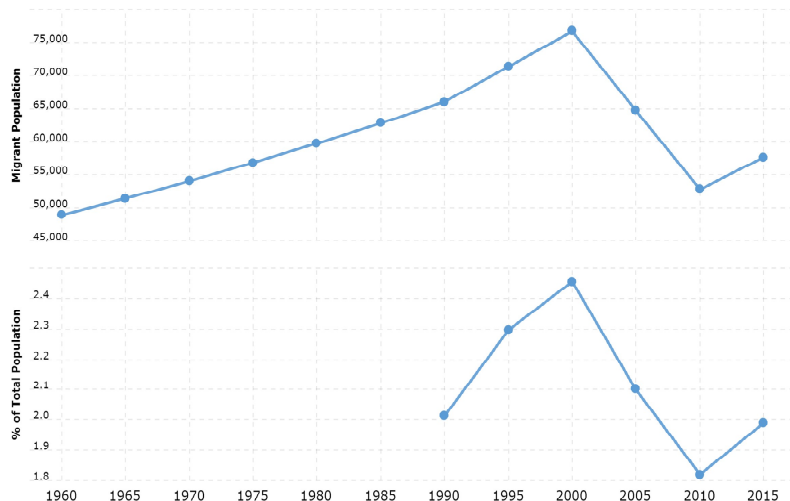


Figura 2.2 Popullata shqiptare emigruese gjatw viteve 1960 – 2015

Burimi: **World Bank**

<https://www.macrotrends.net/countries/ALB/albania/immigration-statistics> Albania Immigration Statistics 1960-2023

2.2 Disa terma lidhur me procesin e emigrimit

Në mënyrë specifike, karakteristikat e tre formave të emigracionit shqiptar janë: të brendshëm, ndërkombëtar dhe emigracionit të kthimit.

Termi **emigracion i brendshëm** përdoret për të përshkruar procesin e lëvizjes së personave që zhvendosen nga një zonë (një provincë, rreth apo bashki) në një tjetër brenda vendit (IOM, 2022).

Termi **emigrant ndërkombëtar** konsiderohet çdo person që ndryshon vendin e tij/saj të qëndrimit (UNDESA, 1998). Më tej, kur merret në konsideratë kohëzgjatja e emigracionit, shfaqen dy nënndarje të këtij përkufizimi. Së pari, “emigrant afatgjatë” konsiderohet një person i cili lëviz në një vend të ndryshëm nga ai i qëndrimit të zakonshëm për një periudhë të paktën një vit (12 muaj), pra vendi i destinacionit bëhet në fakt vendi i tij/saj i ri i qëndrimit. Nga këndvështrimi i vendit të origjinës personi do të jetë një emigrant afatgjatë ndërsa nga këndvështrimi i vendit të destinacionit personi do të jetë një imigrant afatgjatë. Nga ana tjetër, “emigrant afatshkurtër” është një person “i cili lëviz në një vend për një periudhë prej të paktën 3 muajsh por më pak se një vit (12 muaj) përveç rasteve kur lëvizja drejt atij vendi është për qëllime argëtimi, pushimi, vizitash tek miqtë e të afërmit, biznes, trajtim mjekësor apo pelegrinazh fetar (UNDESA, 1998).

Akulturimi është një proces i ndryshimit social, psikologjik dhe kulturor që rrjedh nga balancimi i dy kulturave duke u përshtatur me kulturën mbizotëruese të shoqërisë. Akulturimi është një proces në të cilin një individ adapton, përvetëson dhe përshtatet me një mjedis të ri kulturor si rezultat i vendosjes në një kulturë të re, ose kur sjell një kulturë tjetër. (Sam, D. L., & Berry, J. W. (2010)). Individët e një kulture të ndryshme përpiqen të inkorporojnë veten në kulturën e re duke marrë pjesë dhe aspekte të asaj kulture, siç janë traditat e tyre, por ende mbajnë vlerat dhe traditat e tyre origjinale kulturore. Efektet e akulturimit mund të shihen në nivele të shumëfishta; si te besimet e kulturës mbizotëruese ashtu edhe të kulturës asimiluese.

- **Asimilimi kulturor** është procesi në të cilin një grup i pjesëtarëve të një kulturë të pakicës kombëtare përpiqet ti ngjajë grupit shumicë të një shoqërie ose merr vlerat, sjelljet dhe besimet e një grupi tjetër, qoftë plotësisht ose pjesërisht. (Spielberger, Charles; 2004).
- **Grupi etnik, ose etniciteti**, është një kategori njerëzish që identifikohen me njëri-tjetrin bazuar në ngjashmëri të tilla si origjina e përbashkët, gjuha, historia, shoqëria, kultura ose kombi. Etnia zakonisht është një status i trashëguar në bazë të shoqërisë në të cilën jeton. Anëtarësia e një grupi etnik priret të përkufizohet nga një trashëgimi kulturore e përbashkët, origjina, miti i origjinës, historia, atdheu, gjuha ose dialekti, sisteme simbolike si feja, mitologjia dhe rituali, kuzhina, stili i veshjes, arti ose pamja fizike (Russ K. E. Espinoza, et al., 2015).
- **Emigracioni i kthimit:** Lëvizja e një personi që kthehet në vendin e tij/saj të origjinës ose vendbanimit të zakonshëm pasi kalon të paktën një vit në një vend tjetër. Ky kthim mund të jetë vullnetar ose jo. Emigracioni i kthimit përfshin riatdhesimin vullnetar. Çdo person që kthehet në vendin e tij/saj të origjinës, gjatë pesë viteve të fundit, pasi ka qenë emigrant ndërkombëtar (afat shkurtër apo afatgjatë) në një vend tjetër. Kthimi mund të jetë i përhershëm ose i përkohshëm. Ai mund të vendoset në mënyrë të pavarur nga emigranti ose të detyrohet nga rrethanat e pafavorshme (IOM, 2022)
- **I kthyeri:** Çdo person që kthehet në vendin e tij/saj të origjinës, pasi ka qenë emigrant ndërkombëtar (minimalisht për një vit) në një vend tjetër. Kthimi mund të jetë i përhershëm ose i përkohshëm. Ai mund të vendoset në mënyrë të pavarur nga emigranti ose të detyrohet nga rrethanat e papritura.

Ri-integrimi: Ri-përfshirje apo ri-trupëzimi i një personi në një grup ose proces, p.sh. një emigrant në shoqërinë e vendit të tij të origjinës ose të qëndrimit të zakonshëm.

Sa i përket kthimit, nga studime të ndryshme rezulton që gjithsej 133.544 emigrantë shqiptarë të moshës 18 vjeç dhe sipër janë kthyer në Shqipëri në periudhën 2009-2013, prej të cilëve 98.414 meshkuj dhe 35.130 femra. Kjo është një diferencë e madhe në raportin e të kthyerve sipas gjinisë, ku meshkujt janë të mbi-përfaqësuar krahasuar me femrat, 73.7 % dhe 26.3% përkatësisht. Që prej vitit 2009 është vënë re një tendencë në rritje e kthimeve, ndërsa shumica e kthimeve kanë ndodhur në vitin 2012 dhe 2013 (53.4 përqind). Kthimet, ku dominojnë kthimet vullnetare (94 përqind) kanë ndodhur nga Greqia, 70.8 përqind, të ndjekura nga Italia 23.7 përqind dhe vende të tjera si Mbretëria e Bashkuar, Gjermania, etj. Prandaj mund të argumentohet që kthimet në Shqipëri janë kryesisht pasojë e krizës financiare botërore të vitit 2009 që goditi tregun e punës në vendet kryesore të destinacionit për emigrantët shqiptarë.

Proçesi i emigrimit mund të kalojë në tre stade: pre-migrimi, migrimi dhe post-migrimi. Pre- migrimi përfshin vendimin për të emigruar dhe përgatitjen për të lëvizur nga një zone në tjetrën, nga një shtet ose Kontinent në tjetrin. Stadi I dyte, vetë emigrimi, është zhvendosja fizike e individit nga një vend në një tjetër, duke përfshirë të gjitha hapat psikologjike dhe sociale të nevojshëm. Në mënyrë metaforike mund të përshkruhet sipas konceptit të transplantim. Stadi i tretë, post-migrimi, është përcaktuar si përshtatja e emigrantit me normat sociale, politike, ekonomike dhe kulturore të shoqërisë së re, mëson role të reja (Bhugra & Jones, 2001). Emigrimi përfshin një seri humbjesh, të tilla si familja dhe shoqëria. Pikëllimi për këtë humbje mund të shfaqet si një reaksion i shëndetit dhe n.q.s. simptomat shkaktojnë një çrregullim ose dëmtim sinjifikant dhe zgjasin për një periudhë të caktuar, në mënyrë të pashmangshme do të kemi një ndërhyrje psikiatrike (Wojcik & Bhugra, 2010). Në stadet e para të emigrimit, emigrantet mund të kenë krahasimisht shkallë më të ulët të sëmundjeve mendore dhe

problem të shëndetit se në fazat e mëvonshme. Në më shumë se 2 dekada, ka pasur një interes në rritje të impaktit të emigrimit në problemet e shëndetit mendor. Ai është evidentuar si një proces i mbushur me stres, i cili mund të gjenerojë një risk për shëndetin mendor të emigrantit. Ky proces mund të shoqërohet jo vetëm me një rritje cilësore për një jetë më të mirë, por veçanërisht me eksperiencën stresante që mund të çojnë në çrregullime psikologjike (Bhugra & Jones, 2001).

2.3 Përkufizimi i psikozës

Termi *psikozë* i referohet grupit të simptomave që karakterizojnë sëmundjet mendore me të rënda si skizofreninë ose maninë dhe dëmtimit të aftësisë për të gjykuar rreth kufijve ndërmjet reales dhe jo reales (që jo rrallë quhet “testim i realitetit të dëmtuar”) (Ealdinger, 2003). Në nivelin më operativ termi psikozë i referohet grupit specifik të simptomave që janë të zakonshme në këto çrregullime të rënda. Në kuptimin më të ngushtë, psikozë është sinonim i përjetimit të deluzioneve dhe halucinacioneve. Një definicion pak më i gjerë operativ përfshin gjithashtu sjelljen bizare, të folurit e çorganizuar (çrregullimin pozitiv të mendimit formal) dhe afektin e papërshtatshëm. Ky grup simptomash njihet gjithashtu me emrin *simptoma pozitive*. Ato mund të ndodhin në çdo çrregullim psikotik por janë më të zakonshme në skizofreni. Grupi i dytë i simptomave njihet me emrin *simptoma negative* dhe ndodh kryesisht në skizofreni. Në këtë grup simptomash përfshihen alogia, sheshimi i afekteve, avolitioni-apatia, anhedonia-asocialiteti dhe dëmtimi i vëmendjes.

2.4 Koncepti themelor i grupit të Skizofrenisë dhe Çrregullimeve të Tjera Psikotike

Koncepti themelor i grupit të Skizofrenisë dhe Çrregullimeve të tjera psikotike është prezenca e një apo më shumë prej këtyre simptomave: perceptim i keq i realitetit; dëmtim i aftësisë për të arsyetuar, folur e sjellë në mënyrë racionale apo spontane; dëmtim i aftësisë për të reaguar spontanisht duke demonstruar emocione, humor e motivim të përshtatshëm (American Psychiatric Association [APA], 2013). Ky konstelacion shtrembërimesh ndodh ndërkohë që vetëdija apo memoria mbeten të padëmtuara.

Të gjitha sëmundjet e grupit të Çrregullimeve të Skizofrenisë dhe Psikozave të tjera kërkojnë prezencën e një apo më shumë prej simptomave të mëposhtme psikotike: deluzione, halucinacione apo të folur e mendime të çorganizuara.

Në fakt këto janë kritere që përcaktojnë konceptimin psikologjik të psikozës, por nuk thonë asgjë në lidhje me shkakun (etiologjinë) apo pasojat e tyre. Dallimi i njërës diagnozë nga tjetra në këtë grupim bëhet mbi bazën e karakteristikave të dukshme të simptomave psikotike (fenomenologjia) dhe kohëzgjatja e tyre, simptomave shoqëruese dhe shkakut të simptomave.

Ne flasim për perceptim të keq të realitetit në kuptimin që kemi të bëjmë me eksperiencën shqisore që janë produkt i mendjes së pacientit dhe nuk ekzistojnë në botën përreth tij, apo për bindje e besime të pacientit që në mendjen e tij nuk ndikohen prej asnjë lloji arsyesimi apo konfirmimi për të kundërtën.

Nëse për ankthin mund të thuhet se është një element që gjendet si tek gjendjet normale dhe tek çrregullimet, nuk mund të thuhet e njëjta gjë për simptomat psikotike. Ato shfaqen shumë rrallë në individët e shëndetshëm dhe në një numër jo shumë të madh çrregullimesh mendore.

Individët që kanë një çrregullim psikotik zakonisht demonstrojnë sjellje që qartësisht duken anormale ose të paktën, të çuditshme. Kjo sjellje e pazakontë është tipikisht arsyeja pse pacientët drejtohen për vlerësim klinik. Megjithatë, vetëm këto lloj shenjash nuk janë të mjaftueshme në vetvete për të bërë diagnozën. Jo gjithë sjelljet apo besimet e çuditshme shkaktohen prej një çrregullimi psikotik.

Prezenca e simptomave psikotike mund të shfaqet në disa diagnoza të ndryshme. Informacion shtesë duhet mbledhur për të përmbushur kriteret e nevojshme për një diagnozë specifike. Jo rrallë është e vështirë të mblidhet informacioni i nevojshëm klinik sepse pacienti nuk komunikon ose është tregimtar mjaft i varfër.

Nëse simptomat e pacientit kanë zgjatur më pak se 6 muaj atëherë diagnoza e Skizofrenisë nuk mund të vendoset, por ajo e çrregullimit Skizofreniform apo çrregullimit psikotik të shkurtër (nëse simptomat shkojnë nga 1 ditë deri në 1 muaj). Shpesh është e vështirë të përcaktohet kohëzgjatja e simptomave psikotike të pacientit. Një mik apo i afërt mund të jetë burim më i përshtatshëm.

Ne flasim për Çrregullim Skizoafektiv kur përveç kriterëve të plotësuar për Skizofreninë pacientët përjetojnë edhe simptomat që plotësojnë kriteret për Çrregullim Humori (të përmendura më poshtë).

Nëse pacienti nuk përmbush kriteret për një Çrregullim Humori (i cili zhvillohet bashkërisht me simptomat e skizofrenisë, diagnoza e çrregullimit skizoafektiv përjashtohet.

Nëse pacienti ka një humor të njëtrajtshëm e të thatë apo që nuk përputhet me tematikën e mendimit, e shoqëruar me të folurin dhe sjelljen e çorganizuar, atëherë në flasim për një tip skizofrenie të quajtur Tipi i Çorganizuar. Nëse simptomat e pacientit përfshijnë sjellje e lëvizje të pakuptimta e paqëllimta, rigiditet, pozicion të çuditshëm të trupit, grimasa të shumta apo lëvizje përsëritëse, diagnoza e mundshme është Skizofrenia e tipit Katatonik.

Pacientët të cilët kanë haluçinacione, por e kuptojnë që ato nuk janë reale përgjithësisht kanë një çrregullim psikotik për shkak të një sëmundjeje të mjekësisë së përgjithshme apo për shkak të përdorimit të substancave.

Pacientët mund të kenë vetëm deluzione në tablonë e tyre, dhe këto të jenë jo-bizarre (do të thotë që tematika e tyre lidhet me situata të jetës së përditshme). Në këtë rast flasim për Çrregullim Deluzional.

Nëse pacienti ka deluzione bizare (pra, që lidhen me situata fantastike që nuk mund të ndodhin kurrë në realitet), atëherë diagnoza e çrregullimit deluzional përjashtohet. Deluzionet bizare në mungesë të ndonjë simptome tjetër domethënëse zakonisht i takojnë Skizofrenizë, Tipit Paranoid.

Çfarë është skizofrenia? Ajo është një sindromë që nënkupton njohjen tepër të gabuar të realitetit të brendshëm dhe të jashtëm, gjatë të cilit personi i prekur reagon në mënyra që dëmtojnë jetën e tij /ose të saj. Kjo njohje e gabuar e realitetit që është dhe thelbi psikotik i sëmundjes, manifestohet me çrregullimet e perceptimit, mendimit, emocionit, të folurit dhe të aktivitetit fizik. Termi fjalë për fjalë do të thotë “çarje e mendimit”, dhe njerëzit e zakonshëm shpesh e keqpërdorin këtë fjalë për të përshkruar dikë me personalitet të “çarë “ ose të shumëfishtë, ndërkohë që skizofrenia ka të bëjë me mospërputhjen ndërmjet funksioneve mendore të ndryshme (p.sh; midis përmbajtjes së mendimit dhe ndjenjave ose midis ndjenjave dhe veprimtarisë motore). Pacienti skizofren p.sh.: mund të flasë për ngjarje të hidhura ose frikësuese, ndërkohë që nuk tregon ndonjë emocion të përshtatshëm ose tregon fare pak.

Skizofrenia është sindromë që mund të përbëhet nga çrregullime të shumta, që kanë shkaqe, dekurse dhe përfundime trajtimi të ndryshme. Hulumtuesit po studiojnë një gamë të gjerë hipotezash rreth origjinës së skizofrenisë, që ndryshon nga ekstremi se

ajo është rezultat i dëmtimit të trurit në uterus ose në fëmijërinë e hershme, e deri në rolin që luan familja dhe mjedisi shoqëror. Emërtimi diagnostik mbulon shumë tablo klinike të ndryshme dhe simptomat variojnë aq shumë nga njëri individ tek tjetri, sa që është e pamundur të paraqesësh një tablo klinike të sëmundjes. Diagnoza p.sh., mund të përdoret njëlloj si tek një roje sigurimi hipervigilent, i cili është i veçuar dhe dyshues se të tjerët po komplotojnë ndaj tij, si tek një shtëpiake e cila beson se kontrollohet nga zëri i nënës së saj të vdekur, e deri tek një i ri i tërhequr dhe apatik i cili zhytet pa ndërprerje në mendime. Simptomat gjithashtu variojnë brenda të njëjtit individ në periudha të ndryshme kohore, kështu: personi skizofren i cili është psikotik dhe plotësisht i paafitë të funksionojë, një javë mund të jetë i aftë të njohë më mirë realitetin dhe javën tjetër të jetë në gjendje të kryejë detyra të thjeshta shtëpiake.

2.5 Simptomat karakteristike

Cilat janë simptomat “karakteristike” që duhet të jenë të pranishme të paktën për gjashtë muaj me qëllim që të vendosim diagnozën e Skizofrenisë? Sipas DSM-IV-ës (American Psychiatric Association [APA], 1994) simptomat e skizofrenisë përkufizohen si pozitive dhe negative.

Simptomat pozitive (deluzionet, halucinacionet, të folurit e c ‘organizuar, sjellja shumë e c ‘organizuar ose katatonike), përfshijnë deviacione të mëdha nga funksioni normal. Simptomat negative (sheshimi emocional, mungesë e të folurit spontan, mungesë e iniciativës) shkaktojnë pakësimin e funksionit normal.

Çrregullimi shfaqet në tre faza : aktive, prodromale dhe reziduale. Simptomat pozitive janë më të dukshme gjatë fazës aktive të skizofrenisë, ndërsa simptomat negative janë më të dukshme gjatë fazës prodromale dhe reziduale. Simptomat më karakteristike të skizofrenisë përshkruhen më poshtë.

2.5.1 Dimensioi Psikotik

Dimensioi psikotik i referohet haluçinacioneve dhe deluzioneve, dy simptomave klasike “psikotike” që pasqyrojnë konfuzionin rreth humbjes së kufijëve midis vetes dhe botës së jashtme. *Haluçinacionet* janë perceptime që përjetohen pa praninë e një ngacmuesi të jashtëm në organet sensore dhe kanë të njëjtën cilësi me perceptimin e vërtetë. Pacientët me skizofreni zakonisht raportojnë haluçinacione auditive, vizive, taktile, shijore ose olfaktore ose kombinim të tyre. Haluçinacionet auditive janë më të shpeshta. Ato zakonisht përjetohen si fjalë “zëra”. Zërat mund të flasin mbyturazi ose të dëgjohen qartë. Ato mund të shprehen me fjalë, grup fjalësh ose fjali të tëra. Haluçinacionet vizive mund të jenë të thjeshta ose komplekse dhe manifestohen me shkrepte drite ose shikim të figurave të njerëzve, kafshëve ose të objekteve të ndryshme. Haluçinacionet olfaktive dhe shijore shpesh provohen së bashku veçanërisht si shije ose erëra të pakëndshme. Haluçinacionet taktile mund të përjetohen si prekje ose pickime ose kalime korrenti elektrik në tru ose *formication* që nënkupton ndjesinë e lëvizjeve të insekteve nën lëkurë.

Deluzionet përbëjnë më shumë shqetësim të mendimit se sa të perceptimit. Ato janë besime që mbrohen me vendosmëri, nuk janë të vërteta dhe janë në kundërshtim me nivelin arsimor dhe kulturor të personit. Kurt Schneider (1959), psikiatër gjerman që punoi në vitet e para të shekullit njëzetë, argumentonte se disa tipa haluçinacionesh dhe deluzionesh janë të “kategorisë parë”, duke lenë të kuptohet se ato janë në mënyrë të veçantë karakteristike për skizofreninë. Shembuj janë deluzionet e detyrimit me forcë për të bërë gjëra që janë në kundërshtim me vullnetin e personit ose të mendimeve që

hiqen ose futen me forcë në mendjen e personit. Këto simptoma kanë tendencë të pasqyrojnë konfuzionin e personit rreth humbjes së kufijve midis vetes dhe botës së jashtme.

2.5.2 Dimensioni Negativ

DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) numëron dy simptoma negative si karakteristike të skizofrenisë: ekspresioni emocional i pakësuar dhe avolitioni. Simptoma të tjera negative të skizofrenisë janë alogjia dhe anhedonia. Këto simptoma përshkruhen me poshtë:

- *Ekspresioni emocional i pakësuar (sheshimi emocional ose topitja emocionale)* është pakësimi i intensitetit të ekspresionit emocional dhe i përgjigjes. Ai manifestohet me ekspresion emocional të pandryshuar, lëvizje spontane të pakësuara, varfëri të xhesteve shprehëse, kontakt i varfër me sy, mungesë e ndryshimit të zërit dhe i folur i ngadaltë.
- *Avolitioni* është humbja e aftësisë për të filluar një sjellje me drejtim të qëllim dhe për ta çuar atë drejt përfundimit. Pacientët duken të plogët dhe të pamotivuar.
- *Alogia* karakterizohet nga pakësimi i sasisë së të folurit spontan ose i tendencës për të prodhuar të folur i cili është i zbrazur ose i varfëruar në përmbajtje kur sasia është e mjaftueshme.
- *Anhedonia* është paaftësia për të provuar kënaqësi. Pacientët mund ta përshkruajnë veten se ndjehen emocionalisht të zbrazur dhe të paafte të gëzojnë aktivitete që me përpara i jepnin kënaqësi; si të luaj sport ose të vizitojë njerëzit e familjes ose miqtë.

2.5.3 Dimensioni i Disorganizimit

Dimensioni i disorganizimit i referohet të folurit të disorganizuar, sjelljes së disorganizuar ose bizare dhe afektit të papërshtatshëm.

Të folurit e disorganizuar ose *çrregullimi i mendimit* është konsideruar nga Eugen Bleuler (Read J, et al., 2004) si simptoma më e rëndësishme e *skizofrenisë*, i cili është përgjegjës i shpikjes së termit skizofreni për të theksuar rëndësinë e fragmentimit të mendimit. Definicionet standarde të tipave të ndryshme të çrregullimeve të mendimit janë zhvilluar për të theksuar aspektet objektive të gjuhës dhe komunikimit (të cilët janë indikatorë empirike të mendimit) si derealizimi (humbja e asocimit të mendimeve), varfëria e të folurit, varfëria e përmbajtjes e të folurit dhe përgjigjet tangenciale dhe të gjitha këto janë konstatuar se gjenden shpesh në skizofreni dhe në çrregullimet e humorit. Pacientët maniakale shpesh kanë çrregullim të mendimit që karakterizohet nga tangencialiteti, derealizimi dhe mungesa e logjikës. Pacientët depresivë manifestojnë çrregullime të mendimit më pak se pacientët maniakale por shpesh kanë varfëri të të folurit, tangencialitet dhe detalizim. Tipat e tjerë të çrregullimit të mendimit formal janë perseverimi, distraktabiliteti, tingëllimi (sallat fjalësh), neologjizma, ekolalia dhe bllokimi i mendimit. Me përjashtim të tingëllimit në mani asnjë nuk duket se është specifik për këtë çrregullim.

Shumë pacientë me skizofreni kanë tipa të ndryshëm të sjelljes së disorganizuar motore dhe sociale një aspekt tjetër ky i këtij dimension. Sjelljet patologjike motore janë:

- *Stupori katatonik*: Pacienti qëndron i palëvizur, nuk flet dhe nuk përgjigjet ndërsa është plotësisht i vetëdijshëm.
- *Eksitimi katatonik*: Pacienti kryen veprimtari motore të pakontrolluara dhe të paqëllimta. Nganjëherë pacientet marrin pozime bizare dhe të parrhatshme (p.sh., qëndrojnë galiç) dhe në atë pozicion qëndrojnë për një kohe të gjatë.

- *Steriotipi*: Pacienti bën lëvizje të përsëritura por të paqëllimta si lëkundje para e mbrapa.
- *Manierizma*: Pacienti kryen aktivitete pa drejtim të qëllimtë që janë ose të çuditshme në dukje ose janë jashtë konteksti.
- *Echopraxia*: Pacienti imiton lëvizjet dhe xhestet e një personi tjetër.
- *Bindja automatike*: Pacienti zbaton komanda të thjeshta të ngjashme me ato të një roboti.
- *Negativisem*: Pacienti refuzon të bashkëpunojë me kërkesat e thjeshta pa ndonjë arsye të dukshme.

Sjellja e disorganizuar është e zakonshme në pacientë me skizofreni veçanërisht kur sëmundja është në stadi të avancuara. Pacientët neglizhojnë veten, qëndrojnë të çrregullt, të pakrehur dhe veshin rroba të pista dhe të papërshtatshme. Ata injorojnë mjedisin rrethues kështu që bëjnë rrëmuje dhe potere. Nganjëherë shfaqin sjellje të çuditshme që thyejnë gjithë rregullat sociale si psh., rrëmojnë në plehra ose gërthasin fjalë të turpshme. Shumë prej njerëzve që qëndrojnë në rrugë sot vuajnë nga skizofrenia. *Afekti i papërshtatshëm* është komponent tjetër i dimensionit të disorganizuar. Pacientët mund të buzëqeshin në mënyrë të papërshtatshme kur flasin për tema neutrale ose të trishtueshme ose qeshin nën hundë pa ndonjë arsye të dukshme.

Simptoma të tjera

Shumë prej pacientëve ju mungon kritika. Ata nuk besojnë se janë të sëmure dhe kundërshtojnë idenë se kanë nevojë për trajtim. Orientimi dhe kujtesa zakonisht janë normale po të mos jene të dëmtuar nga simptomat psikotike, mungesa e vëmendjes ose distraktibiliteti.

Në disa pacient shfaqen shenja të buta neurologjike të palokalizuar si anomali të stereognozës, grafestezisë, ekulibrit dhe propioceptionit. Disa të tjerë kanë çrregullime të gjumit, interesit seksual dhe funksioneve të tjera trupore. Shumë prej pacientëve skizofrenike kanë dëshirë të pakët për seks dhe i shmangen intimitetit seksual.

Abuzimi me substancat si me alkoolin dhe drogat është i zakonshëm. Pacientët që abuzojnë me substancat kanë prirje të jenë të rinj, të seksit mashkull dhe që aderojnë keq me trajtimin. Ata kanë gjithashtu shtrime më të shpeshta në spital në krahasim me pacientët e tjerë që nuk abuzojnë me substancat. Mendohet se shumë prej pacientëve skizofrenë abuzojnë me substancat në përpjekje për të ngritur moralin dhe nivelin e motivimit ose për të pakësuar efektet anësore të mjekimit (p.sh., akatizinë).

Pacientët mund të kenë vetëm dy simptoma, ose mund të përjetojnë në të njëjtën kohë shumë prej tyre. Megjithatë është me shumë rëndësi që pacienti të paraqesë shenja të qarta të të menduarit të çrregulluar kronik.

2.5.4 Deluzionet

Në skizofreni janë veçanërisht të zakonshme besimet e gabuara, të cilat nuk mund të korrigjohen edhe kur personi vendoset përpara fakteve. Prej këtej lindin nocionet e gabuara rreth personalitetit ose transparencës së mendjes, p.sh.: se mendimet e një personi kontrollohen nga një forcë e jashtme, se mendimet futen ose merren me forcë nga jashtë, ose mendimet iu transmetohen njerëzve të tjerë. Të zakonshme janë idetë e referencës dhe deluzionet e persekutimit. Kriteret e skizofrenisë janë të përshkruara në tabelën më poshtë:

Tabela 2.1 Kriteret Diagnostike të DSM-IV-ës për Skizofreninë.

A. Simptomat karakteristike: Janë të pranishme dy ose më shumë prej simptomave të mëposhtme, secila për një pjesë të rëndësishme të kohës, gjatë një periudhe 1 mujore (ose edhe më pak nëse është trajtuar me sukses):
1. Deluzione
2. Halucinacione
3. Të folur i ç'organizuar (p.sh.: të folur shpesh i çakorduar ose inkohorent).
4. Sjellje mjaft e ç'organizuar ose katatonike
5. Simptoma negative p.sh.: sheshim afekti, alogji ose mungesë e vullnetit.
Shënim : kërkohet vetëm një simptomë i kriterit A, në se deluzionet janë bizare ose halucinacionet përbëhen nga zëra që komentojnë sjelljen ose mendimet e personit, ose dy ose më shumë zëra bashkëbisedojnë njëri me tjetrin.
B. Disfunzioni shoqëror për të punuar. Për një periudhë të rëndësishme të kohës që nga fillimi i shqetësimit, një ose më shumë fusha të funksionimit, të tilla si: puna, marrëdhëniet nderpersonale ose kujdesi për veten, janë mjaft nën nivelin e arritur përpara fillimit të sëmundjes, (ose kur fillimi është në fëmijëri apo adoleshencë, ai nuk është në gjendje të arrijë nivelin që pritet në përparimin ndërpersonal, akademik ose okupacional).
C. Kohë zgjatja: Shenjat e vazhdueshme të shqetësimit persistojnë të paktën për gjashtë muaj. Periudha gjashtë mujore duhet të përfshijë të paktën një muaj me simptoma (ose më pak, në se është trajtuar me sukses) që plotësojnë kriterin A (p.sh.: simptoma të fazës aktive, dhe periudhat e simptomave prodromale ose reziduale. Gjatë këtyre periudhave prodromale ose reziduale, shenjat e shqetësimit mund të manifestohen vetëm me simptoma negative, ose dy ose më shumë simptoma të renditura në kriterin A, të pranishme në një formë të zbutur (p.sh. besime të çuditshme, përvoja perceptive të pazakonshme).
D. Përrjashtimi i çrregullimit skizo-afektiv dhe i çrregullimeve të humorit:
Çrregullimi skizo-afektiv dhe çrregullimi i humorit me tipare psikotike përjashtohet për arsye se:
1) asnjë episod depresiv maniakal ose i përzier nuk shfaqet në të njëjtën kohë me simptomat e fazës aktive, ose
2) në se episodet e humorit shfaqen gjatë simptomave të fazës aktive, zgjatja e përgjithshme e tyre ka qenë relativisht e shkurtër në krahasim me zgjatjen e periudhave aktive ose reziduale.
E. Përrjashtimi i abuzimeve nga substancat ose i sëmundjeve mjekësore të përgjithshme; shqetësimi nuk shkaktohet direkt nga efektet fiziologjike të substancave (p.sh.: abuzimi nga barnat, mjekim ose sëmundje mjekësore të përgjithshme).
F. Lidhje me çrregullimin e thellë të zhvillimit; nëse ka një histori për çrregullimin autik ose për çrregullim tjetër të thellë të zhvillimit, vendoset diagnoza plotësuese e skizofrenisë vetëm në se janë të pranishme deluzionet ose halucinacionet e dukshme, të paktën për një muaj (ose më pak në se sëmundja është trajtuar me sukses).
<i>Klasifikimi i dekursit longitudinal</i> (mund të përdoret vetëm pasi të ketë kaluar të paktën 1 vit nga fillimi i simptomave të fazës aktive);

Episodik me simptoma reziduale interepisodike; episodi me simptoma reziduale interepisodike (episodet përcaktohen nga rishfaqja e simptomave psikotike të dukshme); gjithashtu specifikoje n.q.s. është me simptoma negative të dukshme.
Episodik pa simptoma reziduale interepisodike; është i vazhdueshëm (simptomat psikotike të dukshme janë të pranishme gjatë gjithë periudhës së vrojtimit); gjithashtu specifikoje n.q.s. është me simptoma negative të dukshme.
Episod i vetëm me remision të pjesshëm, gjithashtu specifikoje n.q.s. është me simptoma negative të dukshme.
Episod i vetëm me remision të plotë; modele të tjera ose të paspecifikuara.

2.5.5 Halucinacionet

Haluçinacionet dëgjimore janë tipi më i zakonshëm i haluçinacioneve. Ato mund të përbëhen nga tinguj, zëra të pa identifikuar, ose edhe bashkëbisedime të vazhdueshme ndërmjet disa zërave. Këto haluçinacione mund të jenë veçanërisht të rrezikshme për pacientin ose për njerëzit e tjerë nëse pacienti u bindet komandave haluçinatore. Shumë pacientë skizofrenë tregojnë për zëra dëgjimorë që komentojnë sjelljen e tyre. Haluçinacionet pamore, ndjesore dhe të nuhatjes, shfaqen më rrallë në skizofreni, zakonisht ato shoqërojnë më shumë psikozat me shkaqe organike.

2.5.6 Çrregullimet emocionale

Toni i mpirë ose i sheshuar emocional është simptoma klasike e skizofrenisë. Pacientët me afekt të sheshuar mund të mbesin aq shumë pa shprehje, sa duket sikur kanë vënë maskë. Shqetësime të tjera emocionale mund ta shoqërojnë këtë sëmundje, këtu veçohet afekti që nuk përshtatet me përmbajtjen e mendimeve (p.sh., qesh për vdekjen e mikut apo të babait).

2.5.7 Çrregullimet e vullnetit

Vullneti dhe aftësia e personit për të realizuar planet, mund të paralizohet nga negativizmi ose nga frika irracionale e fuqive të tij /ose të saj destruktive. (P.sh: pacienti që beson se ka fuqi të shkatërrojë me një dorë të vetme universin, mund të tmerrohet se mos e kryen me të vërtetë një veprim të tillë).

2.5.8 Çrregullimet e të folurit

Ndër shqetësimet e zakonshme të të folurit që vihen re në skizofreni duhen përmendur humbja e lidhjes së mendimeve, inkoherenca, konkretizimi, gjuha “private” që kuptohet vetëm nga pacienti, varfërimi i të folurit (veprimtaria e pakët ose mungesa e të folurit), formimi i fjalëve të reja (neologjizmat) dhe përsëritja e të folurit të njerëzve të tjerë (ekolalia).

2.5.9 Çrregullimet e aktivitetit motor

Veprimtaria mund të pakësohet në mënyrë të dukshme, si në rastin e katatonisë ose të shtohet siç vihet re në gjendjet e eksituara. Personat skizofrenë mund të kryejnë sjellje që i ngjajnë robotit, manierizma përsëritëse bizare ose ekopraksi (imitim i veprimeve të njerëzve të tjerë).

2.6 Tabloja klinike

Në vetvete, këto simptoma dhe kritere diagnostike nuk mund t'ju japin përshtypjen se kush janë pacientët skizofrenë. Ndonëse tabloja klinike mund të variojë shumë nga një person tek tjetri, disa karakteristika janë të përbashkëta për shumicën e njerëzve që vuajnë nga kjo sëmundje (tab. 2.2).

Faza aktive e skizofrenisë mund të zgjasë pafundësisht ose të jetë vetëm disa javë. Kur kjo fazë qetësohet, (me ose pa mjekim), personi skizofren nuk kthehet në nivelin e tij /ose të saj të mëparshëm të funksionimit, dhe simptomat kronike që mbesin përbëjnë fazën reziduale. Në shumë mënyra kjo fazë është e ngjashme me fazën prodromale, pasi individit nuk shfaqet psikotik i lulëzuar ose i axhituar, por megjithatë, pa më të voglin dyshim është akoma i dëmtuar

Stadi	Karakteristikat tipike
Faza Prodromale	Fillim i ngadaltë përgjate muajve ose viteve, ndryshime të lehta të sjelljes sikundër është veçimi shoqëror, mpirja e emocioneve, avolitioni, idetë dhe sjellja e çuditshme.
Faza Aktive	Zhvillimi i simptomave psikotike si haluçinacione, deluzione ose të folur ose sjellje e disorganizuar. Në përfundim këto simptoma çojnë në ndërhyrje mjekësore
Faza Reziduale	Mungojnë ose nuk janë më të dukshme simptomat e fazes së parë. Shpesh duket roli i dëmtimit, simptomat negative ose simptomat pozitive të zbutura. Gjatë fazës reziduale mund të rishfaqen simptomat e fazës akute (ekzacerbimi akut)

Nëse haluçinacionet ose deluzionet persistojnë edhe në këtë fazë, zakonisht ato kanë ngarkesë emocionale më të pakët se më parë. Afekti i sheshuar është i zakonshëm, sikundër vihet re performanca e keqe në punë, në shkollë apo në detyrat shtëpiake. Në të vërtetë dëmtimi i funksionimit ndryshon. Kështu disa pacientë me skizofreni kronike që janë në fazën reziduale të sëmundjes së tyre, janë në gjendje të punojnë (ndonëse me pakësim të efektivitetit), ndërsa të tjerë nuk janë në gjendje të funksionojnë në përgjithësi, ose edhe të mos kujdesen për vehten e tyre.

Disa pacientë kërkojnë kujdes kronik në spitalet psikiatrike, por shumica janë në gjendje të jetojnë më vete, ose në programe në baza komunitare, të tilla si shtëpi psikiatrike. Të folurit dhe të menduarit e çuditshëm ose ekscentrik, si rregull mbetet, dhe individët skizofrenë në fazën reziduale, zakonisht vazhdojnë të sillen në mënyra të çuditshme (p.sh.: duke fajësuar veten përpara publikut) dhe të jenë shoqërisht të tërhequr. Tipari më i rëndësishëm i fazës reziduale është se personi mbetet i dëmtuar. Kthimi në veprimtarinë premorbide normale, më shumë është një përjashtim se sa një rregull.

Porsa shfaqet episodi i parë psikotik, dekursi klinik i skizofrenisë është krejt i ndryshëm. Disa pacientë shërohen duke pasur një deficit të vogël ose pa deficit, por dekursi më i zakonshëm është ai i ekzacerbimeve dhe remisioneve të sëmundjes gjatë gjithë jetës. Në disa pacientë skizofrenë, dëmtimi rezidual rritet pas çdo ekzacerbimi akut të psikozës së tyre, në të tjerë duket se instalohet një funksion suboptimal.

Deri më sot ne nuk mund të parashikojmë me shumë besueshmëri se cilët pacientë me skizofreni do të kenë një dekurs përkeqësues, dhe cilët do të stabilizohen ose përmirësohen (tab. 2.3).

2.6.1 Komplikacionet e zakonshme dhe të rrezikshme

Suicidi dhe përpjekjet suicidale janë të zakonshme në mes të individëve skizofrenë. Suicidi tentohet shpesh gjatë fillimit të episodit të parë psikotik, kur njerëzit skizofrenë kuptojnë se diçka e tmerrshme po ndodh, të cilën ata nuk e kuptojnë dhe që është përtej kontrollit të tyre. Individët skizofrenë, gjithashtu përpiqen të vrasin veten gjatë periudhave të depresionit që ndodhin gjatë dekursit të sëmundjes. Individët psikotikë të lulëzuar, kanë veçanërisht risk për suicid për arsye se halucinacionet dhe deluzionet mund t'u diktojnë veprime vetëdestruktive dhe individët mund t'u binden këtyre urdhërave të brendshëm në mënyrë shumë impulsive. Studimet bashkëkohore tregojnë që shkalla e vetvrasjeve te individët me skizofreni është 4% deri 13%, me një shkallë modale 10%. (Siris S.G., et al., 2001). Shkallët e raportuara të tentativave të këta individë ndryshon midis 18% dhe 55% (Verma D., et al., 2016). Homocidi është shumë më i rrallë. Personat katatonikë dhe paranoidë janë më të prirur për violencë, se sa ata që renditen në kategoritë e tjera më poshtë. Incidenca e homocidit të kryer nga pacientët skizofrenë është më e lartë se sa ajo e popullatës së përgjithshme.

Tabela 2.3. Dekursi i Skizofrenisë

Prognozë e keqe	Prognozë e mirë
Tregim dhe izolim para sëmundjes	Funksionim shoqëror i mirë para Sëmundjes
Çrregullim i personalitetit para sëmundjes	Pa çrregullime të personalitetit para Sëmundjes
Pa ngjarje precipituese të identifikuar	Ngjarje precipituese
Fillim i fshehtë	Fillim i menjëhershëm
Fillim i hershëm (fëmijëri, adoleshencë)	Fillim në moshë të rritur

2.7 Nëntipat e Skizofrenisë

Prej kohësh është bërë e qartë se skizofrenia si ombrellë diagnostike mbulon një varg sëmundjesh klinike, dhe janë propozuar shumë skema të nënkategorive, të cilat përpiqen t'i ndajnë individët skizofrenë në përputhje me simptomat, dekursin klinik dhe përfundimin. Asnjë nga këto skema nuk ka qenë veçanërisht e suksesshme. Nëntipat e skizofrenisë që janë paraqitur në DSM-IV-ën në këtë drejtim kanë vlera të kufizuara dhe shumë pacientë skizofrenë nuk i përshtaten saktësisht ndonjë prej nënkategorive diagnostike. Megjithatë, meqenëse këto nëntipa të përdoren në punën klinike, ato përshkruhen shkurtimisht këtu më poshtë.

Tipi paranoid.

Tipi paranoid është krejt i zakonshëm dhe nënkupton praninë e deluzioneve të madhështisë, xhelozisë ose të persekutimit, si dhe halucinacionet me përmbajtje

persekutimi ose madhështie. Krejt ndryshe nga pacientët skizofrenë të ç ‘organizuar dhe katatonikë, individët skizofrenë paranoidë nganjëherë shfaqin dëmtim të pakët të veprimtarisë funksionale (“p.sh., një ekspert i sigurimit (skizofren paranoid), mund të funksionojë në mënyre adekuate në punë). C ‘organizimi i madh i sjelljes takohet rrallë në mes të skizofrenëve paranoid, shpesh ata flasin qartë dhe disa prej tyre sillen në mënyrë krejt të përshtatshme në situata shoqërore që nuk nxisin frikërat e tyre paranoide. Fillimi i tipit paranoid ka tendenca të shfaqet më vonë në jetë se sa nëntipat e tjerë, dhe gjatë gjithë kohës simptomat mbesin më të qëndrueshme.

Tipi i çorganizuar.

Tipi i ç ‘organizuar manifestohet me simptomat primare: të folurit inkoherent dhe afekt të topitur ose të pa përshtatshëm, me dëmtim të tejskajshëm shoqëror dhe pa sisteme deluzionale të zhvilluara mirë. Këta pacientë shpesh kanë një histori të funksionimit të keq përpara sëmundjes, fillim të hershëm e të fshehtë të sëmundjes dhe zhvillojnë një dekurs kronik pa remisione të rëndësishme.

Tipi katatonik.

Tipi katatonik manifestohet me një tablo klinike që dominohet me shqetësim psikomotor. Kjo mund të marrë formën e stuporit katatonik ose rigiditetit, eksitimit katatonik, pozimit katatonik ose negativizmit . Për arsye që nuk janë të qarta tani, ky tip është i rrallë në Evropë e në Amerikën e Veriut.

Tipi i padiferencuar dhe Tipi rezidual.

Tipi i pa diferencuar është thjeshtë tipi i pacientëve skizofrenë, simptomat psikotike të të cilëve nuk përfshihen në ndonjë prej kategorive kryesore të renditura më sipër. Tipi rezidual tregon skizofreninë pa simptoma psikotike, por me dëshmi të vazhdueshme të simptomave negative ose dy forma të simptomave të zbutura pozitive (p.sh.: besime të çuditshme).

Çrregullimi skizofreniform.

Çrregullimi skizofreniform i ngjan skizofrenisë, pasi simptomat psikotike janë të pranishme për një kohë deri gjashtë muaj, megjithatë mund të mos jetë e dëmtuar veprimtaria shoqërore dhe okupacionale. Ndonëse disa pacientë shërohen nga çrregullimi skizofreniform, shpesh ajo përfundon në skizofreni.

Nëntipat shërbejnë më shumë si një lloj stenografie për përshkrimin e tablosë klinike specifike të skizofrenisë. Me rëndësi është diferencimi i skizofreninë nga diagnozat e tjera.

2.8 Diagnoza Diferenciale

Saktësia për diagnostikimin e skizofrenisë është e një rëndësie kritike, por kjo më shumë është një ideal se sa një realitet në praktikën moderne. Shumë çrregullime e imitojnë skizofreninë dhe kjo vetë varion aq shumë në paraqitjen e vet klinike, sa që shpesh herë është ngatërruar me sindroma të tjera. Meqenëse “skizofrenia” nënkupton kronicitet dhe mungesë trajtimi, emërtimi diagnostik mund të ketë efekte shkatërrimtare për pacientët dhe familjarët e tyre kur nuk përdoret në mënyrë korrekte. Nga ana tjetër, diagnoza korrekte mund të garantojë një farë lehtësimi për njerëzit që luftojnë të njohin natyrën e sëmundjes së tyre, si dhe për familjarët që përpiqen të planifikojnë për të ardhmen një kujdes dhe trajtim të përshtatshëm.

Proçesi i diagnozës diferenciale shpesh është i vështirë, pasi disa çrregullime zakonisht ngatërrohen me skizofreninë dhe duhet të përjashtohen përpara se diagnoza të bëhet me bindje.

2.9 Çrregullimi Skizoafektiv

Çrregullimi skizoafektiv diagnostikohet kur psikoza kronike dhe shqetësimi i humorit janë të dukshme, dhe klinicisti nuk është në gjendje të dallojë në mes skizofrenisë dhe çrregullimit të humorit (tab. 2.4). DSM -IV-a (APA, 1994) e përdor këtë diagnozë për të treguar sëmundjen që prezantohet njëherë me çrregullim skizofrenik dhe çrregullim të humorit, dhe në një kohë tjetër me simptoma psikotike por pa simptoma të humorit.

Tabela 2.4 Kriteret diagnostike të DSM-IV-ës për çrregullimin skizoafektiv

A - Një periudhë e pandërprerë e sëmundjes gjatë së cilës në një kohë të caktuar, vihen re episode depresive madhore, episode maniakale ose episode konkurente me simptomat që plotësojnë kriterin A të skizofrenisë. <i>Shënim:</i> Episodi depresiv madhor, duhet të përmbajë kriterin A1 : Humorin Depresiv.
B - Gjatë të njëjtës periudhë të sëmundjes, vihen re deluzione ose halucinacione të paktën për dy javë në mungesë të simptomave të dukshme të humorit.
C - Simptomat që plotësojnë kriterin për çrregullim të humorit, janë të pranishme për një pjesë të rëndësishme të kohës së përgjithshme të periudhave aktive dhe reziduale të sëmundjes.
D - Shqetësimi nuk shkaktohet nga efektet fiziologjike direkte të substancës (p.sh., abuzimi i barit, mjekim), ose sëmundje mjekësore e përgjithshme.
F - Specifik tipin :
<i>Tipi Bipolar:</i> Në se shqetësimi përbëhet nga episode maniakale ose të përzier (ose maniakale, ose episode mikse dhe episode depresive madhore).
<i>Tipi Depresiv:</i> Nëse shqetësimi përbëhet vetëm nga episod depresiv madhor.

Çrregullimi skizoafektiv ka një prevalencë që vlerësohet më pak se 1% dhe shfaqet më shpesh në femrat. Diagnoza është e zakonshme në spitalet dhe klinikat psikiatrike, por kryesisht është diagnoze përjashtimi. Diagnoza diferenciale e Çrregullimit skizoafektiv bëhet kryesisht me skizofreninë, çrregullimet e humorit dhe çrregullimet e shkaktuara nga sëmundjet mjekësore ose abuzimi me drogat. Në skizofreni, episodet e humorit janë të pranishme për pjesën më të vogël të kohëzgjatjes së sëmundjes. Ndonëse simptomat psikotike mund të ndodhin në persona me çrregullime të humorit, në përgjithësi ato nuk janë të pranishme në mungesë të depresionit ose të manisë, duke ndihmuar në këtë mënyrë të vendoset një kufi midis çrregullimit skizoafektiv dhe manisë apo depresionit psikotik. Zakonisht është e qartë nga historia, ekzaminimi fizik ose testet laboratorike kur një drogë ose sëmundje mjekësore ka bërë të mundur fillimin dhe ruajtjen e çrregullimit. Shenjat dhe simptomat e çrregullimit skizoafektiv përfshijnë ato që vihen re në skizofreni dhe në çrregullimet e humorit. Simptomat mund të paraqiten së bashku ose në mënyrë alternative dhe simptomat psikotike mundet të jenë në përputhje me humorin ose në mospërputhje me të. Dekursi i çrregullimit skizoafektiv është variabël, por paraqet një sfond të mesëm ndërmjet atij të skizofrenisë dhe çrregullimeve të humorit. Përfundimi më i keq ka lidhje me përshtatjen e keqe premorbide, fillimin e

ngadaltë, mungesën e stresoreve precipitues, predominimin e simptomave psikotike, fillimin e hershëm, dekursin e pandërprerë dhe historinë familjare me skizofreni.

2.10 Çrregullimi Deluzional

Deluzionet jo bizare që përfshijnë situatat reale të jetës, (p.sh.: të qenurit i ndjekur ose i helmuar) janë simptomat dominante në çrregullimin deluzional. Besimi deluzional nuk dëmton dukshëm funksionin ditor, ndërsa të menduarit e çrregulluar nuk është i dukshëm siç ndodh në skizofreni.

Çrregullimi deluzional karakterizohet nga prania e deluzioneve të sistematizuara mirë që shoqërohen me afekt në përshtatje me deluzionin dhe që shfaqen në prani të një personaliteti të konservuar relativisht mirë. Deluzionet duhet të zgjatën jo më pak se 1 muaj. Ndryshe nga deluzioni dhe pasojat e tij, sjellja në përgjithësi nuk është e çuditshme dhe bizare. Simptomat e fazës aktive që mund të shfaqen në skizofreni (psh., të folurit e disorganizuar, simptomat negative) mungojnë dhe Çrregullimi nuk shkaktohet nga një Çrregullimi i humorit, nuk shkaktohet nga substancat dhe as nga ndonjë sëmundje mjekësore. Tabela më poshtë paraqet kriteret diagnostike të përcaktuara sipas DSM 5 (2013):

Tabela 2.5 Kriteret Diagnostike të Çrregullimit Deluzional të DSM-5 (APA, 2013)
A. Prania e një (ose me shumë) deluzioneve me kohë zgjatje 1 muaj ose më gjatë.
B. Kriteri A i skizofrenisë nuk plotësohet kurrë.
Shenim: Haluçinacionet nëse janë të pranishme nuk janë të spikatura dhe kanë lidhje me temën e deluzioneve (psh., ndjenja e të qenurit i mbushur me insekte lidhet me deluzionet e sulmimit nga insektet).
C. Përveç ndikimit nga deluzioni(deluzionet) dhe pasojave të tyre funksionimi nuk është i dëmtuar në mënyrë të dukshme dhe sjellja nuk është qartazi bizarre dhe e çuditshme.
D. Nëse kanë ndodhur episode maniakale ose depresive, këto kanë qenë të shkurtra në krahasim me kohë zgjatjen e periudhave deluzionale.
E. Shqetësimi nuk i atribuohet efekteve fiziologjike të një substance ose një sëmundje mjekësore tjetër dhe nuk shpjegohet nga një çrregullim mendor tjetër si psh., çrregullimi dismorfik i trupit ose çrregullimi obsesivo-kompulsiv.
<i>Specifiko nëse është:</i>
Tip Erotomanik: Ky nëntip përdoret kur tema qëndrore e deluzionit është kur një person tjetër bie në dashuri me personin.
Tip Madheshtor: Ky nëntip përdoret kur tema qëndrore e deluzionit është bindja se ka talent ose zgjuarsin të madhe (por të panjohur) ose ka bërë zbulime të rëndësishme.
Tip Xheloz: Ky nëntip përdoret kur tema qëndrore e deluzionit të personit është se partneri i tij ose i saj ose e dashura nuk është besnik.

Tip Persekutor: Ky nëntip përdoret kur tema qëndrore e deluzionit përfshin besimin e individit se ai ose ajo komplotohet, mashtrohet, spiunohet, ndiqet, helmohet ose drogohet, demtohet, ngacmohet në mënyrë djallzore ose pengohet në ndjekje të qëllimeve afat gjata.
Tip somatik: Ky tip përdoret kur tema qëndrore e deluzionit përfshin funksionet ose sensacionet trupore.
Tip i Perzier: Ky tip përdoret kur nuk predominon asnjë temë deluzionale.
Tip i paspecifikuar: Ky tip përdoret kur besimi deluzional dominant nuk mund të përcaktohet qartë ose nuk përshkruhet në tipat specifik (psh., deluzione referimi pa komponent të spikatur persekutor ose madhështor).
<i>Specifikoni nese eshte :</i>
Me permbajtje bizarre: Deluzionet janë thellesisht bizarre nëse janë qartazi të papranueshme, të pakuptueshme dhe nuk rrjedhin nga përvoja të jetës së përditshme (psh., besimi i individit se një person i panjohur i ka hequr organet genitale të tij ose të saj dhe i ka zëvendësuar ato me organet e dikujt tjetër pa lënë asnjë plagë ose shenjë).

Specifikoni nese:

Specifikuesit e dekurseve të mëposhtëm duhen të përdoren vetëm pas një kohe zgjatje prej 1 viti të çrregullimit:

Episod i parë, tani në episod akut: Manifestimi i parë i çrregullimit plotëson kriteret diagnostike përcaktuese të simptomës dhe të kohës. Episodi akut është periudha e kohës kur plotësohen kriteret e simptomës.

Episod i parë, tani në remision të pjesshëm: Remisioni i pjesshëm është periudha e kohës pas episodit të mëparshëm gjatë së cilës ruhet një periudhë përmirësimi dhe ku plotësohen vetëm pjesërisht kriteret e pjesëshme të çrregullimit.

Episod i parë, tani në remision të plotë: Remisioni i plotë është periudha e kohës pas episodit të mëparshëm gjatë të cilit nuk ka të pranishëm asnjë simptom.

Episode multiple, tani në episod akut

Episode multiple tani në remision të pjesshëm

Episode multiple tani në remision të plotë

I Vazhdueshëm: Simptomat që plotësojnë kriteret diagnostike të çrregullimit ruhen për periudhën më të madhe të dekursit të sëmundjes me periudha nënpragu simptomash që janë shumë të shkurtra në krahasim me dekursin e përgjithshëm.

I Paspecifikuar

Specifikoni rëndesën aktuale: Rëndesa klasifikohet në bazë të vlerësimit kuantitativ të simptomave parësore të psikozës, duke përfshirë deluzionet, haluçinacionet, të folurit e ç'organizuar, sjelljen psikomotorë abnormale dhe simptomat negative. Seicila prej këtyre simptomave mund të renditet në bazë të rëndesës aktuale (më e rëndë në 7 ditët e fundit) me shkallën 5 pikë që varion nga 0 (nuk është i pranishëm) në 4 (i pranishëm dhe i rëndë). (Shiko Dimensionet Klinike të Renditjes të Rëndesës së Simptomit të Psikozës në kapitullin “Shkallët e Vlerësimit”).

Shënim: Diagnoza e çrregullimit deluzional mund të bëhet pa përdorur këtë specifikues të rëndesës. Tipari kryesor i Çrregullimit deluzional është prania e deluzionit në mungesë të sjelljes së çuditëshme ose bizarre. Personi mund të jetë i padëmtuar, përveç ndikimit të drejtpërdrejtë që ka deluzioni. Nëse haluçinacionet janë të pranishme, ato nuk spikasin dhe kanë lidhje me temën e deluzionit.

Tabloja Klinike

Personat me Çrregullimi deluzional priren të jenë të izoluar nga ana sociale dhe mosbesues të përhershëm. Ata persona që kanë deluzione persekutimi ose xhelozie nganjëherë zemërohen dhe tregohen armiqësore, emocione që mund të shkaktojnë shpërthime violente. Ata mund të flasin shumë dhe detalizojnë, veçanërisht kur diskutojnë për deluzionet e tyre. Një vrojtim na tregon se shumë prej njerëzve me çrregullimi deluzional mund të bëhen persona që ndjekin gjyqet dhe përfundojnë si klientë të avokatëve më shumë se pacientë të mjekëve psikiatër.

Tipi persekutor: besimi se në një farë mënyre trajtohet ose komplotohet kundër tij ose asaj.

Tipi erotomanik: (Sindromi Clerambault): se nje person, zakonisht me status te lartë, ka rënë në dashuri me pacientin.

Tipi madhështor: Besimi se është person që ka vlera, pushtet, njohuri ose identitet të rëndësishëm ose ka marrëdhënje me perëndi, hyjni ose persona të famshëm.

Tipi Xheloz: besimi se partneri seksual është i pabesë, i pandershëm.

Tipi somatik: Besimi se vuan nga defekte, çrregullimie ose sëmundje të ndryshme si psh nga AIDS.

2.11 Çrregullimi Psikotik i Shkurter

Çrregullimi psikotik i shkurtër i cili shfaqet në individë që përjetojnë stresse të rënda, mund të duket identik me skizofreninë. Megjithatë psikoza e shkurtër qetësohet shpejt (disa ditë deri në disa javë), por pa dëmtim rezidual, prandaj trajtimi i pacientit për një periudhë kohe është themelor. Psikoza e shkurtër vihet re shpesh tek adoleshentët.

Pacientet me *Çrregullimi psikotik te shkurtër* kanë Çrregullimie psikotike qe zgjasin te pakten 1 dite por jo me shume se 1 muaj dhe sherohen gradualisht. Çrregullimiet e humorit psikotik, skizofrenia dhe efektet e barnave dhe semundjeve mjekesore perjashtohen ne shkaktimin e simptomave. Shenjat dhe simptomat jane te ngjashme me ato qe vihen re ne skizofreni si halucinacione, deluzione, të folur i corganizuar ose sjellje teper e corganizuar. Njihen kater tipa: 1) me stresore te dukshem, 2) pa stresore te dukshem, 3) me fillim pas lindjes dhe 4) me katatoni.

Pacientet me fillim pas lindjes në pergjithësi i zhvillojnë simptomat gjatë shtatzënsise ose brenda 4 javëve pas lindjes. *Psikoza postpartum*, sikunder quhet shpesh, ka tendencë të shfaqet ne individe normale të ndryshem dhe të perfundojë brenda 2-3 muajve. Çrregullimi duhet të dallohet nga humori depresiv pas lindjes që shfaqet në 80% të nënave të reja, zgjat për pak ditë pas lindjes dhe konsiderohet normal.

Prevalenca e Çrregullimit psikotik të shkurtër mund të arrijë deri 9% të psikozaeve që fillojnë për herë të parë dhe është dy herë më i zakonshëm në femrat. Çrregullimi mendohet se ndodh më shumë në grupet me të ardhura të ulta dhe midis individëve me Çrregullim të personalitetit veçanërisht të tipit borderline dhe skizotipal.

Shtrimi në spital mund të jetë i domosdoshem për sigurinë e pacientit ose të personave të tjerë. Për arsye se Çrregullimi psikotik i shkurtër mund të jetë vet kufizues nuk indikohet ndonjë mjekim specifik dhe vet ambjenti spitalor mund të jetë i mjaftueshëm për të ndihmuar në shërimin e pacientit. Antipsikotikët mund të jenë të efektshëm herët, veçanërisht kur pacienti është shumë i axhituar ose përjeton shqetësim të madh emocional. Pasi të jetë shëruar mjaftueshem, klinicisti mund të ndihmojë pacientin të eksplorojë kuptimin e reaksionit psikotik dhe të stresorëve nxitës. Psikoterapia suportive mund të ndihmojë në kthimin e moralit dhe të respektit për vehten.

2.12 Çrregullimi skizofreniform

Çrregullimi skizofreniform është diagnozë që përdoret për pacientë që paraqiten me simptoma tipike të skizofrenisë, por që janë të sëmurë për më pak se 6 muaj. Definicioni i DSM-5 kërkon të jenë të pranishme tiparet e mëposhtme: 1) pacienti ka simptoma psikotike karakteristike të skizofrenisë si haluçinacione, deluzione ose të folur të ç'organizuar, 2) simptomat nuk janë të shkaktuara nga abuzimi me substancat, mjekimi ose sëmundjet mjekësore, 3) Çrregullimi skizoafektiv dhe Çrregullimi i humorit me tipare psikotike janë përjashtuar dhe 4) kohë zgjatja të paktën është 1 muaj por më pak se 6 muaj.

Diagnoza kthehet në skizofreni nëse sëmundja persiston pas 6 muajve edhe nëse simptomat reziduale sikundër janë sheshimi i afektit mbeten. Diagnoza duket se identifikon një grup pacientësh që variojnë gjerësisht, shumica e të cilëve në të vërtetë zhvillojnë skizofreni, Çrregullimi humorit ose Çrregullimi skizoafektiv.

Është e qartë se kufinj të vërtetë të kësaj diagnoze mbeten për tu zgjidhur. Përdorimi kryesor i saj është të mbrojë pacientin nga diagnoza e parakoheshme e skizofrenisë. Trajtimi i Çrregullimit skizofreniforme nuk është vlerësuar sistematikisht. Principet e menaxhimit të tij janë të ngjashme me ato të eksacerbimit akut të skizofrenisë të përshkruara më poshtë.

2.13 Prevalenca e sëmundjeve mendore tek emigrantet

Prevalenca e sëmundjeve mendore tek emigrantet është një nga aspektet e ndikimit të emigrimit në shëndetin mendor. Shumica e studimeve që kanë investiguar efektet e emigrimit në shëndetin mendor të emigrantëve tregojnë një prevalencë më të lartë të sëmundjeve mendore. Ka dëshmi të qëndrueshme se incidenca e të gjitha formave të psikozave është më e lartë të emigrantët dhe popullata të pakicës etnike në një numër shtetesh. Ky përfundim përfshin studime të bëra në grupe emigrantesh në Angli, Hollande, Danimarkë Suedi, Australi dhe ShBA. Në një meta-analizë e bërë në 2005, mesatarja e ponderuar e rrezikut relativ për të zhvilluar skizofreni gjatë gjeneratës së parë të emigrantëve ishte 2.7 (Cantor-Graae & Selten, 2005). Megjithatë risku ishte i ulët kur shtetet dërguese dhe pritëse janë të ngjashme (nga një vend perëndimor në një tjetër perëndimor) dhe ishte më i lartë kur vendet dërguese dhe pritëse ishin të ndryshme (p.sh. emigrantet afrikanë ose të Karaibeve në Angli) (Kinzie, 2006).

Që kur emigrimi nuk është vetëm një fenomen, por një proces i tërë që përfshin një sërë ngjarjesh, ai do të influencohet nga një numër faktorësh të nivelit social dhe individual. Faktorët e riskut për një shëndet mendor të deterioruar janë multiple, multidimensionale dhe interaktive. Ndikimi i tyre tek emigrantet mund të shfaqet gjatë njëres nga fazat e procesit të emigrimit.

2.14 Shqyrtimi i literaturës

Faktorët e riskut gjatë fazës së pre-migrimit

Në këtë fazë, faktorët e riskut mund të ndahen në 2 kategori: faktorë që varen nga karakteristikat personale të emigrantit dhe të lidhura me faktorët ambientale (*gjinia femër është një prediktor*), histori e çrregullimeve mendore, përdorimi i alkoolit ose substance, regjioni apo origjina (*ata që lëvizin nga një vend i ulët në një vend të zhvilluar janë të ekspozuar*), ngjarjet traumatike para migrimit (*violence, abuzim ne*

fëmijëri, lufte civile, spastrim etnik), kushtet ekonomike (*varfëria, papunësia*), motivacionet për emigrim (*largimi me force nga shtëpia, familja, persekutimi*).

Faktorët mbrojtës: Shëndeti i mire fizik dhe mendor, aftësi të mira akademike dhe profesionale ndihmojnë integrimin.

Faktorët e riskut gjate fazës së migrimit: Moshë e emigruesit luan një rol të rëndësishëm në adaptimin dhe përshtatjen në shoqërinë e re dhe mund të jete një faktor i riskut për çrregullim mendor.

Në një studim të sëmundshmërisë psikiatrike në emigrantet e fundit Kineze në Zelandë, të qenurit në moshën 26-35 vjeç dhe mbi 45 vjeç ishte një prediktor për çrregullime mendore (Abbot 1999). Imigrimi ilegal rrit gjithashtu vështirësitë, rreziqet dhe traumat, duke orientuar me shumë drejt çrregullime psikologjike.

Faktorët e riskut gjate fazës post-migrimit: Këta faktorë që janë të shoqëruar me çrregullime mendore dhe psikologjike mund të ndahen në dy kategori: së pari, të varura nga karakteristikat individuale që përfshijnë papunësinë, aftësinë e gjuhës, përdorimin e substancës, ndërsa kategoria e dyte ka të bëjë me mjedisin e ri të emigrantit, të tillë si të mos qenit i pranuar nga shoqëria e re, diskriminimi dhe racizmi. Situata ekonomike ka rol kryesor në integrimin dhe përshtatjen e individit dhe konsiderohet prediktor i rëndësishëm.

Mungesa e mbështetjes sociale është identifikuar si një faktor i rëndësishëm në fillimin, ecurinë dhe prognozën e shumë çrregullimeve psikotike (Pantelidou & Craig, 2006). Dendësia etnike, që nënkupton përqendrimin e të njëjtit grup etnik rreth individit, mund të luaj një rol sinjifikant në gjenezën dhe ecurinë e disa tepeve të çrregullimeve psikotike (Bhugra & Jones, 2001).

Kontakti midis emigrantit dhe komunitetit mik mund të drejtojë asimilimin, ndalimin, integrimin ose dekulturimin (kur një person ose grup abandonojnë kulturën e tyre) (Bhugra & Becker, 2005). Një tjetër koncept është akulturimi, që do të thotë se një person mund të behet një pjesëmarrës kompetent në kulturën e shumicës, por gjithmonë do të identifikohet si një person i pakicës. Diskriminimi mund të jete prediktor i rëndësishëm për çrregullime psikologjike dhe kryesisht psikotike (Gee et al., 2006).

Sipas Elizabeth Cantor në një meta-analizë të vitit 2005, rezultojnë: një histori personale apo familjare e emigrimit është faktor i rëndësishëm i riskut për të bërë skizofreni dhe psikozë të ngjashme me të. Shumë hipoteza janë ngritur për të shpjeguar rritjen e shkalles së çrregullimeve psikotike në grupin e emigrantëve dhe të pasardhësve të tyre (Cantor-Graae & Selten, 2005).

Hipoteza 1. Psikozat i predisponojnë njerëzit të emigrojnë.

Ødegaard (Selten JP, et al., 2002) argumenton se nivelet e larta të skizofrenisë që ai ka observuar në emigrantët norvegjezë në Amerikë, mund të shpjegohet me emigrimin selektiv, d.m.th. tendencë më të lartë për individët me predispozicion gjenetik ekzistues ose vulnerabilitet për skizofreninë për të emigruar. Kjo u bazua në faktin se shumë emigrantë që zhvilluan skizofreni, kishin histori të përshtatjes së varfër sociale në Norvegji. Megjithatë kjo kundërshtohet me faktin se nivelet më të larta të skizofrenisë gjenden në gjeneratën e dytë se në emigrantët origjinale. Gjithashtu procesi fizik i migrimit është detyrë e vështirë, sa individët me skizofreni është e pamundur ta përballojnë. Për më tepër, individualisht u pa e arsyeshme të shpjegohej se deficitet konjitive dhe simptomat negative të cilat janë evidente gjatë skizofrenisë dhe për të cilat supozohen të jenë reflektim i riskut gjenetik dhe të neurozhvillimit, në fakt do të reduktonin mundësinë e një migrimi të suksesshëm. Së treti, nëse do të ishte e vërtetë, nivelet do të ishin të larta midis gjithë grupeve të emigrantëve, gjë që nuk vërtetohet.

Hipoteza 2. Nivele më të larta në vendet e origjinës së emigranteve.

Për kohë të gjatë, besohej që vendet nga të cilat individët kanë emigruar kanë pasur nivel të lartë të psikozave, duke shoqëruar kështu një vulnerabilitet biologjik drejt sëmundjeve. Më pas u vu re që nivelet e përcaktimit të ngushtë të skizofrenisë nuk u rritën në krahasim me popullsinë që kishte migruar.

Hipoteza 3. Diferencat socio-ekonomike.

Kjo hipotezë është propozuar nga Cochrane dhe Bal në 1987. Siç është treguar më parë, shumica e studimeve kanë treguar se mosha, seksi, statusi martesor dhe statusi ekonomiko-social kanë rëndësi të madhe. Studimet e fundit konsiderojnë statusin socio-ekonomik si një alternative shpjeguese për lidhjen midis psikozave dhe emigrimit (Cochrane & Bal, 1987). Pyetja baze është nëse emigracioni në vetvete vepron si një stresant dhe prodhon shkalle të larta të skizofrenisë, apo stresi ndodhi me vone. Odegard tregon në studim se nivelet e skizofrenisë u rriten 10-12 vjet pas migrimit, duke u bere kështu me pak të mundshëm si shkak për emigrim. Megjithatë Dinesh Bugrah (2001) tregoi me 1997 se 80% e rasteve në kampionin me skizofreni ishin të papunë dhe me probleme të konsiderueshme sociale.

Hipoteza 4. Migrimi dhe faktorët postmigratorë.

Të gjithë emigrantët përballen me eksperiencë të ngjashme emigratore dhe postmigratore (Cochrane & Bal, 1987). Emigrimi është në vetvete një ngjarje relativisht e fortë dhe që mbart stres mbi individin. Për më tepër kur kësaj i shtohen sigurimi i shtëpisë dhe i punës, eksperiencat e diskriminimit, zhvillimi i marrëdhënieve sociale, të kuptuarit e normave, rregullave dhe kulturës pritëse. Në popullatën e përgjithshme, u gjet se veçanërisht prevalenca e simptomave psikotike ishte më e madhe në grupin e minoriteteve etnike. Këtu risku ishte më i shpjegueshëm me diskriminimin dhe ngjarjet stresante të jetës. Ndërsa prevalenca e ngjarjeve stresante ishte e ngjashme me grupet etnike, u evidentua se këto perceptoheshin me negativisht në minoritetet etnike (Gilvarry et al., 1999), e për rrjedhojë kishin shkallën më të lartë të psikozave.

Hipoteza 5. Keq diagnostikimi i çrregullimeve psikotike në emigrantët.

Kjo hipotezë ka shumë polemika. Shumë komente kanë supozuar se simptomat psikotike mund të jenë më të shpeshta në popullatën e pakicave etnike. Keq diagnostikimi i gabuar i besimeve fetare si eksperiencat psikotike në këtë grup kanë çuar në rritje artificiale të numrit të psikozave. Por nëse diagnoza e gabuar është shpjegim që justifikon nivelet e larta të skizofrenisë, përse emigrantët nuk janë diagnostikuar gabim duke pasur parasysh diferencat gjuhësore? Meqenëse profesionistët përdorin të njëjtat sisteme diagnostikuese, përse të mos jenë diagnostikuar gabim në vendet pritëse?

Hipoteza 6. Densiteti etnik kundrejt izolimit social.

Sipas Veling E, et al (2008) besohet se densiteti etnik që do të thotë densiteti i të njëjtit grup rreth individit, luan një rol domethënës në gjenezën dhe mirëmbajtjen e disa tipave të çrregullimit psikologjik. Mbështetja sociale dhe shprehja e emocioneve në një mjedis etnik dense, mund të vepron si faktor mbrojtës në fillimin e sëmundjes dhe relapsit. Murphy konkludoi se nivelet e çrregullimeve psikotike janë më të ulëta në emigrantët

e atyre shteteve ku emigrantët përbëjnë një proporcion më të madh krahasuar me totalin e popullsisë. Ndryshimi social, asimilimi dhe mbrojtja e identitetit kultural mund të jenë faktorë sinjifikante.

2.15 Ndryshimet sipas grupit etnik: incidenca e çrregullimeve psikotike

Ekziston një literaturë e gjerë nga gjashtëdhjetë vitet e fundit që raporton shkallë të lartë të çrregullimeve psikotike në mesin e disa popullsive etnike të pakicave në vendet me të ardhura të larta. Në përgjithësi, studimet sugjerojnë se incidenca e çrregullimeve psikotike në të gjitha popullatat etnike të pakicave të kombinuara është rreth 1.5 deri në 3.0 herë më shumë se incidenca në popullatat shumicë. Megjithatë, këto vlerësime të përgjithshme mund të jenë jo treguese. Shkalla në të cilën normat janë ngritur, në krahasim me shumicën e popullsisë, ndryshon në mënyrë të konsiderueshme. Për shembull, normat më të larta të raportuara janë midis grupeve të pakicës zezake (d.m.th., 4 deri në 6 herë më të larta se në grupet e shumicës). Ky zbulim mbështetet pjesërisht nga studimet në Mbretërinë e Bashkuar (MB) që raportojnë norma veçanërisht të larta për popullatat e Karaibeve të Zeza dhe Afrikës së Zezë. Provat për grupet e tjera etnike të pakicave në MB sugjerojnë se normat ose nuk janë rritur ose janë vetëm në mënyrë modeste (p.sh., maksimumi rreth 1.5 herë, për popullsinë e bardhë jo-britanike dhe aziatike). Ndryshimet janë të dukshme edhe në vende të tjera. Për shembull, në Holandë, normat janë veçanërisht të larta për popullsinë Marokene dhe Suriname, por më pak për popullsinë Turke (Selten et al., 2021; Veling et al., 2006). Këto ndryshime nuk duhet të jenë befasuese. Këto janë popullata me histori të ndryshme migrimi dhe trashëgimi kulturore, që jetojnë në kontekste të ndryshme shoqërore dhe që zënë pozita të ndryshme shoqërore.

Vendi i migrimit gjithashtu mund të ketë rëndësi. Në rishikimin më të fundit, për shembull, nuk kishte prova të forta që normat e çrregullimeve psikotike ishin të larta tek emigrantët në Kanada ose Izrael (Oduola et al., 2021). Për më tepër, mund të ketë ndryshime në rreziqet relative sipas gjinisë. Në një studim në Londrën Lindore (Kirkbride et al., 2008), u gjetën prova se normat e çrregullimeve psikotike mund të jenë veçanërisht të larta tek gratë nga Pakistani (raporti i shkallës së incidencës, IRR prej 3.1) dhe Bangladeshi (IRR prej 2.3). Në Holandë, ka prova të forta nga disa studime që incidenca e psikozave është dukshëm më e lartë tek burrat nga grupet e pakicave etnike krahasuar me gratë, veçanërisht në mesin e atyre nga Magrebi (Maroku, Algjeria, Libia, Tunizia), me një raport kaq të lartë si 5:17. Studimet më të fundit kanë përforcuar kompleksitetin e modeleve të rrezikut. Për shembull, analizat e të dhënave të psikozave në zonat urbane dhe rurale në pesë vende evropiane, 14 gjetën ndryshime të theksuara në shkallën e rrezikut të rritur në popullatat etnike të pakicave në varësi të mjedisit. Më tej, një studim duke përdorur të dhënat e regjistrit Suedez sugjeron se incidenca e çrregullimeve psikotike mund të jetë veçanërisht e lartë midis refugjatëve në krahasim me migrantët e tjerë (d.m.th., IRR prej 2.9 për refugjatët kundrejt 1.7 për emigrantët e tjerë), një ndryshim që ishte më i theksuar tek meshkujt (Hollander et al., 2016).

Për më tepër, shkalla e incidencës mund të ndryshojë me kalimin e kohës. Në një studimin (Oduola et al., 2021), është krahasuar normat e incidencës në Londrën e Jugut midis viteve 1997-1999 dhe 2010-2012, u gjetën ndryshime të dukshme në incidencë sipas grupeve etnike. Për shembull, normat në popullsinë britanike të bardhë u rritën nga 20 për 100,000 në 1997-1999 në 39 për 100,000 në 2010-2012. Në të kundërt, normat në popullsinë e Karaibeve të Zeza ranë nga 141 për 100,000 në 1997-1999 në

94 për 100,000 në 2010-2012. Si pasojë, rreziku relativ për popullsinë e Karaibeve të Zeza u ul ndjeshëm (nga 6.7 në 2.8). Këto dallime me kalimin e kohës, natyrisht, mund të jenë për shkak të mospërputhjeve metodologjike; për shembull në zbulimin e rasteve. Çështja kryesore, megjithatë, është se ne nuk duhet të supozojmë se normat dhe raportet e normave janë konstante me kalimin e kohës. Variacioni është normë. Kjo nënkupton më tej se nuk ka gjasa të ketë një faktor të thjeshtë shpjegues që mund të shpjegojë modele të tilla. Kërkohet një shpjegim i shumanshëm. Një shënim përfundimtar mbi provat aktuale epidemiologjike.

Shumica e studimeve janë kryer në Evropën Veriore – në fakt, në MB dhe Hollandë – me disa studime në Evropën Jugore, SHBA, Kanada dhe Izrael. Ne nuk e dimë se deri në çfarë mase këto gjetje përgjithësohen në vende dhe kontekste të tjera, veçanërisht në jugun global, ku ndodh pjesa më e madhe e emigrimit. Puna e fundit mbi urbanitetin dhe psikozën është një kujtesë në kohën e duhur se ajo që gjejmë në mjediset me të ardhura të larta nuk shtrihet domosdoshmërisht në kontekste të tjera (DeVylder et al., 2018). Për më tepër, ne dimë shumë pak për efektet e migrimit të brendshëm, i cili shpesh përfshin lëvizjen në distanca të konsiderueshme dhe në kontekste shumë të ndryshme sociale dhe kulturore. Në një studim në Italinë Veriore (Tarricone et al., 2016), normat e incidencës për çrregullime psikotike u rritën në mënyrë të ngjashme për emigrantët e brendshëm (IRR=1.93, 95% CI: 1.19-3.13), kryesisht nga Italia Jugore dhe emigrantët e jashtëm (IRR=1.79, 95% CI: 1.06 -3.02).

Artefakte metodologjike që nga studimet më të hershme, vlefshmëria e raporteve të shkallës së lartë të çrregullimeve psikotike, veçanërisht në grupet e pakicave me ngjyrë, ka qenë subjekt i shumë debateve. Ka disa paragjykime të mundshme që mund të krijojnë dallime të rreme. Këto kanë të bëjnë, për shembull, me migrimin selektiv, identifikimin e rasteve dhe nën-numërimin e të dhënave për emëruesit e pakicave. Megjithatë, pa i zbritur plotësisht këto paragjykime të mundshme, nuk ka gjasa që ato të vërejtura të mund të llogarisin plotësisht modelet e vëzhguara. Për shembull, linja të ndryshme arsytimi sugjerojnë se migrimi selektiv nuk ka gjasa. Në një eksperiment intrigues të mendimit (Selten & Cantor-Graae et al. 2002), rillogaritën normat e incidencës për popullatën Surinameze në Holandë, duke supozuar se e gjithë popullsia e Surinamit kishte emigruar. Pasi e bënë këtë, normat ishin ende të ngritura në krahasim me shumicën holandeze. Më tej, në studimet më të fundit, metodat për identifikimin e rasteve janë bërë më të larmishme dhe gjithëpërfshirëse (p.sh. përdorimi i regjistrave të rasteve, burime të shumta) dhe të dhënat e emërtuesve për grupet minoritare janë më të sakta, sigurisht në MB. Megjithatë, raportet për pabarazitë në incidencë vazhdojnë.

Më sfidues është sugjerimi se normat e larta rezultojnë nga një diagnozë e gabuar sistematike e psikozës në grupet etnike pakicë (Fernando, 1991; Littlewood & Lipsedge, 2005). Kjo mundësi meriton shqyrtim të kujdesshëm. Në trajtimin e kësaj çështjeje, ia vlen të kthehesh prapa për të shqyrtuar pse këto gjetje fillimisht u provuan kaq të diskutueshme. Raportet më të hershme në Mbretërinë e Bashkuar, ku shumica e studimeve fillimisht u përqendruan në skizofreni. Në atë kohë, në fund të viteve 1970 dhe në fillim të viteve 1980, konsensusi mbizotërues brenda psikiatrisë ishte se skizofrenia ishte kryesisht një çrregullim gjenetik i trurit. Lidhja e përkatësisë etnike ose racës me një rrezik në rritje të një çrregullimi shumë të stigmatizuar që konsiderohej kryesisht gjenetik, në mënyrë të kuptueshme provokoi një reagim. Ishte në mënyrë të pakëndshme afër ideologjive raciste të inferioritetit gjenetik të zezakëve (Fernando, 1991). E konsideruar nga kjo perspektivë, mbi diagnoza e skizofrenisë tek njerëzit me

ngjyrë buronte nga stereotipia më të gjera, të cilat, kur përthyeshin përmes thjerrëzave të psikiatrisë, çuan në patologjizimin e besimeve, sjelljeve dhe shprehjeve të shqetësimit të bazuara në kulturë si shenja të psikozës. Për shembull, Littlewood dhe Lipsedge (Littlewood & Lipsedge, 2005) argumentuan se shqetësimi akut që lindte nga kushtet e vështira dhe përvojat e jetës u diagnostikua gabimisht sistematikisht si skizofreni në popullatën e Karaibeve të Zeza në MB. Jehona e kësaj historie mund të dëgjohet sot, veçanërisht jashtë akademisë, në kuadër të kësaj çështjeje si një diagnozë e gabuar ose e tepërt. Për të qenë të sigurt, siç ritheksojnë provat dhe tendencat e fundit (shih më poshtë), natyra e psikozave është qartësisht e tillë që diagnoza është shpesh sfiduese, veçanërisht në grupe të ndryshme kulturore.

Për shembull, ka pasur disa përpjekje për të vlerësuar shkallën në të cilën ndodhin stereotipizmi dhe diagnoza e gabuar dhe mund të shpjegojnë variacionet e raportuara në shkallët e incidencës. Dy studime përdorën vinjeta për të hetuar stereotipat racorë në diagnozë. Asnjëri nuk gjeti prova të forta se psikiatërt kanë më shumë gjasa të diagnostikojnë skizofreninë kur përkatësia etnike e individëve të përshkruar në vinjetat e rasteve është Black (Leëis, 1990; Minnis, 2001). Në mënyrë të ngjashme (Hickling et al., 1999) në një studim në Britaninë e Madhe krahasuan diagnozat e bëra nga psikiatër britanikë dhe xhamajkanë në të njëjtët pacientë. Nuk u gjetën dallime në përqindjen e pacientëve me ngjyrë të diagnostikuar me skizofreni. Më tej, studimet e fundit fokusohen në të gjitha çrregullimet psikotike, jo vetëm skizofreninë, dhe prirjen të raportojnë norma të larta për të gjitha çrregullimet. Kjo nuk është, pra, një çështje e skizofrenisë në mënyrë specifike ose të tepërt të diagnostikimit. Më në fund, në 20 vitet e fundit, kuptimi ynë për natyrën dhe etiologjinë e psikozave ka ndryshuar në mënyrë të konsiderueshme.

Tani është e qartë se skizofrenia dhe çrregullimet e tjera psikotike formohen nga një sërë faktorësh komplekse, duke përfshirë kushtet dhe përvojat sociale, që kombinohen dhe nderveprojnë me kalimin e kohës për të rritur rrezikun. Pra, shkalla e lartë e psikozave në disa grupe etnike emigrante dhe pakicë nuk nënkupton një tepricë të një çrregullimi të trurit gjenetik ose thjesht biologjikisht të induktuar.

Ndryshimet sipas grupit etnik: prevalenca e eksperiencave psikotike

Paralelisht me kërkimin mbi çrregullimet psikotike në grupet etnike emigrantë dhe minoritare, vitet e fundit janë shfaqur prova të konsiderueshme që përvojat psikotike (ose anormale dhe të pazakonta) të nivelit të ulët – të tilla si haluçinacionet kalimtare dhe jo shqetësuese, dyshimi dhe të menduarit magjik – janë disi e zakonshme në popullatën e përgjithshme (Linscott & Van Os, 2013; Kelleher et al., 2012). Kjo rrit mundësinë që përvojat psikotike të shpërndahen vazhdimisht, të ndryshme në frekuencë, ashpërsi dhe intensitet, me çrregullim në skajin ekstrem të kësaj shpërndarjeje. Nëse është kështu, në popullatat me shkallë të lartë të çrregullimeve, gjithashtu do të pritet që përvojat psikotike të nivelit të ulët të jenë më të zakonshme (fig. 2.3). Tani ka disa studime që sugjerojnë se ky është me të vërtetë rasti (Morgan et al., 2009; Adriaanse et al. 2015).

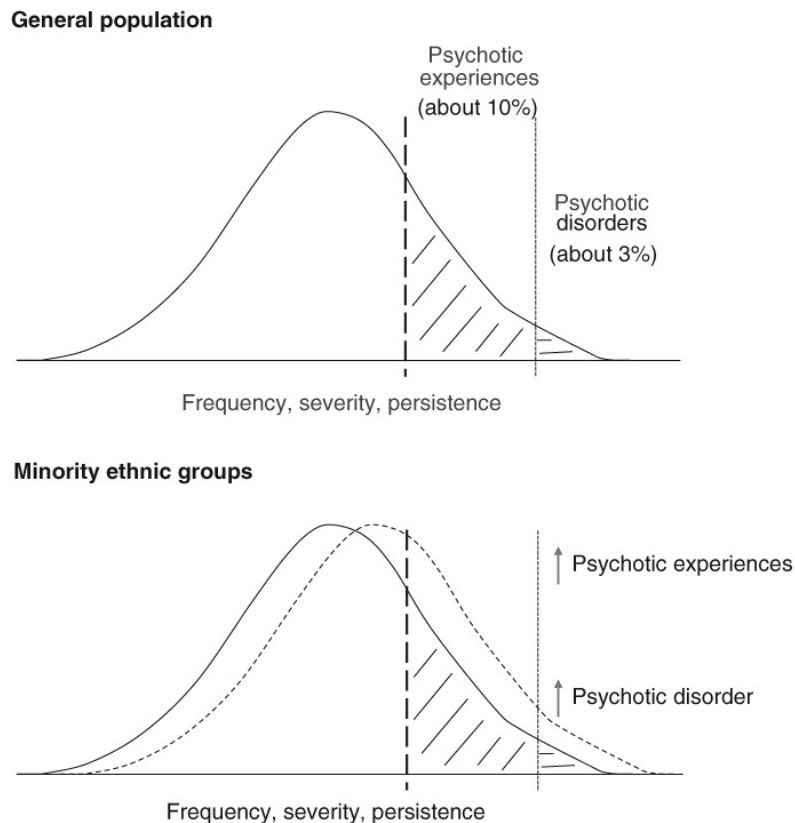


Figura 2.3 Zhvendosja djathtas në 'continuum' të psikozës, midis disa grupeve etnike. (Burimi: Morgan, C., Knoëles, G., & Hutchinson, G. (2019). *Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions*).

2.16 Migrimi dhe impakti i tij në psikopatologjinë e psikozave

Siç është treguar në mjaft studime, shifrat e psikozës variojnë dhe janë më të rritura në disa grupe emigrantësh. Ne e dimë se kultura e një vendi ndikon mënyrën në të cilën shfaqen simptomat dhe formojnë përmbajtjen e këtyre simptomave. Për të kuptuar natyrën jo-normale të simptomave dhe përmbajtjen e tyre, klinikistët duhet të jenë të vetëdijshëm për normat kulturore të pacientëve të tyre dhe mënyrën sesi këto kultura përcaktojnë anormalitetin dhe devijancën nga norma.

Stompe dhe Holzer (2010) përdorin të dhëna krahasuese midis Austrisë, Gjeorgjisë, Ganës, Lituanisë, Nigerisë, Pakistanit dhe Polonisë dhe tregojnë se skizofrenia paranoide ka qenë e përhapur më tepër në shoqëritë post-moderne dhe vetë gjendja e migrimit nuk kishte aspak ndikim në ndryshimin e simptomave.

Skizofrenia katatonike ishte më pak e përhapur tek emigrantët në krahasim me vendasit e vendeve tradicionale. Përmbajtja e deluzioneve varionte sipas kulturave po ashtu edhe tipat e halucinacioneve. Nëntipat e skizofrenisë nuk ndikohen nga procesi i emigrimit. Klinikistët duhet të jenë të hapur për të eksploruar vlerat dhe normat kulturore në kuptimin e simptomave të pacientit. Psikopatologjia dhe përmbajtja e saj do të ndryshojë gjithashtu me përshtatjen dhe akulturimin.

Fenomenologjia e skizofrenisë tek emigrantët

Krahasuar me sasinë e literaturës që lidhet me riskun e lartë tek disa grupe emigrantësh që kishin zhvilluar skizofreni apo çrregullim bipolar, ka pak njohuri rreth ndikimit të emigrimit mbi psikopatologjinë e psikozave. Në një studim krahasues në ndryshimin e

simptomave në skizofreni midis pacientëve karaibeanë dhe të bardhëve (Sharpley, M., Hutchinson 2001), u identifikuan gjashtë dimensionet e simptomash nëpërmjet analizës së faktorit: mania, depresioni, deluzionet e kategorisë së parë, deluzione të tjera, halucinacione dhe një dimension që përfshinte simptomat maniakale dhe katatonike. Këto rezultate sugjerojnë një ndikim të fortë të ambientit ku personi jeton në patogjenezën e deluzioneve dhe halucinacioneve.

Nëntipat e skizofrenisë

Nëntipat e skizofrenisë janë fenotipe komplekse me më tepër apo më pak simptoma tipike të cilat shpesh ndryshojnë jo vetëm në psikopatologjinë cross sectional por gjithashtu edhe në prevalencë, mosha e shfaqjes, ecuria dhe pasojat e sëmundjes (Stompe et al., 2005). Nëntipat e skizofrenisë janë shpërndarë në mënyrë jo të barabartë në kohë dhe rajone. Studimet kanë treguar se hebefrenia është më tepër e përhapur në vendet Jug-Aziatike, skizofrenia katatonike tek Afrikanët Sub-Saharian dhe skizofrenia paranoide në Evropë dhe Amerikën e Veriut (Pfeiffer, 1994). Nuk është publikuar asnjë e dhënë aktuale mbi përhapjen e nëntipave të skizofrenisë tek kampionët e të shpërngulurve (emigrantët). Ky krahasim i katër grupeve të kampionit zbuloi ndryshime thelbësore e domethënëse.

Në një linjë me literaturën, skizofrenia paranoide ishte më prevalente në vendet (post)moderne, tek emigrantët po njësoj si tek vendasit. Ndryshe nëntipi katatonik dhe i çorganizuar (hebefrenik) ishin më të përhapura në vendet tradicionale. Çrregullimet skizoafektive ishin më prevalente në vendet tradicionale sesa në vendet (post)moderne. Dallimi ishte më tepër i shfaqur tek vendasit sesa tek të shpërngulurit. Statusi i emigrimit nuk kishte thujtë asnjë impakt. Vetëm skizofrenia katatonike dhe reziduale ishin më pak të përhapura tek emigrantët sesa tek vendasit nga vendet tradicionale. Brenda grupit të të shpërngulurve nga vendet tradicionale dhe vendasit e vendeve (post)moderne, shpërndarja e shumicës së nëntipave të skizofrenisë ndryshonte në mënyrë domethënëse/sinjifikante.

Përmbajtja e deluzioneve

Ndryshimet më të dukshme sa i përket përmbajtjes së deluzioneve u gjetën midis dy grupeve vendase. Vendasit në vendet (post)moderne shfaqnin më shpesh deluzione të madhështisë, fajit, apokalipsit, në të kundërt, banuesit e vendeve tradicionale shprehnin më shpesh deluzione hipokondriake dhe të helmimit. Proçesi i emigrimit po çon në barazimin e këtyre diferencave. Të shpërngulurit me formim kulturor ndryshonin vetëm sa i përket shpeshësisë së deluzioneve të madhështisë, me shifra më të ulëta tek emigrantët në vendet tradicionale. Në përgjithësi migrimi çon në rënien e numrit të deluzioneve të madhështisë tek minoritetet etnike. Deluzionet me karakter fetar janë më të përhapura tek vendasit sesa tek emigrantët me formim tradicional. Në të kundërt, fajit deluzional është raportuar më shpesh tek banorët e vendeve (post)moderne sesa tek emigrantët. Emigrantët nga vendet tradicionale shfaqnin më pak deluzione madhështie, të fajit dhe fesë, krahasuar me vendasit në vendet (post)moderne.

Haluçinacionet

U dalluan ndryshime vetëm në haluçinacionet auditive dhe vizuale, në të ashtuquajturat perceptimet sensorë më të larta. Pavarësisht nga statusi i migrimit, subjektet me një formim kulturor tradicional shfaqnin një përhapje më të madhe për të dyja tipat e

halucinacioneve. Halucinacionet e perceptimit sensor të ulët, janë të shpërndara në mënyrë të barabartë midis grupeve. Halucinacionet vizuale janë më pak të përhapura tek emigrantët sesa vendasit me një formim (post)modern. Emigrantët nga vendet tradicionale ndryshonin nga pacientët vendas në vendet (post)moderne vetëm në halucinacionet auditive.

Simptomat e kategorisë së parë

Krahasimit midis grupeve gjetën kryesisht ndryshime midis dy popullatat vendase. Vendasit që jeton në vendet tradicionale shfaqnin më shumë të çrregullime të mendimit dhe halucinacione auditive të kategorisë së parë, ndërsa vendasit me një formim (post)modern raportuan shpesh perceptime deluzionale. Shpërndarja e këtyre simptomave tipike skizofrenike nuk varionte statistikisht në mënyrë sinjifikante midis të dy grupeve të emigrimit.

Një kuadër shpjegues

Për të shqyrtuar pse ka ndryshime në shfaqjen e çrregullimeve psikotike sipas grupeve etnike, është e dobishme të kemi parasysh një kornizë për çrregullimet psikotike në përgjithësi. Psikozat janë shumë heterogjene – në simptomatologjinë, rrjedhën dhe rezultatin e tyre – dhe kategoritë tona diagnostike aktuale, në rastin më të mirë, kapin sindromat që mund të përfshijnë çrregullime të shumta themelore (Silverstein et al., 2013). Për më tepër, këto çrregullime, siç u përmend më lart, mund të jenë fundi ekstrem, shqetësues i një spektri besimesh dhe përvojash perceptuese që janë disi të zakonshme në popullata. Siç u përmend, arkitektura etiologjike e psikozave, në të gjithë spektrin, është komplekse. Një sërë faktorësh, që nuk janë as të nevojshëm dhe as të mjaftueshëm vetëm për të shkaktuar çrregullim, shoqërohen me një rrezik në rritje, që përfshin domenin gjenetik, neurobiologjik, përdorimin e substancave, psikologjike dhe sociale (Radua et al., 2018). Për shembull, disa faktorë socialë janë implikuar në nivele zonale (urbaniteti, fragmentimi social, dendësia etnike) dhe individuale (bullizmi, abuzimi, ngjarjet e jetës, diskriminimi) (Morgan et al. 2008).

Fakti që asnjëri nuk është i mjaftueshëm ose i domosdoshëm do të thotë që faktorë të shumtë duhet të bashkë-pjesëmarrës me kalimin e kohës, pa dyshim në kombinime të ndryshme, për të shtyrë individët në një rrugë zhvillimi drejt psikozës.

Në thelb të këtij modeli qëndron ideja se psikozat shfaqen dhe luhaten gjatë jetës si pasojë e grupimeve të faktorëve shkakësorë dhe mbrojtës që veprojnë në nivele të shumëfishta, nga ato molekulare në ato sociale.

Nga kjo rrjedh se variacionet midis popullatave do të shfaqen aty ku ka dallime në shpërndarjen dhe/ose efektet e grupimeve të faktorëve shkakësorë dhe mbrojtës.

Ka prova të forta se përdorimi i substancave të caktuara, veçanërisht kanabisi, është i lidhur me një rrezik të shtuar të psikozës. Kjo vlen veçanërisht për format me fuqi të lartë me përqendrim të larta të tetrahidrokanabinolit (p.sh., skunk) (Di Forti et al., 2009; Di Forti et al., 2019).

Azilkërkuesit dhe refugjatët po ikin nga fatkeqësitë natyrore, lufta, dhuna dhe persekutimi, dhe si të tillë shpesh mbërrijnë të traumatizuar, me më pak burime dhe kontakte dhe përballen me sfida më të mëdha në integrimin me shoqërinë pritëse. Megjithatë, ka çuditërisht pak kërkime mbi ndikimin e përvojave të emigrimit dhe vendosjes në rrezikun e psikozës.

Ndoshta më intriguese është se efekti ngatërrues i distancës gjuhësore ishte më i fortë te emigrantët e gjeneratës së parë, ndërsa disavantazhi social ishte më i rëndësishëm në

brezat e dytë dhe të mëvonshëm. Kjo lë të kuptohet se përvojat e spikatura socio-kulturore janë të ndryshme për emigrantët dhe popullatat minoritare të vendosura. Megjithatë, migrimi dhe përvojat fillestare të akulturimit mund të ofrojnë më së shumti një shpjegim të pjesshëm për shkallën e lartë të incidencës së çrregullimeve psikotike në disa grupe.

Koha midis migrimit dhe fillimit të psikozës është zakonisht disa vjet. Hollander, etj., për shembull, zbuluan se koha nga migrimi deri në diagnostikimin e parë ishte rreth tre vjet për emigrantët jo-refugjatë, gjë që është në përputhje me raportet e mëparshme. Për refugjatët, koha ishte më e shkurtër, por ende relativisht e gjatë, rreth 2 vjet (Hollander et al., 2016). Mund të ndodhë që migrimi në një moshë më të hershme të ketë një ndikim veçanërisht të dëmshëm në rrezikun e psikozës, por migrimi i hershëm do të thotë gjithashtu të jetosh më gjatë, gjatë viteve formuese të fëmijërisë dhe adoleshencës, në shoqërinë pritëse. Kushtet sociale dhe përvojat në shoqëritë pritëse ka të ngjarë të jenë po aq të rëndësishme, nëse jo më shumë.

Është e dukshme se efekti më i fortë ishte për përvojat që përfshinin kërcënim fizik dhe dhunë (sulme racore). Të dhënat e kufizuara relevante nga mostrat e episodit të parë mbështesin gjerësisht këto gjetje, megjithëse qasjet dhe masat e përdorura për të kapur diskriminimin dhe disavantazhin ndryshojnë. Në AESOP, u zbulua se perceptimet e disavantazhit shpjeguan pjesërisht shkallët e larta të psikozës në grupet e Karaibeve të Zeza dhe të Afrikës së Zezë. (Cooper et al., 2008) Në Holandë, raportuan se normat më të larta të incidencës ishin në mesin e atyre popullatave të njohura se kishin nivelet më të larta të diskriminimit të perceptuar (d.m.th., maroken: IRR=4.8) (Veling et al., 2007). Në analiza të tjera të të dhënave të kontrollit të rastit për emigrantët joperëndimorë, zbuluan se rastet kishin më shumë gjasa të kishin një identitet negativ etnik, krahasuar me kontrollet e tyre të përputhura (Veling et al. 2008). Këto gjetje janë përforcuar nga një rishikim i kohëve të fundit i 24 studimeve të diskriminimit të perceptuar që gjetën mbështetje të përgjithshme për një lidhje me psikozat (Pearce et al., 2019). Së bashku, këto gjetje tregojnë për diskriminimin dhe disavantazhin e perceptuar si faktorë potencialisht të rëndësishëm në mesin e grupeve etnike të pakicave.

2.17 Një rrugë socio-zhvillimore drejt psikozës

Në sintetizimin e provave rreth dhjetë vjet më parë, ne propozuam një rrugë socio-zhvilluese për të llogaritur shkallët e larta të psikozës në shumë popullata emigrante dhe minoritar. (Morgan et al., 2010). Kjo do të thotë, ne hipotezuar një rrugë zhvillimi në të cilën ekspozimi ndaj fatkeqësive dhe traumave (veçanërisht në fëmijëri dhe/ose para dhe gjatë migrimit) - në mungesë të faktorëve mbrojtës - ndërvepron me rrezikun gjenetik themelor dhe ndikimet në zhvillimin neurobiologjik (në veçanërisht reagimi ndaj stresit dhe sistemet e dopaminës) për të krijuar një përgjegjësi të qëndrueshme ndaj psikozës (e reflektuar, për shembull, në shprehjen e përvojave psikotike të nivelit të ulët). Kjo përgjegjësi bëhet e dukshme (kryesisht si simptoma pozitive dhe afektive) në rast të stresorëve të mëtejshëm kumulativ dhe/ose përdorimit të zgjatur të substancave, veçanërisht kanabisit me fuqi të lartë. Siç u përmend, ky propozim është përfshirë në modele më të gjera të psikozës.(fig. 2.4) Qëllimi ynë në nxjerrjen në pah të një rruge socio-zhvilluese është të tërheqim vëmendjen për mundësinë që kanë disa individë për të cilët kushtet dhe përvojat e pafavorshme sociale janë faktorët kryesorë në zhvillimin e psikozave: domethënë, në mungesë të këtyre ekspozimeve, çrregullimet psikotike nuk do të ishin zhvilluar. Më tej nga kjo rezulton se, në popullatat ku kushtet dhe përvojat e pafavorshme sociale janë më të zakonshme, shkalla e psikozës do të jetë më e lartë. Hipoteza jonë është se kjo shpjegon normat e larta në shumë popullata emigrante dhe

minoritare. Provat që janë grumbulluar vitet e fundit – megjithëse të fragmentuara dhe sporadike – përshtaten me këtë model dhe sugjerojnë përmirësime. Dy linja kërkimore janë veçanërisht të rëndësishme dhe përshkruhen më poshtë.

Përvojat psikotike gjatë fëmijërisë dhe adoleshencës Disa studime kanë krahasuar prevalencën e përvojave të nivelit të ulët psikotike, ose anormale, te të rinjtë nga grupe të ndryshme etnike. Për shembull, në një studim me 595 fëmijë të moshës 9 deri në 12 vjeç në Londër, zbuluan se fëmijët e Zi Karaibe kishin rreth dy herë më shumë gjasa të vetë raportonin përvoja psikotike krahasuar me britanikët e bardhë (OR=1.92) (Laurens et al., 2008).

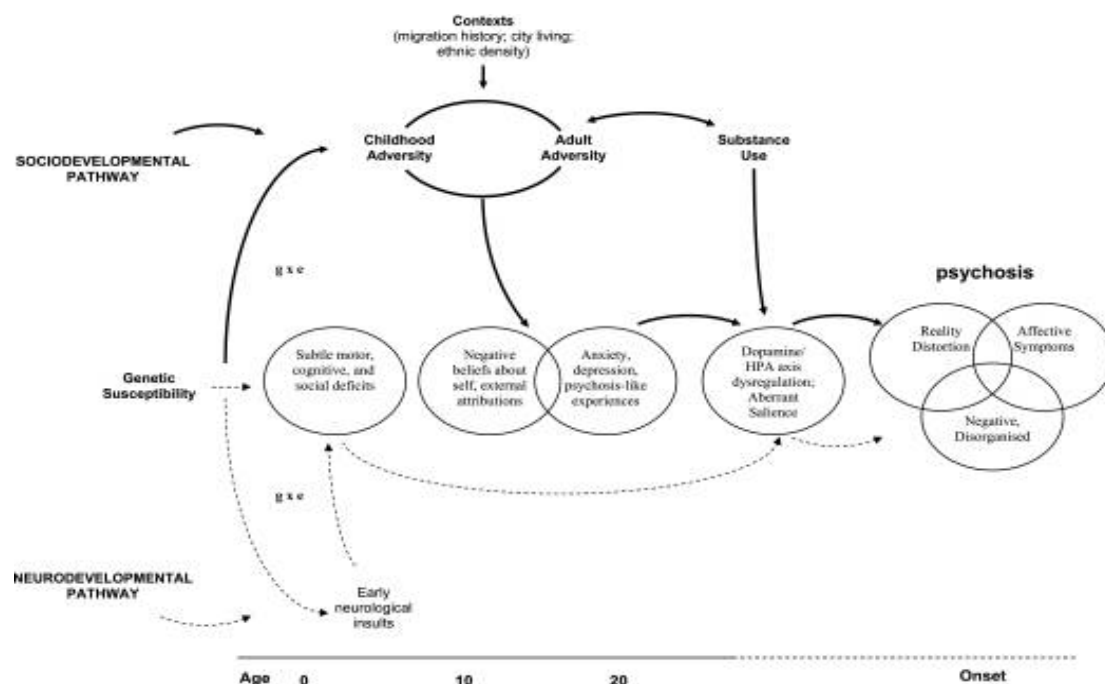


Figura 2.4 Rruga e hipotetizuar sociozhvillimore drejt psikozës.
Burimi: Murray et al., p. 130 (Morgan et al., 2010).

Kërcënimi, armiqësia dhe dhuna

Ka prova në rritje në përgjithësi që kontekstet dhe përvojat që përfshijnë nivele të larta të kërcënimit ndërpersonal, armiqësisë dhe dhunës në mënyrë specifike rrisin rrezikun e psikozave. Për shembull, duke përdorur të dhënat nga studimi E-Risk, u zbuluan se ngacmimi dhe keqtrajtimi, por jo aksidentet, gjatë fëmijërisë u shoqëruan me përvoja të mëvonshme psikotike (anormale) në moshën 12-vjeçare (Arseneault et al., 2011). Më tej, në analizat e të dhënave nga rasti ynë, studimi i kontrollit të fatkeqësive dhe psikozave, zbuluam se efektet më të forta ishin për ekspozimet e fëmijërisë dhe ngjarjet e jetës së të rriturve që përfshinin kërcënime të rënda, armiqësi dhe dhunë (Morgan et al., 2020). Në lidhje me emigrantët dhe grupet e pakicave, këto gjetje përshtaten me dëshminë e niveleve veçanërisht të larta të psikozës midis refugjatëve (të ekspozuar, sipas përkufizimit, ndaj kërcënimit ekstrem) dhe të efekteve për diskriminim, veçanërisht duke përfshirë dhunën, siç detajohet më sipër. Kjo tregon për një formulim më specifik të ekspozimeve përkatëse sociale: d.m.th. ekspozimi gjatë gjithë jetës ndaj kërcënimit, armiqësisë (përfshirë diskriminimin) dhe dhunës, veçanërisht në kontekstet e varfërisë, disavantazhit dhe izolimit (p.sh., në zona me etni të ulët dendësia).

2.18 Emigrimi në Shqipëri – Pak histori...

a) Periudha e mesjetës deri në shekullin e 19-të

Pas vdekjes së Skënderbeut, në vitin 1468, vala e parë e emigrimit masiv nga Shqipëria ishte rezultat i pushtimit osman të vendit. Me pushtimin ottoman, flukse të mëdha shqiptarësh lëvizën jashtë vendit, kryesisht drejt shtetit Italian.

Në këtë periudhë, rreth një e katërta e popullsisë së përgjithshme të Shqipërisë u larguan nga shtëpitë e tyre si rezultat i pushtimit osman (Carleto et al. 2004). Si rrjedhojë e emigrimit masiv, u krijuan komunitetet arbëreshe ku sipas vlerësimeve, rreth 200,000 shqiptarë të cilët emigruan drejt Italisë së Jugut, janë ende të pranishme sot (Bërxfholi, 2000). Pesë shekujt nën sundimin osman u karakterizuan nga flukse migrimi ndërkombëtar dhe të brendshëm, duke marrë formën e emigrimit të detyruar dhe vullnetar nga ata që kërkonin kushte më të mira jetese dhe pavarësi nga osmanët (Tachella, 2005). Megjithatë, varfëria nxiti lëvizjen e brendshme të popullsisë, për shkak të vështirësive ekonomike që nxiti emigrimin ndërkombëtar (Biagini, 1999).

b) Shekulli i 19-të deri në vitin 1945

Emigracioni i fuqisë punëtore në Shqipëri arriti kulmin në fundin e shekullit të nëntëmbëdhjetë dhe në fillim të shekullit të njëzetë, me proceset e shpejta të industrializimit dhe urbanizimit në shumë vende evropiane dhe Amerikën e Veriut (Vullnetari, 2007). Gjatë gjithë kësaj periudhe, një numër i madh shqiptarësh emigruan për arsye politike dhe ekonomike (Carleto et al. 2004). Ky lloj emigrimi ishte në destinacione të afërta dhe të largëta, duke përfshirë Serbinë, Rumaninë, Bullgarinë, Egjiptin, Shtetet e Bashkuara, Argjentinë dhe Australinë (Trita, 1999). Megjithatë, destinacioni kryesor ishte Greqia, emigrantë shqiptarë rreth viteve 1930 (Barjaba et al. 1992). Bërxfholi dhe Doka (2005) raportojnë mes viteve 1930–1944 rreth 152,000 shqiptarë emigruan në vende të tjera. Lëvizjet e brendshme të vendit para vitit 1945, përcaktoheshin nga konteksti social-ekonomik dhe historiko-politik në Shqipëri.

c) Periudha e emigrimi gjatë regjimit komunist

Deri në fillim të viteve 1990, Shqipëria ka qenë vendi më pak i njohur dhe më pak i vizituar në botë (Blejer et al. 1992). Pas Luftës së Dytë Botërore, Shqipëria përjetoj 45 vjet të një diktature me totalitare në botë, të karakterizuar nga autokracia, represioni dhe një nivel unik izolimi nga komuniteti botëror (O' Donnell 1999; Tozzoli, 1992). Pas rritjes së shpejtë urbane në dekadën e parë të komunizmit, emigrimi fshat-qytet kontrollohej dhe drejtohej nga shteti. Si rezultat, rritja urbane për dekadat në vijim ishte shumë e qëndrueshme. Sipas Borchert (1975), në vitet 1950 - 1960, normat e migrimit të brendshëm drejt zonave urbane ishin të larta. Kjo çoi në rritjen më të lartë urbane të regjimit komunist, me rritjen e popullsisë urbane nga 20.5 përqind e totalit në 1944 në 27.5 përqind në 1955 dhe 30.9 përqind në 1960 (Borchert, 1975). Normat mesatare vjetore të rritjes së popullsisë urbane gjatë këtij dhjetëvjeçari ishin mbi 6 për qind (INSTAT, 1989). Megjithë kufizimin e urbanizimit në këtë periudhë, Sjöberg (1992) argumenton se pavarësisht këtyre politikave kufizuese, migrimi i brendshëm vazhdonte, me një të tretën e rritjes së popullsisë në zonat urbane midis viteve 1960-1987. Sjöberg (1992) sugjeron më tej se migrimi rural-rural gjatë të njëjtës periudhë ishte po aq i rëndësishëm sa migrimi rural-urban, me një zhvendosje të konsiderueshme të popullsisë nga zonat rurale veriore dhe jugore në zonat rurale ngjitur me qytetet kryesore në në perëndim dhe përgjatë bregdetit. Për sa i përket emigracionit ndërkombëtar, midis viteve 1945-1990 ka pasur vetëm raste sporadike të njerëzve që përpiqeshin të kalonin ilegalisht kufirin, kryesisht drejt Jugosllavisë. Shumica e tyre u

kapën dhe ata që ia dolën, u përballën me pasoja të rënda për familjet dhe të afërmit e tyre nga regjimi komunist.

d) Periudha e emigrimit pas rënies së komunizmit në Shqipëri

Shqipëria ka aktualisht shkallën më të lartë të emigrimit, në raport me popullsinë e saj, në Evropën Qendrore dhe Lindore. Gjatë periudhës nga viti 1989 deri në vitin 2001, rreth 20 për qind e popullsisë së përgjithshme, jetonin jashtë vendit. Aktualisht, shifrat për emigracionin shqiptar hetohen nga burime të ndryshme si INSTAT, EUROSTAT, Instituti Kombëtar i Statistikave Italiane dhe Greke. Vendbanimet më të shpeshta të emigrantëve shqiptarë jashtë vendit gjenden në Greqi dhe Itali, për shkak të afërsisë gjeografike, afërsisë kulturore dhe njohjes së gjuhës.

1. 1991-1992

Në mars të vitit 1991, pas rënies së diktaturës, ndodhi eksodi i parë ku mbi 24,000 shqiptarë zbarkuan në brigjet e Italisë në vetëm pak ditë, ngjarje e cila përbënte krizë kombëtare për Italinë dhe Shqipërinë. Në vitet 1992 - 1996, fluksi i emigrantëve të parregullt mbeti konstant, megjithëse kjo periudhë u karakterizua nga progresi ekonomik dhe stabilizimi politik. Sipas UNFPA (1997), në vitet 1990 - 1995, numri i emigrantëve përbënte 9-11 % të popullsisë totale në 1995. Ndërsa daljet e migrantëve të paautorizuar në 1991 - 1992 ishin rezultat i nismave të jashtëzakonshme individuale ose kolektive. Ndërkohë kontrabanda dhe trafikimi lulëzuan në Shqipëri dhe më vonë do të merrnin dimensione serioze dhe shqetësuese (CeSPI, 2003).

2. 1997-1998

Në vitin 1997, vendi përjetoj një krizë të rëndë socio-ekonomike (periudha e "piramidave") dhe trazira civile, duke shkaktuar një rrjedhje të dytë të emigrantëve. Midis dhjetorit 1996 dhe prillit 1997, rreth 30,000 migrantë zbarkuan në Itali dhe 40,000 të tjerë në Greqi, megjithëse shumica u riatdhesuan më pas (HLWG, 2000). Ndërkohë, natyra e fluksit të emigrimit në karakter ashtu edhe destinacion. Megjithëse ky ndryshim nuk është i pasqyruar në statistika, ekspertët sugjerojnë se migrantët nuk ishin më kryesisht meshkuj, pasi gjithnjë e më shumë gra po largoheshin, pjesërisht për shkak të bashkimit familjar që në përgjithësi ishte shkak i emigrimit të grave shqiptare (Misja, 1998).

3. Rrjedha e "padukshme".

Emigrimi shqiptar drejt BE-së deri më tani është cilësuar si i karakterizuar kryesisht nga dy flukse të mëdha, ajo e fillimit të vitit 1991 dhe e dyta e vitit 1997 e shoqëruar me një fluks të vazhdueshëm ndër vite. Më vonë, u shfaq një valë e tretë që nuk pasqyronte dimensionet e dy të parave, por që dha mesazhin e rëndësishëm se Shqipëria ishte ende e paqëndrueshme dhe ekonomikisht e pasigurt dhe se flukset e emigracionit do të vazhdonin nëse nuk menaxhoheshin siç duhet. Në këtë kontekst gjatë krizës së Kosovës në vitet 1998-1999 dhe, sipas burimeve të ndryshme, rreth 100,000 shqiptarë u larguan nga vendi (Kule et al., 2002). Ndër pasojat e krizës së Kosovës për Shqipërinë ishte mënyra në të cilën ajo lehtësoi emigrimin drejt vendeve të BE-së (kryesisht përmes Italisë, si një mjet për të arritur në MB, Gjermani dhe Belgjikë). Duke u paraqitur si kosovarë, shqiptarët kërkuar azil në disa vende anëtare të BE-së. Kjo lëvizje njihet si "lëvizja e heshtur", pasi autoritetet shqiptare ishin shumë më të shqetësuara për

rimëkëmbjen nga ngjarjet e vitit 1997 dhe vazhdimin e reformave, sesa për trajtimin e shpërnguljeve të popullatës së Kosovës dhe shtetasve të tyre.

➤ Tipologjia e emigrimit shqiptar

Emigrimi ndërkombëtar i Shqipërisë karakterizohet nga faktorë shtytës dhe tërheqës. Në artikullin e tij të vitit 2004, Barjaba identifikon papunësinë dhe varfërinë si faktorët kryesorë shtytës që ndikojnë në vendimet dhe përvojat migratore. Faktorë të tjerë shtytës të ofruar nga literatura ekzistuese përfshijnë kushtet e këqija të jetesës, mungesën e sigurisë individuale dhe sigurinë politike (Hope, 2006). Anasjelltas, shpresa për një të ardhme më të mirë dhe perspektivat në vendet pritëse janë faktorë kyç tërheqës që ndikojnë në përvojat ndërkombëtare migratore. Perspektivat e synuara variojnë nga arsimimi, punësimi, deri te cilësia e përgjithshme e jetesës për emigrantin individual dhe familjen e tij ose të saj (King & Vullnetari, 2003).

Remitancat përfaqësojnë një tipar qendror të migracionit ndërkombëtar shqiptar. Studimet e fokusuar në remitancat bazohen në disa burime si Banka Kombëtare e Shqipërisë dhe disa degë formale dhe joformale si bankat, Ëestern Union, miqtë e familjes dhe të afërmit (IOM, 2006, Banka Botërore, 2005; Vullnetari, 2007, Gedeshi et. al., 2003). Vlerësohet se ndërmjet viteve 1992 dhe 2003 remitancat varionin nga 200 milionë dollarë deri në 800 milionë dollarë në vit (de Zëager et al., 2005), megjithëse ekziston një besim i përhapur se këto shifra janë të nënvlerësuara. Gjatë fillimit të viteve '90, remitancat ishin monetare dhe në natyrë, ku këto të fundit përfshinin artikuj të tillë si veshje, mobilje dhe pajisje. Megjithatë, gjatë dekadës së fundit remitancat kanë qenë kryesisht monetare. Së fundmi, për shkak të krizës financiare dhe ekonomike botërore, remitancat janë ulur ndjeshëm nga viti 2009 e në vazhdim, veçanërisht nga emigrantët shqiptarë që jetojnë në Itali dhe Greqi.

➤ Emigrimi i kthimit në Shqipëri

Dy dekadat e fundit, flukset e emigracionit nga Shqipëria janë ulur për shkak të rritjes së stabilitetit dhe progresit ekonomik në vend. Sipas kërkimeve të Qendrës Shqiptare për Konkurrueshmërinë dhe Tregtinë Ndërkombëtare (ACIT), në periudhën 2007-2012 janë kthyer në Shqipëri 18% deri në 22% e emigrantëve shqiptarë në Greqi, ekuivalente me rreth 180,000 individë. Duke pasur parasysh natyrën ciklike e dinamike të migrimit nga Shqipëria dhe efektin e liberalizimit të vizave në emigrimin në shtetet e BE-së që nga dhjetori 2010, prirja për të emigruar dhe për rrjedhojë për t'u kthyer mbetet e konsiderueshme.

2.19 Justifikim mbi përzgjedhjen e studimit

Fenomeni i emigracionit prej shumë dekadash, mbetet një dukuri komplekse edhe për Shqipërinë. Ashtu si për emigracionin ndërkombëtar, edhe për atë shqiptar rezulton të ketë disa studime shqiptare dhe të huaja. Qëllimi i këtyre studimeve kryesisht është evidentimi dhe analizimi i problemeve të tilla si shpërndarja e emigracionit shqiptar në botë, pas rënies së komunizmit (Van der Pol, 1992), statistikave të emigracionit, migracionit brendshëm në periudha të ndryshme, vendet e destinacionit, dinamikën e këtij fenomeni, faktorët e ndryshëm socio-ekonomik shoqëruar, sic mund të jenë arsytet e largimit, mënyra e largimit, perceptimet mbi migracionin, përshtatjet ose jo, etj. Instituti i Statistikave në Shqipëri (INSTAT), Organizata Ndërkombëtare e Emigracionit (IOM), (shih tek referencat), kanë realizuar disa studime mbi dukurinë e emigracionit shqiptar.

Ndër autorët e tjerë që janë marrë me fenomenin e emigracionit shqiptar, mund të përmendim, Barjaba K. (2004), Bërxfholi A. (2000), Carletto G. et al., (2004), Dragoti E., (2018), etj., studimet e të cilëve i kemi cituar edhe më lart.

Lëvizjet emigratore shoqërohen me sfida të shumta për emigrantët, sfida që lidhen me faktorët para, gjatë dhe pas emigrimit. Bazuar në studime të shumta ndërkombëtare, ky proces ka rezultuar që të ketë një ndikim të dukshëm në shëndetin mendor të emigrantëve (lexo më sipër tek literatura). Çrregullimet më të shpeshta, që shfaqen si pasojë e procesit të emigrimit, rezultojnë të jenë çrregullimet depresive dhe të ankthit, çrregullimi I stresit pas traumës, skizofrenia dhe çrregullime të tjera psikotike (Hasan S. I. et al., 2021). Nga studimet e shumta theksohet që tek emigrantët e brezit të parë dhe të dytë në Europë, (Selten et al., 2020), rrisqet relative për shfaqjen e skizofrenisë apo çrregullimeve të tjera psikotike, rezultojnë të jenë 2 deri në 3 herë më të larta. Këto shifra ndryshojnë në varësi të faktorëve të shumtë kryesisht grupeve etnike të studiuara dhe faktorëve të emigracionit.

Gjatë kërkimit sistematik në literaturë, për të parë nëse kishte studime mbi emigrantët shqiptarë dhe shëndetin mendor të tyre, vumë re se studimet ishin të pakta dhe të kufizuara, rreth çështjeve që përfshijnë kulturën e informacionit, ndërgjegjësimin, mënyrën e kërkimit të ndihmës në sistemet e kujdesit të shëndetit mendor në vendet e emigrimit (Pantelidou S., 2021; Pantelidou S., 2019; Doë H., 2011, Thartori V., & Hisham Ismail N. A., 2021, Boutziona I., 2020).

Në këtë kërkim literature rezultoi se mungojnë studime epidemiologjike dhe klinike të mirëfillta, që lidhen me çrregullime specifike të shëndetit mendor, përfshirë dhe psikozën tek emigrantët shqiptarë.

Eksperienca në punën e përditëshme klinike më ka ballafaquar me çrregullime të ndryshme, ku pjesa më e madhe janë skizofrenia dhe çrregullimet psikotike. Në totalin e pacientëve të paraqitur pranë Shërbimit të Psikiatrisë - QSUT “Nënë Tereza”, një pjesë e madhe ishin emigrantë të kthyer në Shqipëri nga vende të ndryshme të botës. Ndodhur para një situatë të tillë, pyetja që natyrshëm më lindi, ishte: Çfarë ndodh me shëndetin mendor tek personat që kanë një histori emigrimi? A ka ndonjë lidhje midis simptomatikës psikotike që ata shfaqin dhe emigrimit megjithë faktorët e tij?

Siç theksova më lart, duke parë mungesën e studimeve mbi skizofreninë dhe çrregullimeve të tjera psikotike dhe lidhjen me emigrimin, vendosa të ndërmarr këtë studim për mbrojtjen e titullit shkencor “Doktor”.

KAPITULLI 3

3. METODA E STUDIMIT

3.1 Tabloja e punës së përshkruar në studim

Duke patur parasysh objektivat, ky është një studim eksplorues, ku ne nuk e njohim fenomenin por vetëm e konstatojmë, e kemi identifikuar dhe nuk dimë më tepër dhe kërkojmë të zbulojmë çfarë ndodh dhe si janë marrëdhëniet midis variablave.

Duke u bazuar tek metoda e ndjekur, ky është një studim që në bazë ka vetë-raportimin pa kontroll mbi variabelt. Ky është një studim ex post facto, pra marrëdhënia ka ndodhur, nuk parandalojmë dot, por duhet të kuptojmë si është kjo marrëdhënie.

Duke patur parasysh qëllimin, ky është një studim rast – kontroll, retrospektiv.

3.1.1 Qëllimi i studimit:

- Studimi i ndikimit të faktorëve socio-demografikë dhe faktorëve të emigracionit në shfaqjen e psikozave.

3.1.2 Objektivat:

- Të studjohen faktorët e emigrimit midis dy grupeve të studimit.
- Te observohen karakteristikat klinike të grupit të studimit.
- Të studiohet lidhja midis faktorëve socio-demografikë, faktorëve të emigracionit dhe shfaqjes së psikozës.
- Të krahasohen dy grupet (Grupi me psikozë dhe grupi pa psikozë) në varësi të variableve të ndryshëm sociodemografikë dhe të emigracionit.
- Të vlerësohen variabelt prediktive të mundshëm të shfaqjes së psikozës.

3.1.3 LLOJI I STUDIMIT:

- Eksplorues korrelacional, retrospektiv, rast - kontroll.

3.1.4 Metoda

Realizimi i studimit u aprovua nga Departamenti i Neurokirurgjisë-Neurologjisë-Psikiatrisë, nga Fakulteti i Mjekësisë dhe nga Komiteti Kombëtar i Etikës Kërkimore në Ministrinë e Shëndetësisë.

3.1.5 Vendi ku u realizua studimi

Vendi për realizimin e këtij studimi u zgjodh Klinika e Psikiatrisë, pranë Qendrës Spitalore Universitare, “Nënë Tereza” dhe Qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë.

Përse KLINIKA E PSIKIATRISË dhe Qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë?
KLINIKA E PSIKIATRISË dhe Qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë u zgjodhën për arsyet e mëposhtme:

1. KLINIKA E PSIKIATRISË dhe Qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë janë shërbimi ku aksesimi i pacientëve është më i mundur;
2. KLINIKA E PSIKIATRISË dhe Qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë janë shërbimi ku mundësia e paraqitjes së rasteve të reja është më e madhe, si për rastet e paraqitura në konsulta ashtu edhe për rastet e paraqitura për shtrim;
3. Variacioni i madh i popullatës klinike që paraqitet në KLINIKËN E PSIKIATRISË dhe Qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë dhe zonat a banimit që mbulojnë, lejojnë të krijohet edhe një profil socio-demografik dhe simptomatik më i plotë i pacientëve.

3.2 Grupi i përfshirë në studim

3.2.1 Kriteret e përzgjedhjes së grupit

Grupi i rasteve klinike të studimit, përbëhet nga pacientët të cilët u paraqitën për të marrë shërbim, ambulator ose shtrim, në KLINIKËN E PSIKIATRISË pranë Qendrës Spitalore Universitare, “Nënë Tereza”, dhe Qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë, si dhe nga grupi pa psikozë.

Pacientët

Kriteret e pranimit në studim për grupin e studimit ishin:

- 1) Moshë 18 vjeç ishte kufiri minimal që duhej të kishin personat e pranuar në studim.
- 2) Duhej të kishin histori emigrimi direkte.
- 3) Pacientët duhej të kishin shfaqjen për herë të parë të episodit psikotik, për të cilin kërkohet shërbim [do të sqarohet më poshtë çfarë quajmë me ‘episod të parë’], pas emigrimit.
- 4) Rastet e pranuar në studim, duhej të plotësonin kriteret e një çrregullimi psikotik (kodet sipas Klasifikimit të Sëmundjeve Mendore, DSM-IV-TR (2001): kodet 295.20, 295.10, 295.30, 295.90, 295.40. Në rastet klinike u përfshinë ata që ishin brenda periudhës së studimit dhe që u paraqitën në mënyrë të njëpasnjëshme pranë Klinikës së Psikiatrisë dhe Qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë.
- 5) Grupi pa psikozë përbëhet nga persona të shëndetshëm dhe me histori emigrimi.

Kriteret e përjashtimit në studim ishin:

- 1) Nga studimi u përjashtuan personat të cilët ishin me prapambetje mendore, shoqëruar ose jo me një çrregullim (sipas Klasifikimit të Sëmundjeve Mendore, DSM-IV-TR (2001).
- 2) U përjashtuan personat që mund të kishin pasur dëmtime trunore ose sëmundje të Sistemit Nervor Qendror.

- 3) U përjashtuan rastet me simptoma psikotike si pasojë e ndonjë intoksikimi të mundshëm ose patologjie organike.
- 4) U përjashtuan rastet që kanë qenë të diagnostikuar më parë me Crregullim psikotik dhe që ishin duke marë mjekim.

Pacientët plotësuan pyetsorët e studimit dhe iu nënshtruan intervistës diagnostike klinike.

Personat që u përfshinë në studim si Grupi i rasteve pa psikozë, duhej të plotësonin këto kushte:

1. Kishin histori direkte emigrimi.
2. Ishin mbi moshën 18 vjec.
3. Nuk kishin çrregullime të shëndetit mendor.

Pas sqarimit të studimit dhe kushteve të tij, pjesëmarrësit u pyetën nëse ishin dakort të merrnin pjesë në studim. Për këtë arsye ata nënshkruan edhe pranimin/pëlqimin për pjesëmarrje në studim. Të gjithë rastet klinike dhe që plotësonin kushtet e përfshirjes në studim, pranuan që të ishin pjesë e studimit, me përjashtim të dy personave.

Grupi me psikozë rezultoi të ishte i përbërë nga 93 pacientë dhe grupi pa psikozë nga 89 persona (fig.2.3).

3.3 Proçedura

Studimi u krye gjatë periudhës kohore 1 Janar 2011 deri 31 Dhjetor 2013.

Realizimi i studimit u aprovua nga Departamenti i Neurokirurgjisë-Neurologjisë-Psikiatrisë, nga Fakulteti i Mjekësisë dhe nga Komiteti Kombëtar i Etikës Kërkimore në Ministrinë e Shëndetësisë.

Studimi është retrospektiv (siç u theksua edhe më sipër), rast – kontroll dhe qëllimi I tij ishte i ndikimit të faktorëve socio-demografikë dhe faktorëve të emigracionit në shfaqjen e psikozave.

Në studim morën pjesë gjithsej 182 individë, prej të cilëve 93 persona ishin grupi i rasteve klinike, të cilët plotësonin kriteret e përfshirjes në studim dhe 89 persona ishin pjesëtarë të grupit pa psikozë.

Grupi me psikozë përbëhej nga pacientë të moshës mbi 18 vjec, të paraqitur në mënyrë të njëpasnjëshme në KLINIKËN E PSIKIATRISË dhe te qendrat e Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë, për herë të parë, gjatë periudhës tre vjeçare të mbledhjes së të dhënave. Drejtuesve të Qendrave të Shëndetit Mendor Komunitar Tiranë (të cilët ishin informuar qartë dhe mirë për studimin dhe pacientët që duhej të ishin të përzgjedhur), iu kërkua (vazhdimisht kujtoheshin) që të dërgonin pacientët të cilët plotësonin kushtet e përfshirjes në studim.

Grupi pa psikozë u arrit të plotësohej si më poshtë:

1. Çdo pacienti nga grupi i studimit, ose familjari të tij, iu kërkua të na jepnin, nëse e shihnin të arsyeshme, kontaktet e tre – pesë personave (numra telefoni), për të cilët ata kishin dijeni se kishin histori emigrimi.
2. Më pas u tentua që të kontaktoheshin individualisht të gjithë personat, nëpërmjet numrave të celularëve që kishim në dispozicion.
3. Personat me të cilët arritëm të kontaktonim, u selektuan mbi bazën e kritereve të përfshirjes në studim: kishin histori direkte emigrimi; ishin mbi moshën 18 vjec; nuk kishin çrregullime të shëndetit mendor.

3.3.1 Selektimi i grupit me psikozë (Fig.3.1)

Përse 93 pacientë?

Procedura e selektimit përfshiu:

- 1) 9119 ishte numri i përgjithshëm i konsultave dhe shtrimeve të realizuara gjatë periudhës së studimit 1 Janar 2011 deri 31 Dhjetor 2013.

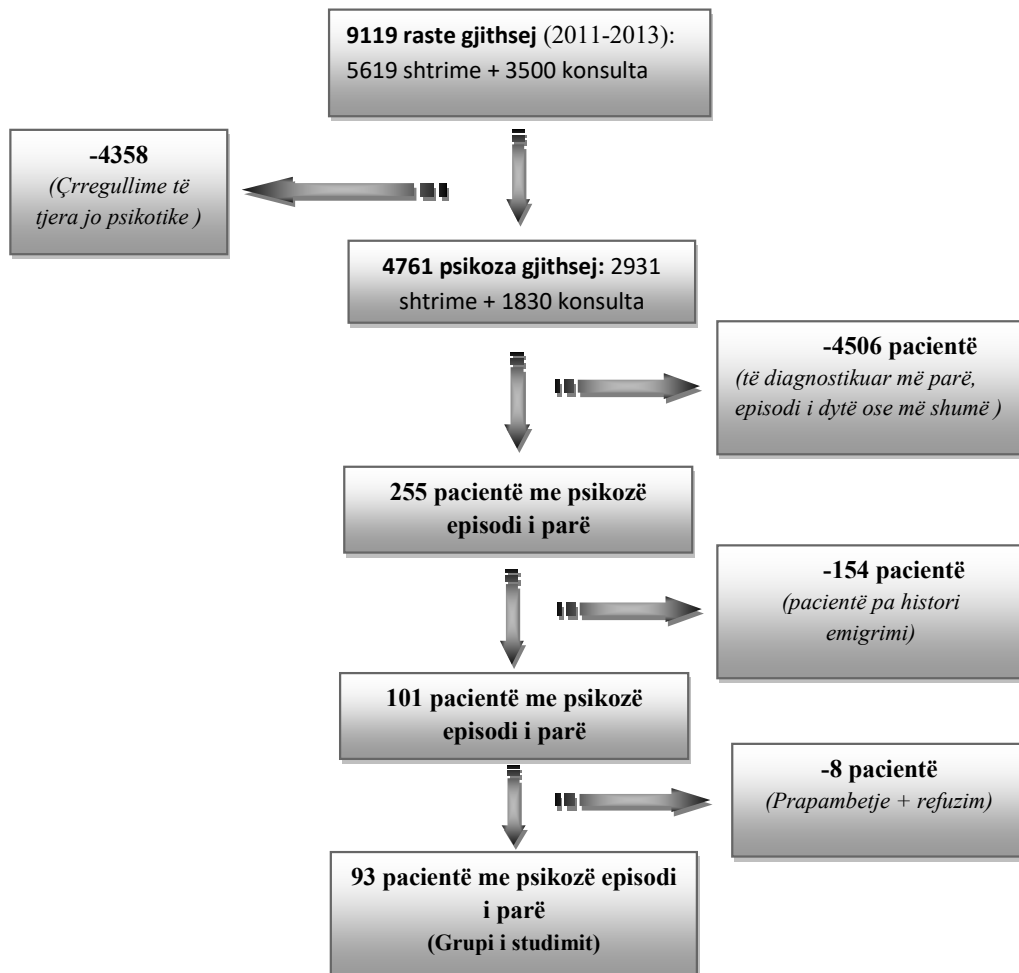


Figura 3.1 Përzgjedhja e grupit të studimit

Nga këta, 9119 - 4358 [4358 ishin Çrregullime të tjera jo psikotike] mbetën 4761 pacientë me psikozë.

- 2) Nga 4761 pacientë, u eliminuan të gjitha rastet e rikontrollove, të gjithë ata që plotësonin kriteret përjashtuese, duke mbetur një grup prej 255 rastesh.
- 3) Nga 255 rastet me psikozë, episodi i parë, u eliminuan 154 pacientë të cilët nuk kishin histori emigrimi, duke mbetur 101 pacientë.
- 4) Nga 101 raste, nuk u përfshinë tre raste episode të reja, por që ishin edhe me prapambetje mendore plus një çrregullim tjetër shoqëruar dhe pesë pacientë që refuzuan pjesëmarrjen, duke rezultuar në grupin përfundimtar prej 93 pacientësh.

3.3.2 Selektimi i grupit pa psikozë (Fig.3.2)

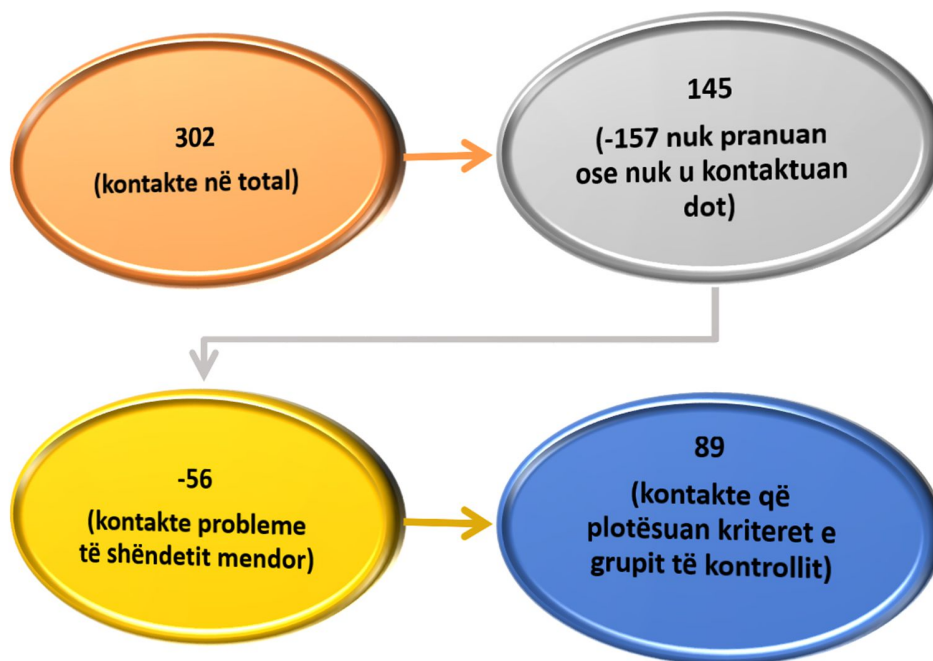


Figura 3.2 Përzgjedhja e grupit të kontrollit

Përse 89 individë?

Procedura e selektimit përfshiu:

1. Në bazë të mënyrës sesi tentuam të kontaktonim me personat me histori emigrimi, arritëm të kishim 302 kontakte në total

2. Nga numri total i kontakteve 302, ishin 157 persona që nuk pranuan ose nuk u kontaktuan dot nga ana jonë, duke mbetur në total një numër prej 145 personash.
3. Nga këta 145 persona, 56 prej tyre kishin kaluar një problem të shëndetit mendor ose ishin të diagnostikuar dhe mjekoheshin nga një psikiatër. Si rezultat, personat që plotësuan kriteret për t'u përfshirë në grupin e kontrollit, mbetën 89 në total.

3.3.3 Vlerësimi dhe realizimi i pyetsorëve për grupin e studimit

Në plotësimin e pyetsorëve ndihmuan mjekët specializantë të cilët u instruktuan për mënyrën e marrjes së të dhënave dhe plotësimin të pyetsorëve, mënyrën e kodimit të tyre dhe për ndihmën që mund të duhej për gjatë plotësimin të pyetsorëve, si dhe kodimin e tyre.

Besueshmëria (Reliability).

Për vlerësimin e besueshmërisë mes vlerësuesve (interrater reliability) u përdor metoda e tabelës së dyanshme (two-way) për 20 individë (10 grupi me psikozë dhe 10 grupi pa psikozë) në fazën e hyrjes. Nga aplikimi i kësaj metode rezultoi:

P_o = përputhshmëria e vrojtuar = 0,93 (93%)

P_c = përputhshmëria e rastësishme = 0,86 (86%)

$x = (P_o - p_c)/(1 - P_c) = 0,73$ (73%)

Vlerat e gjetura për të dy treguesit flasin për nivel të mirë të besueshmërisë në diagnostikim dhe në vlerësimin e simptomatikës me instrumentat e përdorur.

Intervista u realizua në dy faza:

- 1- Faza e parë: përcaktimi nëse kemi të bëjmë me një episod të ri ose jo të psikozës. Kjo fazë u realizua me aprovimin e perbashkët të mjekut pjesëmarrës në studim (konsulentet e dites) dhe studiuesit kryesor (i cili nuk ishte në dijeni për historin e emigrimit të pacientit).
- 2- Faza e dytë e realizuar nga ndihmësit: marrja e të dhënave të përgjithshme, plotësimi i pyetsorit të emigrimit, plotësimi i pyetsorit të fillimit të simptomave psikotike.
- 3- Faza e tretë e realizuar nga intervistuesi kryesor (mjek psikiatër pranë shërbimit të psikiatrisë): intervista klinike ballë për ballë dhe vendosja e diagnozës.

Faza e parë e realizuar nga intervistuesi kryesor: përcaktimi nëse kemi të bëjmë me një episod të ri ose jo.

Në studim u përfshinë të gjithë pacientët (më sipër është përshkruar hollësisht), të cilët u referuan në shërbimin psikiatrik (direkt ose dërguar nga qendrat e shëndetit mendor komunitar) dhe kishin një “episod të parë” të sëmundjes gjatë periudhës së studimit.

Me ‘episod të parë’ përcaktohet ‘sëmundja’ ose simptomat, për të cilat nuk është kërkuar dhe nuk është marrë shërbim nga shërbimet e specializuara të shëndetit mendor. Prandaj, pacientët që u përfshinë në studim e kishin vizitën/konsultën e parë të tyre.

Për shembull: një pacient i cili ishte parë për herë të parë në SHËRBIMI I PSIKIATRISË, me një episod të parë të sëmundjes, në muajin përpara se të fillonte studimi si dhe ishte akoma në trajtim gjatë periudhës së studimit, nuk u kualifikua për të marrë pjesë në studim, pasi nuk ishte referuar gjatë periudhës së studimit.

Ndërkohë, nëse një pacient ishte trajtuar fillimisht nga mjeku i familjes apo mjek tjetër i përgjithshëm për probleme emocionale apo të sjelljes një muaj përpara se të fillonte studimi dhe u konsultua për herë të parë në SHËRBIMIN E PSIKIATRISË gjatë periudhës së studimit, u pranua të merrte pjesë në studim, duke qenë se ai ishte parë nga specialisti për herë të parë gjatë periudhës së studimit.

Faza e dytë e realizuar nga ndihmësit: marrja e të dhënave të përgjithshme, plotësimi i pyetsorit të emigrimit, plotësimi i pyetsorit të fillimit të simptomave psikotike.

3.3.4 Pyetsorët dhe analiza e të dhënave

Në vlerësim u përdorën:

1. Pyetsori emigrimit, i cili është një pyetsori I strukturuar, bazuar kryesisht te modeli i ‘Bologna migration history and social integration (for first generation migrants) core Interview’ (Tarricone et al., 2011), me disa modifikime dhe përshtatje në lidhje specifike të emigrimit të shqiptarëve. Modifikimet u realizuan mbështetur te pyetsori I përdorur në ‘Migracioni i kthimit dhe ri-integrimi në Shqipëri, 2013’ (INSTAT dhe Organizata Ndërkombëtare për Migracionin (ONM), 2014).
2. Nottingham Onset Schedule (NOS), Singh et al. (2005), shkallë vlerësuese e shkurtër, e udhëhequr nga intervista që shërben për regjistrimin e detajeve e komponenteve të ndryshëm, të mundshëm, në fillimin e një sëmundje psikotike
3. Intervista klinike e bazuar në kriteret e vlerësimit të DSM-IV-R dhe vendosja e diagnozave të cilat u gjeneruan në mënyrë të ‘verbër’ përta i përket pikëzimit të pyetsorit.

Pacientët dhe familjarët e tyre u siguruan se informacioni që ata do të jepnin ishte konfidencial.

Pjesëmarrja në studim u aprovua prej secilit prej tyre, nëpërmjet pranimit të konsentit për të qenë pjesë e studimit.

Drejtimi i pyetjeve specifike u krye brenda marrjes së historisë dhe anamnezës së sëmundjes, ose në disa raste iu caktua një kohë e veçantë.

Pyetsorët u plotësuan për çdo pacient me një episod të parë të psikozës, të diagnostikuar brenda periudhës së studimit. Ato nuk përmbanin informacion me të cilin personat/pacientët mund të identifikoheshin direkt.

Secili nga pyetsorët kishte një “numër serial”. U mbajt një listë e emrave të pacientëve/personave që korrespondonte me këto numra për të koduar formularët. Kështu, në rastet kur kishte hapësira të lëna bosh ose kur personi ishte përfshirë gabimisht dy herë, ka qenë e mundur që kjo të korrigjohet përpara se të përpunoheshin formularët.

Formularët nuk kishin për qëllim të identifikonin individët, prandaj u ruajt më së miri parimi i konfidencialitetit.

Në rastet kur pacienti/personi mund të refuzonte t'i përgjigjej ndonjë pyetjeje të caktuar do të shënohej një "R" (për refuzim) ndaj pyetjeve të tilla, ose një "JP" (për ndonjë pyetje 'jo e pyetur'). Rastet më të shumta të refuzimit ishin për pyetjet e përdorimit të substancave dhe 'A keni njeri në familje me Çrregullime të shëndetit mendor?. Nëse gjatë intervistës u harrua të realizohej ndonjë pyetje, u munduam t'i plotësonim gjatë riintervistimit apo ritefonimit (për grupin e kontrollit). Plotësimi i pyetsorëve u realizua duke tentuar të mos lihej asnjë pyetje pa përgjigje.

(a) Pyetsori emigrimit

Pyetsori i emigrimit është një pyetsor i strukturuar dhe kërkon 10 deri në 15 minuta për t'u plotësuar nga vetë personi.

Pyetsori bazë i përdorur, 'Bologna migration history and social integration (for first generation migrants) core Interview' ((Bo MH&SI Interview) Tarricone et al., 2011), u përkthye në gjuhën shqipe nga gjuha angleze si dhe anasjelltas, nga gjuha shqipe në gjuhën angleze, sipas standarteve të përcaktuara nga OBSH për përkthimin.

Pyetsori është i organizuar në katër pjesë, duke pasur parasysh tre fazat e emigrimit dhe faza e fundit e kthimit në Shqipëri. Përshtatja e tij është bërë duke pasur parasysh disa specifika të emigracionit shqiptar dhe kultures shqiptare. Po ashtu, duke pasur parasysh që pyetsori i Bolonjës është përdorur në studime me popullata të cilat vazhdonin të jetonin në vendin e emigrimit, duhej ta përshtasim për popullatë e cila ishte rikthyer në vendin e vet të lindjes. Për këtë arsye, janë shtuar disa pyetje më specifike. Modifikimet u realizuan mbështetur te pyetsori I përdorur në 'Migracioni i kthimit dhe ri-integrimi në Shqipëri, 2013' (INSTAT dhe Organizata Ndërkombëtare për Migracionin (ONM), 2014) janë mbyllura ose të hapura. Disa herë është edhe opsioni 'tjetër', për informacionet shtesë. Alternativa po/jo është më e zakonshme.

1 – Faza përpara emigrimit

Kjo pjesë përfshin pyetje që lidhen me situatën e personit përpara emigrimit.

Përbëhet nga katër çështje kryesore:

Me kë ka jetuar në Shqipëri përpara se të emigronte

Nëse kishte qenë I punësuar më parë në Shqipëri

Çfarë punonte përpara se të emigronte

Cilës klasë shoqërore I përkiste (është përshtatur sipas të dhënave klasifikimeve shqiptare (INSTAT, 2014).

2 – Faza e emigrimit

Kjo pjesë përfshin pyetje që lidhen me situatën e personit gjatë procesit të emigrimit.

Përbëhet nga këto çështje kryesore:

Viti kur ka emigruar

Arsyeja e emigrimit

Nëse ka qenë I ndaluar në vendin e emigrimit, për arsye të mos pasjes së dokumenteve të rregullta

Nëse nuk do të kthehet përsëri atje, cila është arsyeja.

Nëse e mendon qëndrimin në Shqipëri të përhershëm.

3 – Faza e pas emigrimit

Kjo pjesë përfshin pyetje që lidhen me situatën e personit pas procesit të emigrimit.

Përbëhet nga këto çështje kryesore:

Nëse është I pajisur me dokumente të rregullta emigrimi në vendin ku kishte emigruar

Nëse ka pjesëtarë të familjes ose shoqëri në vendin ku ishte emigrant

Sa herë ka qenë në Shqipëri gjatë kohës që ishte në emigrim

Si I ka ndryshuar pozicioni I punës pas emigrimit

Si I ka ndryshuar situatë ekonomike pas emigrimit

Sa I ka realizuar pritshmëritë në lidhje me punën, shëndetin, të ardhurat, familjen, shoqërinë.

4 – Faza e kthimit në Shqipëri

Kjo pjesë përfshin pyetje që lidhen me situatën e personit pas procesit të kthimit në Shqipëri, pyetje të cilat u bazuan në Studimin e Instat (2013) të cituar më lart.

Përbëhet nga këto çështje kryesore:

- a. Nëse ka familjarë ose shoqëri në Shqipëri
- b. Nëse e mendon që të qëndrojë përfundimisht në Shqipëri
- c. Si ndiheni tani në Shqipëri

Për secilën nga tre fazat e emigrimit, bazuar në pyetsorin e Bolonjës, janë grupuar tre treguesit që përcaktojnë disavantazhin shoqëror për secilën fazë të emigrimit: treguesi i dizavantazhit shoqëror para emigrimit, treguesi i ngjarjeve të këqia/fatkeqësive të fazës së emigrimit dhe treguesi i disavantazhit shoqëror pas emigrimit (Fig.). Për **treguesin e dizavantazhit shoqëror para emigrimit** (pikëzimi 0–3), u përfshinë klasa shoqërore e prindërve (të paguar/të mesëm kundrejt klasës punëtore/të papunë prej shumë kohësh), punësimi (ndonjëherë/asnjëherë të punësuar para emigrimit) dhe mënyrat e jetesës (keni jetuar ndonjëherë me njerëz të ndryshëm nga familja e origjinës: po/jo). Për **treguesin e vështirësive të fazës së emigrimit** (pikëzimi 0–3), kemi përdorur: mosha e emigrimit para 18 vjeç (po/jo), ndalimi/arrestimi gjatë procesit të emigrimit (po/jo), i kthyer ndonjëherë në vendin e origjinës (po/jo). Për **treguesin e dizavantazhit shoqëror pas procesit të emigrimit** (pikëzimi 0–3), kemi përdorur: punësimin (kurrë/asnjëherë i punësuar në 5 vitet e fundit të fazës pas emigrimit), statusin e marrëdhënies (kurrë/asnjëherë në një marrëdhënie afatgjatë në 5 vitet e fundit të fazës pas emigrimit), dhe familja dhe rrjeti shoqëror në fazën pas emigrimit (çdo rrjet shoqëror jashtë familjes së tyre të origjinës në vendin e mbërritjes: po/jo).

Treguesit janë trajtuar si variabla të vazhdueshëm në modelet statistikore. U pikëzua mospërputhja, e vlerësuar vetë nga personat, midis pritshmërive dhe arritjeve pas emigrimit (pika 1 - aspak e kënaqur, me 4 - plotësisht e kënaqur). Të dyja, vitet pas emigrimit dhe

mospërputhja e pritshmërive/arritjeve u trajtuan si variable të vazhdueshëm në modelet e regresionit logjistik.

U përshtatën faktorët që njihen si faktorë rreziku për psikozën (Drukker, & Delespaul, 2015),

Të tillë si seksi, vendi i fundit i emigrimit, edukimi, historia për sëmundje mendore në familje, përdorimi i drogërave dhe njohja e gjuhës (këto si variable kategorike), mosha (si i vazhdueshëm).



Figura 3.3. Treguesit e dizavantazhit social për çdo fazë të emigrimit sipas ‘Bologna Migration History and Social Integration Interview – Core’ (Tarricone et al., 2011).

Vlerësimi i pozicionit social ekonomik të familjes:

Statusi ekonomik [SE] u pikëzua në një shkallë me 5 shifra (1, 2, 3, 4, 5) dhe situata sociale ishte e përcaktuar me dy opsione: ‘mirë’ dhe ‘keq’.

b) Pyetsori i dytë ishte ‘Nottingham Onset Schedule’ (NOS), Singh et al. (2005).

Pyetsori u përkthye në gjuhën shqipe nga gjuha angleze si dhe anasjelltas, nga gjuha shqipe në gjuhën angleze, sipas standarteve të përcaktuara nga OBSH për përkthimin.

NOS.

The Nottingham Onset Schedule (NOS) është një shkallë vlerësuese e shkurtër, e udhëhequr nga intervista që shërben për regjistrimin e detajeve e komponenteve të ndryshëm, të mundshëm në fillimin e një sëmundje psikotike.

NOS mbledh informacion për fazën prodromale dhe shfaqjen e sëmundjeve psikotike duke përdorur të gjitha burimet e informacionit në dispozicion, duke përfshirë si raportet subjektive dhe provat objektive nga informatorët, shënimet e rasteve dhe çdo burim tjetër që mund të jetë i dobishëm. Ky pyetsor është zhvilluar pas shqyrtimit të literaturës ekzistuese mbi prodromën dhe fillimin e psikozës dhe përdorimin e kritereve të ashpërsisë nga Shkallët e Vlerësimit Klinik në Neuropsikiatri: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry: SCAN (WHO, 1994).

Fillimi i çrregullimit sipas vlerësimit me NOS, përkufizohet si periudha midis ndryshimeve të para të raportuara/vërejtura në gjendjen mendore/sjelljen e personit, deri në zhvillimin e simptomave psikotike. Fillimi mund të tregohet nga shfaqja e simptomave të tilla si ankthi, depresioni, irritueshmëria, etj., shfaqja e defiqiteve psikologjike, njohëse, sociale ose të sjelljes, shfaqjen e sjelljeve të pazakonta ose të çuditshme, rënien e funksionimit në fushat ndërpersonale, sociale, arsimore ose profesionale ose shfaqja e simptomave psikotike. Fillimi është konceptualizuar si i përbërë nga:

- a) një prodrome e dy pjesëve: një periudhë e ‘shqetësimit’ (P1) e ndjekur nga simptomat ‘e padiagnostikuara’ (P2);
- b) shfaqjen e simptomës së parë psikotike (FPS);
- c) shtimi i simptomave të diagnostikueshme, që çojnë në
- d) një diagnozë definitive (DD).

Periudha e ‘shqetësimit’ është e ngjashme, por jo identike me ‘shqetësimin e sëmurë’ përshkruar nga Copeland (1985), dhe koncepti i ‘ndërtimit (build up)’ mbështetet në idetë e Brown dhe Harris (1978).

Nuk ka asnjë mbështetje se të gjitha subjektet do të përjetojnë të gjitha fazat e fillimit. Prodroma, apo faza prodromale, përkufizohet si faza e sëmundjes para shfaqjes së simptomave psikotike. Simptomat prodromale përfshijnë çrregullime jo-specifike të humorit, të menduarit, sjelljes, perceptimit dhe funksionimit. Që simptoma të tilla të konsiderohen si pjesë e një episodi psikotik, nuk duhet të ketë kthim të mëvonshëm në funksionimin paramorbid pas fillimit të simptomave. Simptomat psikotike i referohen kryesisht simptomave pozitive të tilla si iluzione, halucinacione, simptomat e rangut të parë ose sjelljeve të çuditshme.

Simptomat e rënda negative si mutizmi ose varfëria e të folurit, afekti I sheshuar, apatia ose tërheqja sociale, dhe neglizhenca personale janë përkufizuar si simptoma psikotike negative. Këto simptoma nuk duhet të jenë si shkak i një depresioni apo të shkaktuara nga përdorimi i mjekimeve neuroleptike dhe normalisht që shoqërohen me një ndryshim të dukshëm të funksionit premorbid. Diagnoza përfundimtare e një çrregullimi psikotik, duhet të vendoset, gjithmonë, kur ekzistojnë çrregullime të qarta të çrregullimit të mendimit në formën e deluzioneve, halucinacioneve, simptomave të rangut të parë, ose simptomave katatonike për të paktën një javë. Kur simptomat psikotike janë të izoluar, nuk përbëjnë

një diagnozë përfundimtare të psikozës dhe konsiderohen pjesë e fillimit vetëm në prani të një prodrome para-ekzistuese dhe të dëmtimit të funksionimit pre-morbid.

NOS është i përbërë nga dy pjesë: një Plan Vlerësimi Paraprak (PAS) dhe intervista. PAS plotësohet nga shënimet e rastit dhe përcakton disa data kyçe dhe pika që duhet të ndjekë intervista. Intervista kryhet duke përdorur pikat e siguruara nga PAS dhe duke iu referuar një liste të simptomave prodromale të identifikuar paraprakisht (S.P. Singh et al., 2005). Një dokument shpjegues jep rregulla se si duhet vlerësuar fillimi dhe zbehja e një simptome të veçantë dhe, në rast të zhdukjes së plotë të një simptome (remisionit), nëse ajo duhet të përfshihet apo jo. Në mënyrë të ngjashme janë dhënë rregulla shpjeguese se çfarë afatesh kohore duhen zgjedhur kur përgjigjet janë të paqarta ose me data të përafërta (p.sh.: filloj diku nga vera e kaluar).

Vlerësimi i ashpërsisë përcakton dallimin midis 'shqetësimit' (P1) dhe simptomave jo-të diagnostikuara' (P2). Një simptomë konsiderohet 'shqetësuese' nëse është patjetër e pranishme, por jo e një ashpërsie për të arritur një nivel 'rasti', e ngjashme me një vlerësim me 1 në SCAN (WHO, 1994). Çdo vlerësim më i lartë vlerësohet si një 'simptomë e padiagnostikuar', se sa si shqetësim. Simptomat prodromale janë grupuar si grupe dhe përfshijnë çrregullime të humorit (grup humorit), mendim (grup mendimi), sjellje (grupi sjelljes), perceptim (grup perceptimi) dhe të tjera.

Faza e tretë e realizuar nga studiuesi kryesor: intervista klinike dhe vendosja e diagnozës.

Për të vlerësuar praninë e çrregullimit psikotik te personat si pjesë e grupit të studimit, intervistuesi realizoi intervistën klinike ballë për ballë, intervistë e pastrukturuar, e bazuar në kriteret diagnostike të Manualit Diagnostik Statistikor, DSM – IV – TR (APA, 2000).

Për lehtësi të analizës diagnostat u grupuan në grupe diagnostike

Diagnozat u grupuan në disa grupe duke u bazuar Manualin Diagnostik dhe Statistikor të Çrregullimeve Mendore, botimi i katërt, teksti i rishikuar (American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, 2000):

Skizofrenia dhe çrregullimet e tjera psikotike.

- 1- Skizofreni
- 2- Çrregullim skizofreniform
- 3- Çrregullim skizoafektiv
- 4- Çrregullim deluzional
- 5- Çrregullim psikotik i shkurtër
- 6- Çrregullim psikotik i paspecifikuar

3.4 Kodimi

Çdo pyetsor ka pasur të vendosur një **numër unik kodimi tre shifror**, duke filluar nga 001, përpara shpërndarjes tek asistentët e studimit.

Mosha ishte si variabël i vazhduar dhe grupmoshat u koduan si më poshtë:

1=18-29 vjeç;

2=30-39 vjeç;

3=40-49 vjeç;

4=50-64 vjeç.

Për gjininë kodimi ishte:

Mashkull = 1

Femër = 2

Pa plotësuar = 9

Statusi civil ishte koduar kështu:

Përgjigjia	Kodi
Beqar	1
Të martuar që jetojnë bashkë	2
Të martuar që jetojnë të ndarë	3
Të ve	4
Divorcuar	5
Bashkëjetojnë	6
Tjetër	8
Pa plotësuar	9

Situata financiare ishte koduar kështu:

Përgjigjia	Kodi
Shumë mirë	1
Mirë	2
Mesataren	3
Jo mirë	4
Shumë keq	5
Pa plotësuar	9

Vendlindja dhe vendbanimi?

Kodimi sipas prefekturave; fshat-qytet.

Vlerësimi dhe realizimi i pyetsorëve për grupin e kontrollit

Pas procesit të selektimit (përshkruar hollësisht me sipër) të grupit të kontrollit, çdo pjesëmarrësi që plotësonte kriteret në përfshirje, iu bë me dije qëllimi dhe objektivat e studimit. Pjesëmarrja në studim u aprovua prej secilit prej tyre, nëpërmjet pranimit të konsentit për të qenë pjesë e studimit.

Pyetsorët u plotësuan për çdo person të kontaktuar brenda periudhës së studimit. Ato nuk përmbanin informacion me të cilin personat/pacientët mund të identifikoheshin direkt. Pjesëmarësit e grupit të kontrollit u siguruan se informacioni që ata do të jepnin ishte konfidencial.

Pyetsori kishte një “numër serial”. U mbajt një listë e emrave të personave që korrespondonte me këto numra për të koduar formularët. Kështu, në rastet kur kishte hapësira të lëna bosh ose kur personi ishte përfshirë gabimisht dy herë, ka qenë e mundur që kjo të korrigjohej përpara se të përpunoheshin formularët. Formularët nuk kishin për qëllim të identifikonin individët, prandaj u ruajt më së miri parimi i konfidencialitetit.

Pyetsorët për grupin e kontrollit

Në vlerësim u përdor:

Pyetsori emigrimit, i cili është një pyetsor I strukturuar, bazuar kryesisht te modeli i ‘Bologna migration history and social integration (for first generation migrants) core Interview’ (Tarricone et al., 2011), me disa modifikime dhe përshtatje në lidhje me specifikat e emigrimit të shqiptarëve. Modifikimet u realizuan mbështetur te pyetsori I përdorur në ‘Migracioni i kthimit dhe ri-integrimi në Shqipëri, 2013’ (INSTAT dhe Organizata Ndërkombëtare për Migracionin (ONM), 2014).

Realizimi i pyetsorit u arrit kryesisht nëpërmjet rrjetit telefonik celular:

1. Bisedë direkte ballë për ballë
2. Bisedë direkte telefonike
3. Bisedë nëpërmjet rrjetit social watsapp.

Personat që realizuan plotësimin e pyetsorit për grupin e kontrollit, ishin mjekët specializantë të psikiatrisë, të cilët realizuan edhe pyetsorët me grupin e studimit.

3.5 Analiza

Hapat që u ndoqën për pjesën e analizës.

1. Teknika sasiore e studimit rezultoi në një sasi numrash të cilët duhet të mblidheshin, përshkruheshin dhe analizoheshin
2. Karakteristikat e të dhënave u përshkruan dhe eksploruan nëpërmjet ndërtimit të një numri grafikësh dhe tabelash, nëpërmjet tabelave të kryqëzuara, llogaritjes së mesatareve dhe deviacioneve standarte.
3. Mbi bazën e këtyre të dhënave fillestare u realizua një analizë më e hollësishme, në kërkim të modeleve dhe lidhjeve duke krahasuar mesataret, eksploruar korrelacionet, duke analizuar variancën.
4. Hapat që u ndoqën në këtë analizë ishin:
 - a. Identifikimi i menaxherit analizues: SPSS 25 për Windws.

- b. Rishikimi i të dhënave (pyetsorët) nëse ishin plotësuar ose jo të gjitha pyetjet dhe nuk kishte mungesa.
- c. Kodimi dhe rikodimi i të dhënave
- d. Ndërtimi i bazës së të dhënave
- e. Hedhja e të dhënave
- f. Analizimi i të dhënave (përshkruese, teste të tjera statistikore).

Interpretimi i rezultateve

1. Hapi i fundit i analizimit të të dhënave ishte interpretimi i të dhënave për të parë nëse ato mbështesin pyetjet dhe qëllimin e studimit.
2. Metodatat e interpretimit u mbështetën sipas fokusit teorik të studimit.

Metoda e analizës statistikore

Pjesa e parë e analizës përfshin rezultate përshkruese, për secilin nga grupet e studimit. Këto të dhëna kanë të bëjnë me numrin, të dhënat e tyre sociodemografike, elementët e ndryshëm dhe faktorët ndikues të paraemigrimit, gjatë emigrimit dhe pas emigrimit. Përshkrimi u realizua edhe sa i takon simptomave karakteristike, kohëzgjatjes së tyre deri në marrjen e ndihmës së specializuar. Një pjesë e mirë e analizës ka të bëjë me komponente të tilla si: krahasimi i kushteve të emigrimit, treguesve të fazave të ndryshme të emigrimit, shfaqjes së simptomave dhe lidhja me faktorët e emigrimit, ashtu edhe krahasimi i tyre me faktorët socio-demografikë dhe grupet diagnostike. Grupet diagnostike u bazuan në kategoritë diagnostike sipas DSM-IV-TR (2000) të konvertuara në kategoritë diagnostike të ICD-10-bazuar në shtojcën H të DSM-IV-TR. Vlerat P ishin two tailed, me gabimin alpha në vlerën kritike 0.05. Për grupin e kontrollit, po ashtu, u përshkruan të dhënat e tyre sociodemografike, elementët e ndryshëm dhe faktorët ndikues të paraemigrimit, gjatë emigrimit dhe pas emigrimit.

Të dhënat e vazhdueshme u paraqitën si mesatare aritmetike dhe devijacion standart. Te dhënat diskrete u paraqitën me vlerë absolute dhe përqindje. Për të analizuar diferencat mes variableve të vazhdueshëm u përdor testi “t” i studentit dhe testi ANOVA. Diferencat mes variableve diskrete u analizuan përmes testit Chi-katror.

Për të llogaritur probabilitetet, ne kemi përdorur regresionin binar logjistik duke vlerësuar lidhjet ndërmjet dizavantazheve shoqërore të para emigrimit, të pas emigrimit, si dhe ngjarjet e pakëndshme gjatë emigrimit, si dhe ekspozimet e tjera dhe faktorët e ndryshëm konfondues (ngatërrues):

Modeli i papërpunuar dhe i parregulluar (unadjusted): u vlerësuan gjasat e variableve më vetë, të papërpunuara (OR) për të përcaktuar sasinë e lidhjeve ndërmjet gjendjes rast-kontroll (psikozë ose jo) dhe indekseve të disavantazhit shoqëror para emigrimit e pas emigrimit, dhe indekset e ngjarjeve/fatkeqësive gjatë emigrimit, si dhe mospërputhjen ndërmjet pritshmërive dhe arritjeve.

Modeli i përpunuar/përshtatur (M1) (adjusted 1): gjasat (OR-t) u rregulluan për variable të tilla si për shtetin e fundit të emigrimit, moshën, gjininë, arsimimin, historinë familjare për psikozë, përdorimin e kanabisit, njohjen e gjuhës, vitet në emigrim.

Modeli i përpunuar (M2) (adjusted 2): për të kuptuar se cilët nga indekset e emigrimit vazhdonin të ishin sinjifikante në lidhje me të qëniet ose jo me psikozë (rast-kontroll), OR-t u përpunuan/përshtatën për të gjitha variablat e mësipërm (M1), duke u shtuar edhe indekset e para-emigrimit dhe pas emigrimit të disavantazhit shoqëror, indeksin e ngjarjeve/fatkeqësive të migracionit, si dhe mospërputhjen midis pritshmërive dhe arritjeve.

Vlerësimi i një lidhje dozë-përgjigje të mundshme, u realizua duke krijuar një variabël të ri ‘totali i indekseve të emigrimit’, si shuma e variableve që përfaqësojnë disavantazhet para dhe pas emigrimit dhe ngjarjet/fatkeqësitë gjatë emigrimit. Ky variabël si shumë totale u rikodua me vlerat zero, një, dy, tre, katër, pesë ose gjashtë/më shumë fatkeqësi. Këtë variabël e trajtuam si parashikues rendor (ordinal) dhe e pamë lidhjen (OR) me statusin psikozë ose jo, në model të papërpunuar/i parregulluar dhe të përpunuar/rregulluar për çdo nivel. Më pas u kontrollua edhe me variablet në M1 dhe plus mospërputhjen midis pritshmërive dhe arritjeve.

OR dhe intervalet e besimit 95% (95% CI) kur ishin të përshtatshme.

Për analizën statistikore u përdorur SPSS 25.0 for Windows (Statistical Package for the Social Sciences).

KAPITULLI 4

4. REZULTATET

4.1 Grupi i rasteve klinike të studimit ('Grupi me psikozë') – Karakteristikat demografike

Më shumë se gjysma e grupit me psikozë (68.8%) ishin individë të cilët kishin nevojë për t'u shtruar dhe pjesa tjetër ishin kontakt gjatë konsultave ditore në shërbim (Tabela 4.1).

Grupi me psikozë ishte I përbërë me afërsisht 70% individë të gjinisë mashkullore (Fig. 4.1), prej të cilëve 46.2% ishin beqarë, 21.5% të divorcuar, 19.4% të martuar dhe pjesa e mbetur ishin të ve ose në bashkëjetesë (Fig. 4.2).

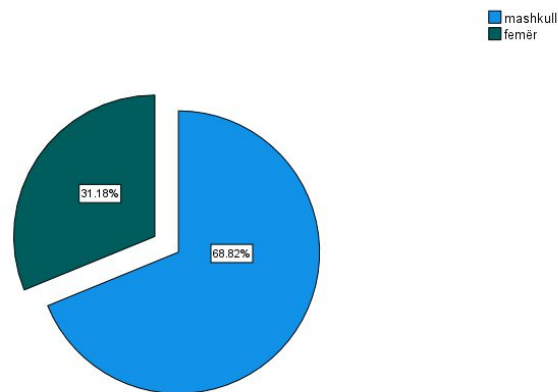


Figura 4.1. Gjinia e rasteve

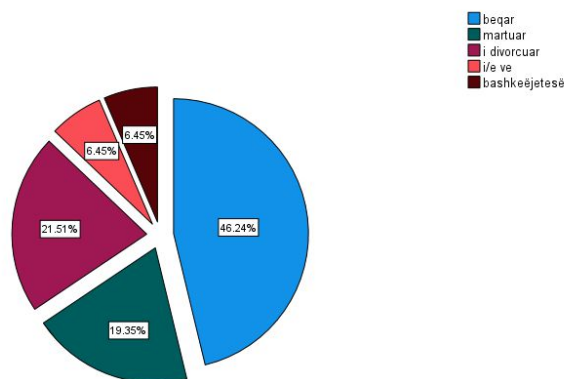


Figura 4.2. Grupi me psikozë sipas gjendjes martesore

Mosha në vite e rasteve ishte minimalja 20 vjeç (vetëm 5.4% e individëve) dhe maksimalja 40 vjeç (vetëm dy persona). 67.7% e individëve I përkisnin grup moshës 18-29 vjeç, ndjekur nga 29% grupmosha 30-39 vjeç (Fig. 4.3).

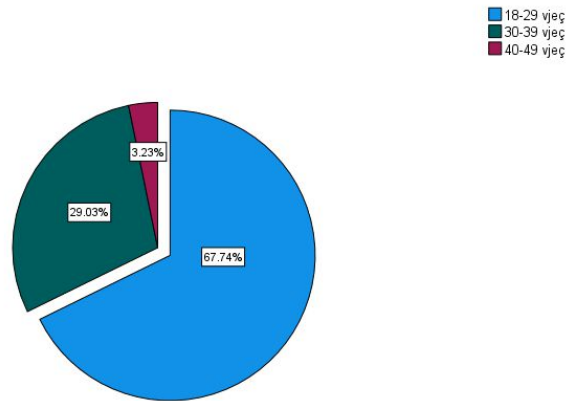


Figura 4.3. Grupi me psikozë sipas grupmoshave

Mosha mesatare e Grupit me psikozë ishte 26.5 vjeç (SD = 5.029).

Tabelë 4.1 Karakteristikat sociodemografike të Grupit me psikozë

	Frekuencat (Nr.)	Perqindja (%)
Gjinia		
Mashkull	64	68.8
Femër	29	31.2
Gjendja civile		
Beqar	43	46.2
I martuar	18	19.4
I Divorcuar	20	21.5
I Ve	6	6.5
Bashkëjetesë	6	6.5
Mosha		
Minimale 20 vjeç	5	5.4
Maksimale 40 vjeç	2	2.2
Mesatare/mediane 26 vjeç	4	4.3
Modalja 21 vjeç	17	18.3
Arsimimi		
Pa arsim	2	2.2
Tetëvjeçar	15	16.1
I mesëm	46	49.5
I lartë	20	21.5

Profesional	8	8.6
Pasuniversitar	2	2.2
Kontaktimi		
Konsulta ambulatore	29	31.2
Shtime	64	68.8
Diagnoza		
Skizofreni	8	8.6
Çrregullim skizofreniform	6	6.5
Çrregullim skizoafektiv	8	8.6
Çrregullim deluzional	51	54.8
Çrregullim psikotik I shkurtër	5	5.4
Çrregullim psikotik I paspecifikuar gjetiu	15	16.1

Gati gjysma e grupit përbëhet nga persona të cilët kishin mbaruar arsimin e mesëm (49.5%), 21.5% ishin me arsim të lartë dhe 16.1% me arsim tetëvjeçar. 8.6% kishin mbaruar arsimin profesional dhe pjesa e mbetur ishin pa arsim ose me pasuniversitar. Karakteristikë është që kryesojnë dy shtete finale të emigrimit nga ana e individëve të grupit me psikoze, Italia me 34.4% të rasteve dhe Greqia me 32.3% të rasteve. Më pas bjen Mbretëria e Bashkuar me 23.7% të rasteve, Gjermania me 4.3% të rasteve, Shtetet e Bashkuar të Amerikës me 3.2% dhe pjesa e mbetur janë shtete të tjera, kryesisht Franca dhe Zvicra (Fig. 4.4).

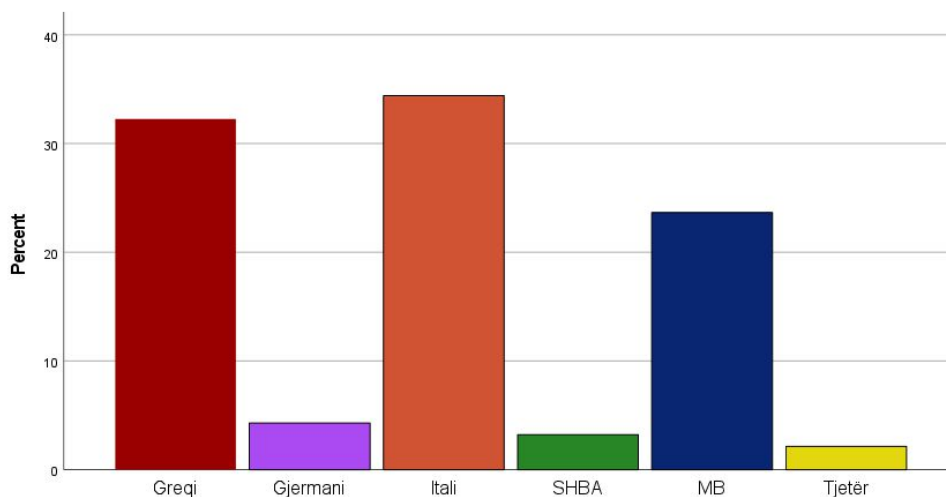


Figura 4.4. Vendi i fundit ku ka emigruar – Grupi me psikoze

Më shumë se gjysma e grupit me psikoze (52.7%) kanë qenë emigrant vetëm në një nga shtetet e mësipërme, 35.5% kanë qenë në më shumë se dy shtete dhe pjesa tjetër në tre ose më shumë shtete (ekstremi ishte një person, i cili kishte lëvizur nëpër të gjithë Europën).

Proçesi i paraemigrimit

Nëse I referohemi karakteristikave shoqërore të grupit me psikozë përpara emigrimit, rezultoi si më poshtë:

Më shumë se gjysma e grupit me psikozë (63.4%) kishin jetuar me prindërit përpara se të emigronin, 21.5% kishin jetuar me partnerin dhe fëmijët, pjesa e mbetur kishin jetuar me fëmijët (5.4%), vetëm me partnerin (5.4%) apo me familjarë të tjerë (3.2%). Pra në total rezultoi që vetëm 34.4% e grupit kishin jetuar përpara emigrimit me persona të tjerë përveç prindërve.

Situatë financiare përpara largimit jashtë vendit, ishte shumë e keqe për një të tretën e grupit me psikozë (34.4%), jo e mirë për 26.9%, mesatare për 16.1%, 14% ishte mirë dhe vetëm 8.6% (N=8) kishin pasur situatë financiare shumë të mirë. 79.6% vinin nga familje prindërore me klasë sociale të dobët.

53.8% kishin qenë të papunë përpara largimit, 7.5% ishin student.

Tre rezultuan qytetet kryesore të vendbanimit përpara emigrimit, Tirana, Lezha dhe Kukësi, përkatësisht secili me nga 12.9%. Më pas vjen Dibra dhe Korça, përkatësisht me nga 9.7%, pasuar nga Elbasani 8.6% dhe më pak nga prefekturat e tjera (Fig. 4.5).

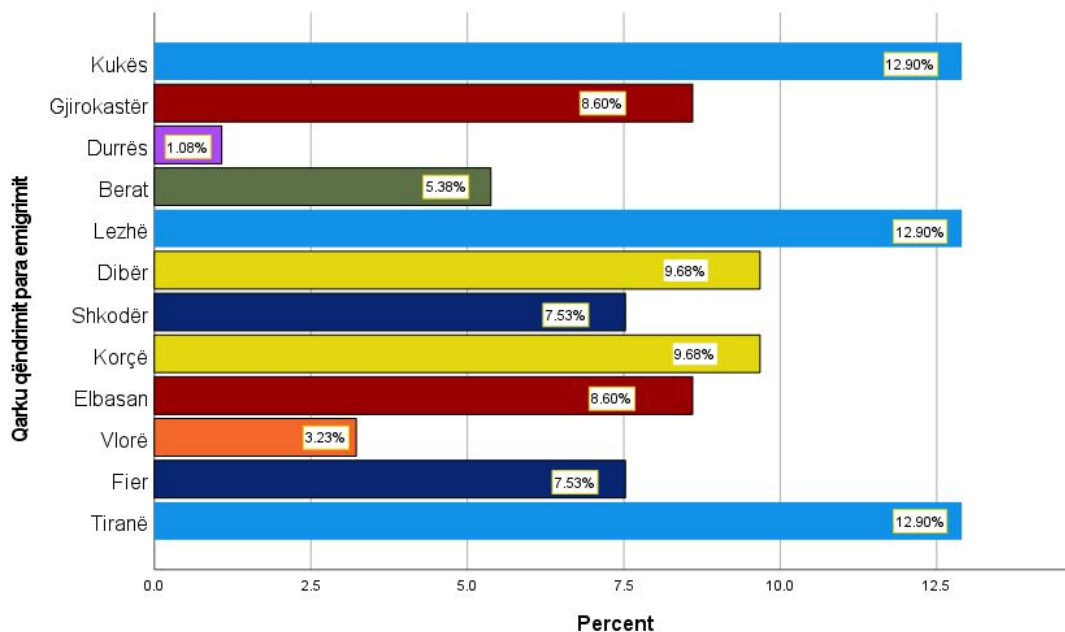


Figura 4.5. Qarku përpara emigrimit – Grupi me psikozë

Më shumë se gjysma e grupit me psikozë (62.4%) kishte jetuar në qytet përpara se të emigronte (Fig. 4.6).

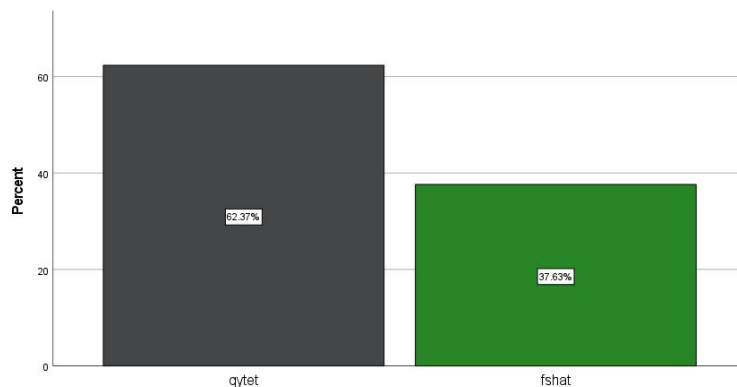


Figura 4.6. Vendbanimi qytet-fshat përpara emigrimit – Grupi me psikozë

Pas kthimit nga emigracioni, rezulton se në Tiranë banojnë afërsisht gjysma e grupit me psikozë (45.2%) (Tab. 4.2).

Tabela 4.2. Qarku I qëndrimit pas kthimit

Tabela Qarku qëndrimit pas kthimit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tiranë	42	45.2	45.2	45.2
	Fier	4	4.3	4.3	49.5
	Vlorë	2	2.2	2.2	51.6
	Elbasan	4	4.3	4.3	55.9
	Korçë	9	9.7	9.7	65.6
	Shkodër	6	6.5	6.5	72.0
	Dibër	7	7.5	7.5	79.6
	Lezhë	6	6.5	6.5	86.0
	Berat	3	3.2	3.2	89.2
	Durrës	1	1.1	1.1	90.3
	Gjirokastër	7	7.5	7.5	97.8
	Kukës	2	2.2	2.2	100.0
	Total	93	100.0	100.0	

Sa i takon strehimit, 41.9% kishin jetuar në apartamente, 39.8% në shtëpi private (kryesisht ata që jetonin në fshat) dhe 11.8% në shtëpi me qera apo tjetër formë e jetesës (6.5%) (Fig. 4.7).

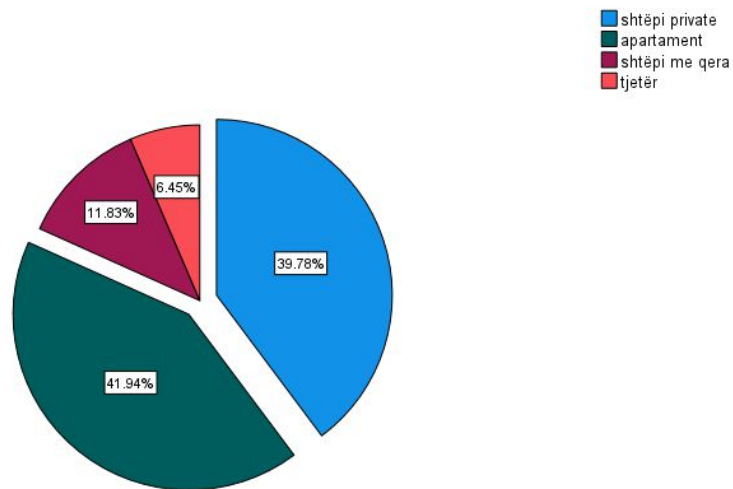


Figura 4.7. Strehimi përpara emigrimit – Grupi me psikozë

Proçesi i emigracionit

Mosha minimale e emigrimit të Grupi me psikozë rezultoi të ishte 10 vjeç (10.8%), maksimalja 28 vjeç, ku mosha mesatare rezultoi 16.3 (SD = 3.4) dhe modalja ishte 18 vjeç. 63.4 % e grupit kishte qenë në një moshë më të vogël se 18 vjeç kur kishte emigruar (Fig. 4.8).

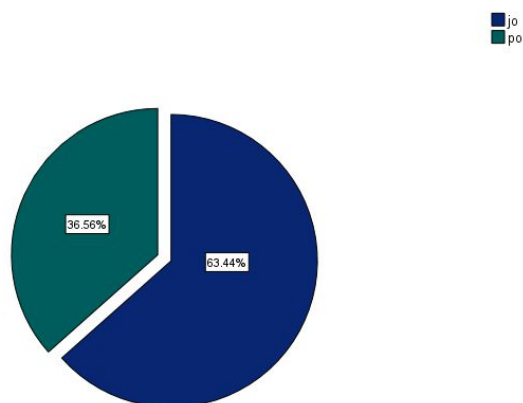


Figura 4.8. Kur emigruat ishit më i madh se 18 vjeç? – Grupi me psikozë

Koha e kaluar ne emigracion, varion midis maksimales ‘më shumë se 5 vite’ deri në minimalen ‘dy vite’ (Fig. 4.9). Afërsisht 70% e grupit rezultuan të kishin qenë në emigracion mbi 5 vite, ku maksimalja ishte 30 vite.

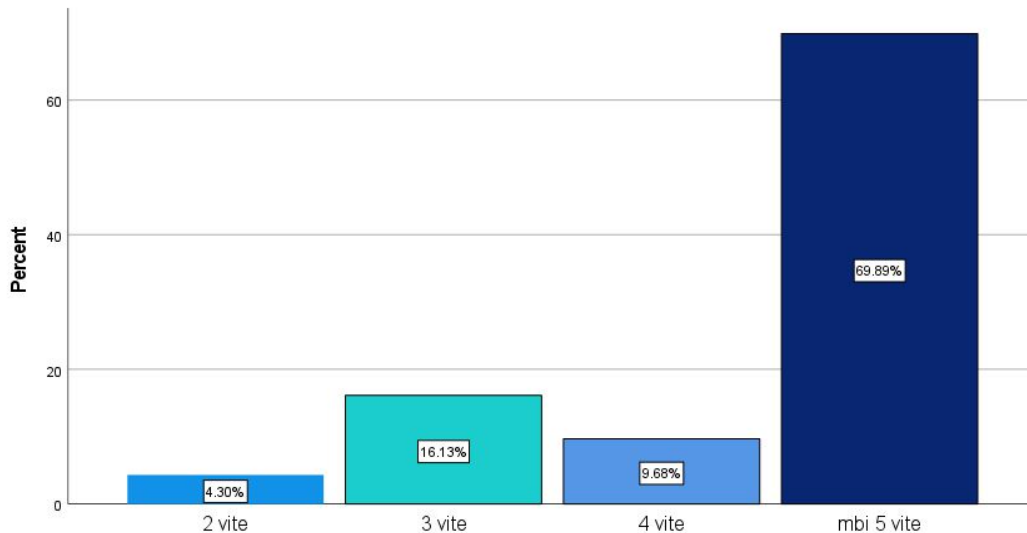


Figura 4.9. Koha e kaluar në emigracion (në vite) – Grupi me psikozë

Arsyeja kryesore e emigrimit (37.6%) ishte ‘për të ardhura më të mira’. Papunësia ishte shkaku tjetër madhor I emigrimit, në 36.6% të grupit, martesë përbënte 15.1% të arsyeve dhe pjesa tjetër (6.5%) ishte për studime.

Më shumë se gjysma (59.1%) e grupit me psikozë rezultoi që të kishte qenë pa dokumentacion të rregullt emigracioni, dhe 65.6% e tyre kishin qenë të ndaluar/arrestuar të paktën një herë.

61.3% e grupit ishte kthyer me detyrim nga vendi ku ishte në emigracion, pjesa tjetër ishte kthyer në mënyrë vullnetare. Arsyet e kthimit kryesisht kanë qenë për arsye të shfaqjes së simptomave të ndryshme psikiatrike, në këtë moment janë zbuluar që kanë qenë pa dokumente dhe janë kthyer në Shqipëri, ose janë kthyer me dëshirë, për të marrë kujdesin shëndetsor më të përshtatshëm në Shqipëri.

Rezultatet më sipër, sidomos kthimi I detyrueshëm, justifikojnë edhe përqindjen e lartë (54.8%) të personave të cilët nuk duan të qëndrojnë përfundimisht në Shqipëri. Ndërkohë që pyetjes ‘nëse nuk doni të ktheheni më në shtetin ku ishit, specifiko arsyen’, nuk iu përgjigj 66.7% e grupit.

Proçesi i pas emigrimit

Më shumë se gjysma e grupit (52.7%) nuk kishin ardhur asnjëherë në Shqipëri, 36.6% më pak se një herë në vit dhe pjesa tjetër një herë apo dy herë në vit (10.8%).

60.2% e grupit me psikozë referoi që nuk e njihnte gjuhën e vendit ku kishte emigruar. Elementët e integritimit shoqëror pas emigracionit rezultuan si më poshtë: 43% e individëve referuan që pozicioni I tyre I punës si dhe situata ekonomike është përkeqësuar, për 26.9% nuk ka pasur ndonjë ndryshim dhe për 30.1% të grupit situata referohet të ketë qenë e përmirësuar në krahasim me kohën përpara emigrimit.

Më shumë se gjysma e grupit (52.7%) referuan që pritshmëritë që kishin për punësimin ishin dobët ose të paarritura (Fig. 4.10).

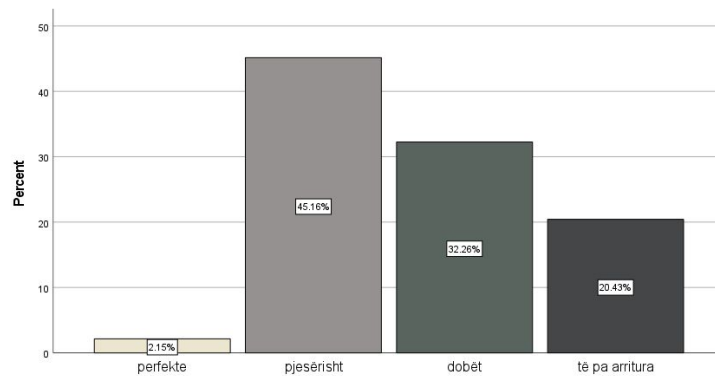


Figura 4.10. Pritshmëritë mbi punën – Grupi me psikozë

Pritshmëritë në lidhje me familjen rezultuan pak më të realizuara, pasi 35.5% e grupit e referojnë si plotësim perfekt, por 54.83% referuan dobët dhe të paarritura (Fig. 4.11).

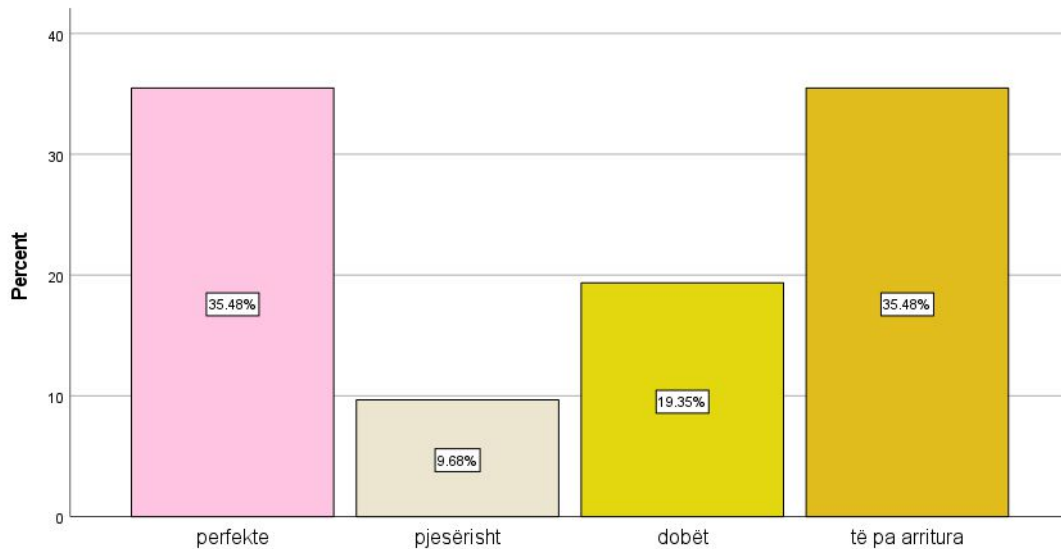


Figura 4.11. Pritshmëritë mbi familjen – Grupi me psikozë

Pritshmëritë në lidhje me shëndetin rezultuan të porealizuara: 79.57% referuan pritshmëri ta paarritura ose dobët të arritura (Fig. 4.12).

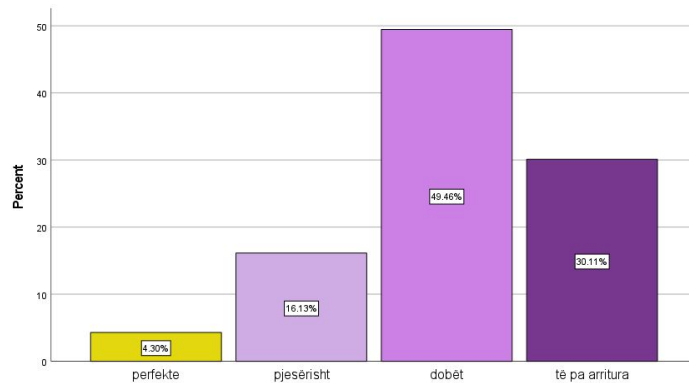


Figura 4.12. Pritshmëritë mbi shëndetin – Grupi me psikoze

Pritshmëritë në lidhje me shoqërinë rezultuan të papërbushura ose dobët për 63.52% të grupit dhe pjesërisht 35.48% (Fig. 4.13).

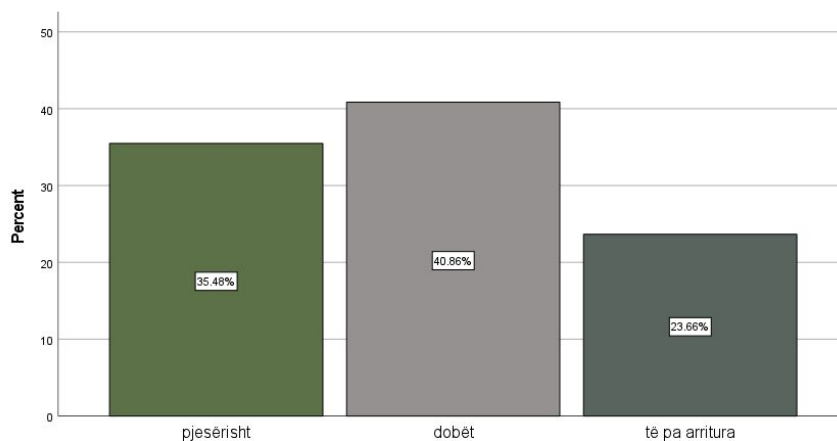


Figura 4.13. Pritshmëritë mbi shoqërinë – Grupi me psikoze

Pyetjes nëse kishin abuzuar me substance, nuk iu përgjigj 28% e grupit. Ndërkohë që në përqindjen kumulative, 72% pohuan që kishin përdorur ose abuzuar me substanca (tab. 4.3)

Tabela 4.3. A keni abuzuar me substanca?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid jo	25	26.9	26.9	26.9
po	42	45.2	45.2	72.0
missing	26	28.0	28.0	100.0
Total	93	100.0	100.0	

Proçesi i pas kthimit

33.3 % e atyre që u përgjigjën në grupin e studimit (N = 62, 66.7% nuk iu përgjigjën kësaj pyetje), referuan që kanë lënë familjarët e tyre në shtetin e fundit ku kanë qenë në emigrim, kryesisht partnerin dhe fëmijët, familjarë të tjerë ose prindërit. Ndërkohë që referuan që në Shqipëri kanë familjarët e tyre 83.9% e tyre, pjesa më e madhe kanë prindërit.

4.2 Karakteristikat klinike të grupit me psikozë

Me shumë se gjysma e grupit me psikozë (54.8%) u diagnostikuan me Çrregullim deluzional, pasuar nga 16.1% Çrregullim psikotik I paspecifikuar gjetiu, me Skizofreni dhe Çrregullim skizoafektiv secili me 8.6% dhe 5.4% Çrregullim psikotik I shkurtër (tab. 4.4)

Tabela 4.4. Diagnozatat sipas DSM-IV-R

Diagnoza sipas DSM-IV-R		
Skizofreni	8	8.6
Çrregullim skizofreniform	6	6.5
Çrregullim skizoafektiv	8	8.6
Çrregullim deluzional	51	54.8
Çrregullim psikotik I shkurtër	5	5.4
Çrregullim psikotik I paspecifikuar gjetiu	15	16.1

Pak më shumë se gjysma e grupit me psikozë (51.6%) referuan që kishin një person në familje me çrregullime të shëndetit mendor, ndërkohë që 21.5% e tyre u përgjigjën ‘nuk e di’.

4.2.1 Shfaqja për herë të parë e simptomave – periudha prodromale

51.6% e personave të grupit me psikozë, referuan që u janë shfaqur simptomat për herë të parë, prej 1-6 muajsh. 35.5% kishin më shumë se 6 muaj që kishin pasur shfaqje të simptomave për herë të parë, 7.5% më shumë se një vit dhe pjesa tjetër (N=5) kishin më pak se një muaj që referuan shfaqjen e simptomave të para.

Përsa I takon shqetësimeve në mendime, duket se mbizotëronin ‘interesa të reja, filozofike, religjioni, kulte’ (22.6%), ‘ide të dyshimta, paranoid ose refernece’ (20.4%), ‘ndjej që diçka nuk shkon’ (20.4%), ‘frikëra të pazakonshme’ (16.1%). (Fig. 4.14)

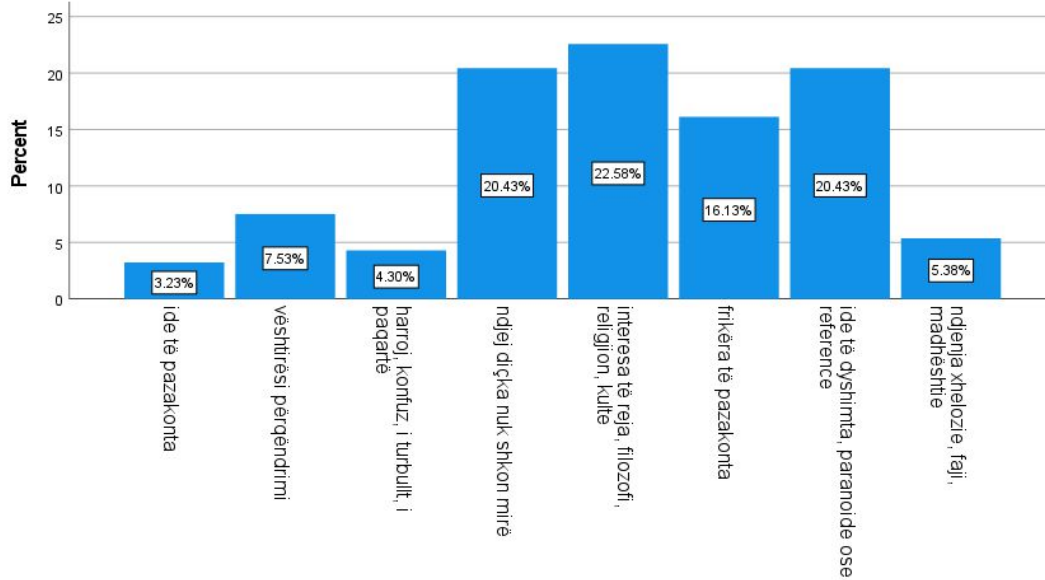


Figura 4.14. Shqetësimet e mendimit

Simptomat fillestare shqetësuese në lidhje me humorin kishin të bënin me ‘humor të ulur, tërheqje emocionale’ (26.9%), ‘ankth, tension, merak’ (22.6%), ‘luhatje humori (15.1%), ‘ndjesi boshllëku, irritueshmëri, I tensionuar’ (12.9%), ‘ndjesi lodhje, humbje energjie (10.8%), ‘ndjesi boshllëku’ (6.5%) dhe mendime suicidale (5.4%, N=5). (Fig. 4.15).

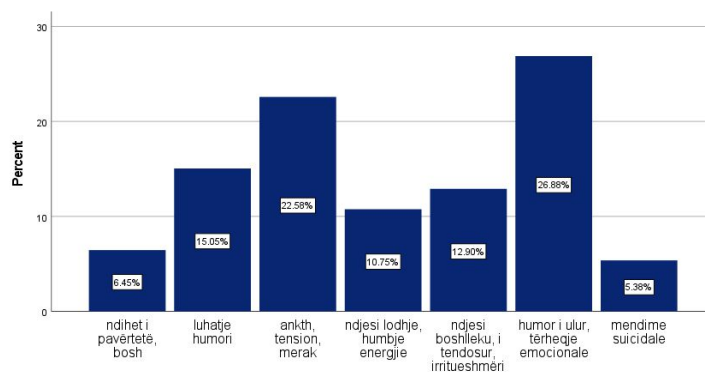


Figura 4.15. Shqetësimet e humorit

Perceptimi dominohej nga ‘derealizim, depersonalizim’ (36.6%) dhe ‘shtrembërimi perceptimi, iluzione’ (23.7%). (Fig. 4.16).

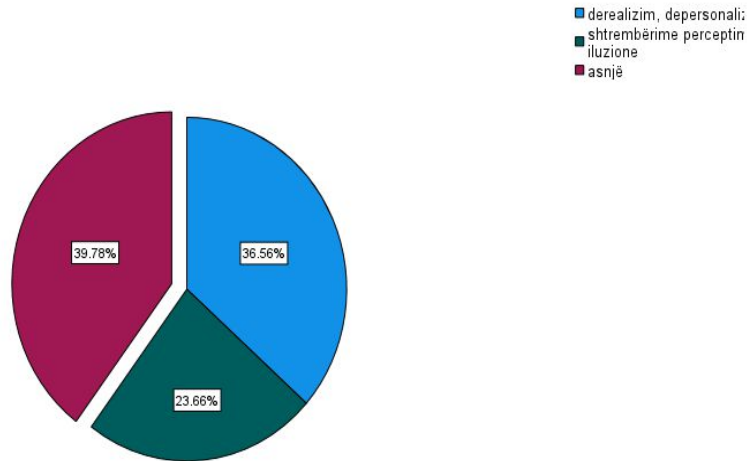


Figura 4.16. Shqetësimet e perceptimit

41.9% e grupit me psikoze referuan që fillimet I kishin me sjellje debatuese, ndërkohë që 32.3% kishin shfaqur shmangie nga njerëzit. Sjelljet e tjera më pak të shpeshta ishin paretaria, impulsiviteti etj. (Fig. 4.17)

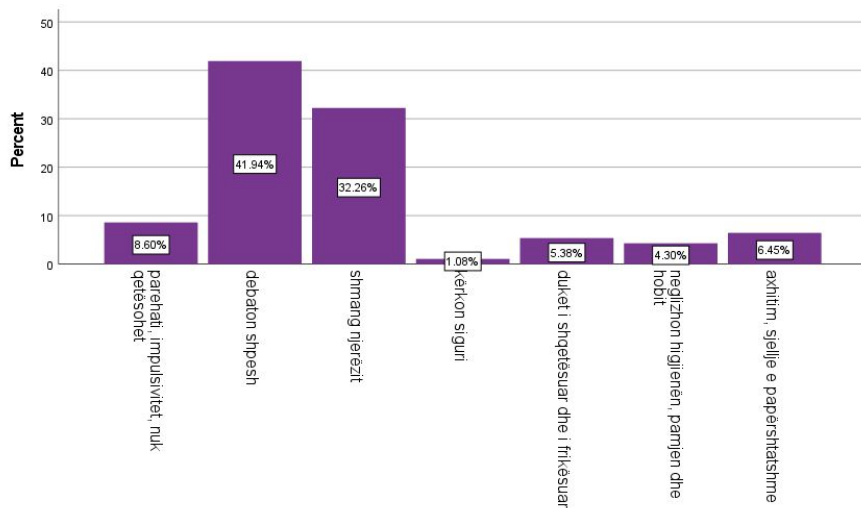


Figura 4.17. Shqetësimet e sjelljes

39.78% e grupit kishin deluzionet si simptomë të parë psikotike, pasuar me simptomatikën negative 22.58% të grupit, 16.3% referuan halucinacione. (Fig. 4.18).

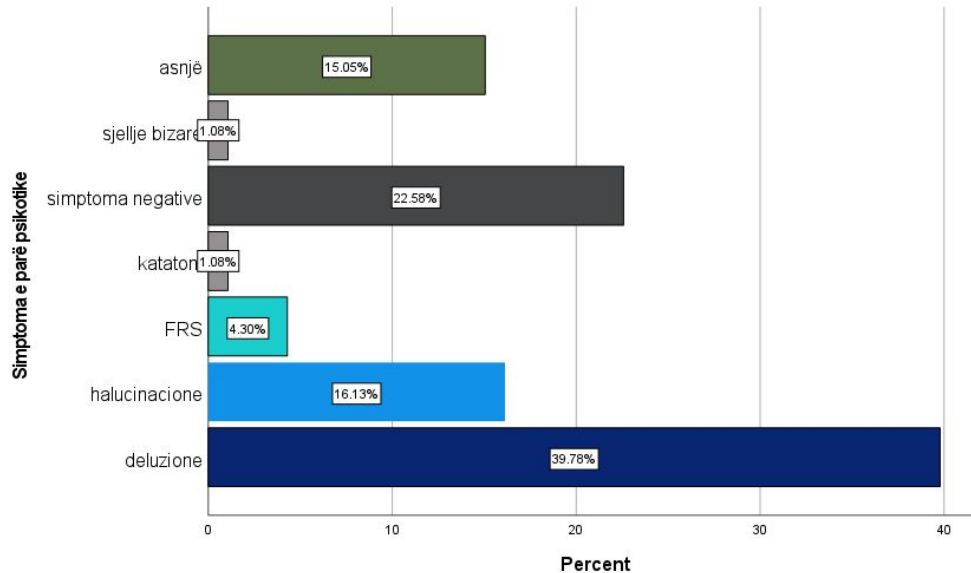


Figura 4.18. Simptoma e parë psikotike

Në tabelën më poshtë (4.5) janë të shfaqura simptomat e referuara nga pacientët në momentin e vlerësimit, ku afërsisht tre të katërtat e grupit kishin deluzione (73%), pasuar nga simptomatika negative (39.8%) dhe halucinacionet (29%).

Tabela 4.5. Simptomat e shfaqura në momentin e vlerësimit

Simptomatika në kohën e vlerësimit	Frekuencat (Nr.)	Perqindja (%)
Deluzione	68	73.1
Halucinacione	27	29.0
Simptomat e shkallës së parë	7	7.5
Katatori	0	0
Simptoma negative	37	39.8
Sjellje bizare	9	9.7

4.3 Grupi i kontrollit – Karakteristikat demografike

Në tabelën 4.6 paraqiten të përmbledhura karakteristikat sociodemografike.

Më shumë se gjysma e grupit të kontrollit (57.3%) I përkiste gjinisë femërore (Fig. 19), prej të cilëve 43.8% të martuar, 23.6% në bashkëjetesë, 15.7% ishin beqarë, 10.1% ishin të ve dhe pjesa e mbetur (6.7%) të divorcuar (Fig. 4.20).

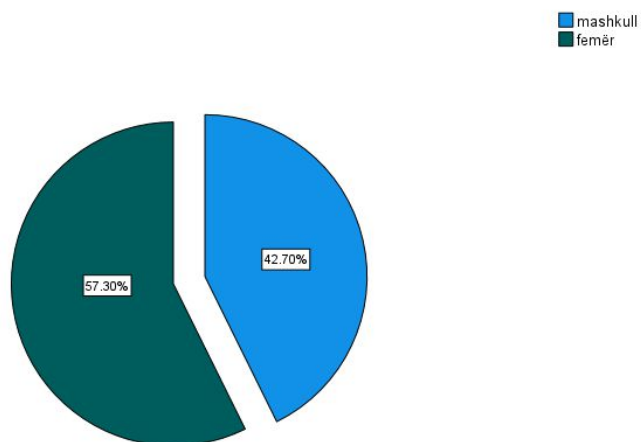


Figura 4.19. Gjinia e grupit të kontrollit

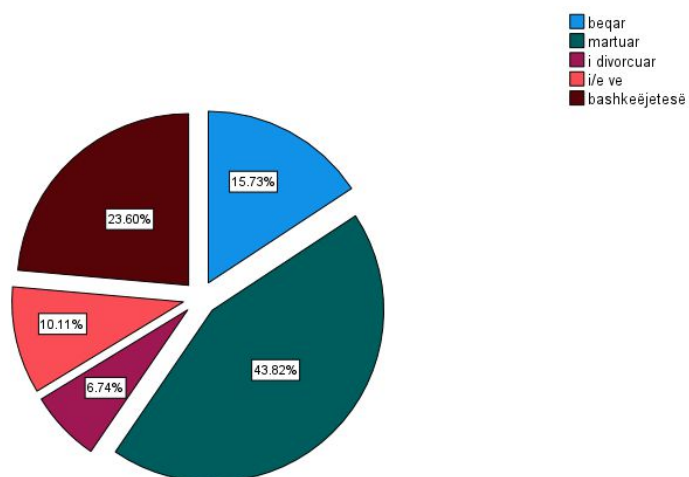


Figura 4.20. Grupi i kontrollit sipas gjendjes martesore

Mosha në vite rasteve ishte minimalja 21 vjeç (vetëm 2.2% e individëve) dhe maksimalja 56-61 vjeç (vetëm 4 persona). 55.06% e individëve i përkisnin grup moshës 30-39 vjeç, 25.84% grupmosha 18-29 vjeç, ndjekur nga 13.4% grupmosha 40-49 vjeç dhe 5.6% grupmosha 30-39 vjeç (Fig. 4.21).

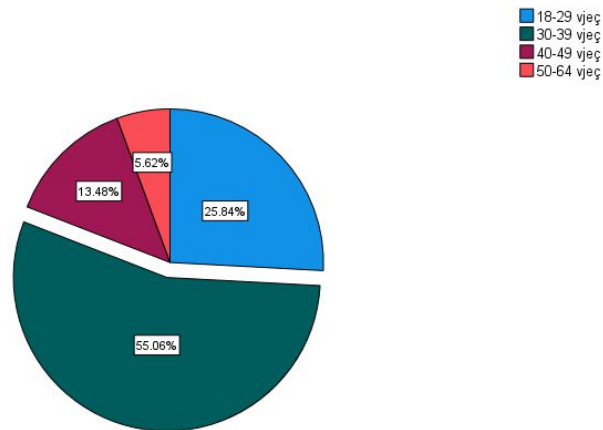


Figura 4.21. Grupi I kontrollit sipas grupmoshave

Mosha mesatare e Grupit me psikoze ishte 32 vjeç (SD = 8.15).

Tabela 4.6 Karakteristikat sociodemografike të Grupit të Kontrollit

Variablet demografike	Frekuencat (Nr.)	Perqindja (%)
Gjinia		
Mashkull	38	40.9
Femër	51	57.3
Gjendja civile		
Beqar	14	15.7
I martuar	39	43.8
I Divorcuar	6	6.7
I Ve	9	10.1
Bashkëjetesë	21	23.6
Mosha		
Minimale 21 vjeç	2	2.2
Maksimale 56-61 vjeç	4	4.3
Mesatare/mediane - 32 vjeç	13	14
Modalja 30 vjeç	17	18.3
Arsimimi		
Pa arsim	16	17.2
Tetëvjeçar	29	31.2
I mesëm	10	10.8
I lartë	20	21.5
Profesional	3	3.2
Pasuniversitar	11	11.8

32.6% e grupit të kontrollit ishin me arsim tetëvjeçar, 22.5% ishin me arsim të lartë, 18% rezultuan pa arsim, 12.4% përbëhej nga persona të cilët kishin mbaruar arsimin pasuniversitar, 11.2% arsimin e mesëm dhe 3.4% kishin mbaruar arsimin profesional. Sa I takon vendit të fundit në të cilin kishin emigruar, grupi I kontrollit rezultoi që 24.7% ishin në Gjermani, 22.5% në Itali, 16.9% në Greqi, 12.4% në Mbretërinë e Bashkuar, 10.1% në ShBA dhe 13.5% në shtete të tilla si Francë, Zvicër apo Belgjikë (Fig. 4.22).

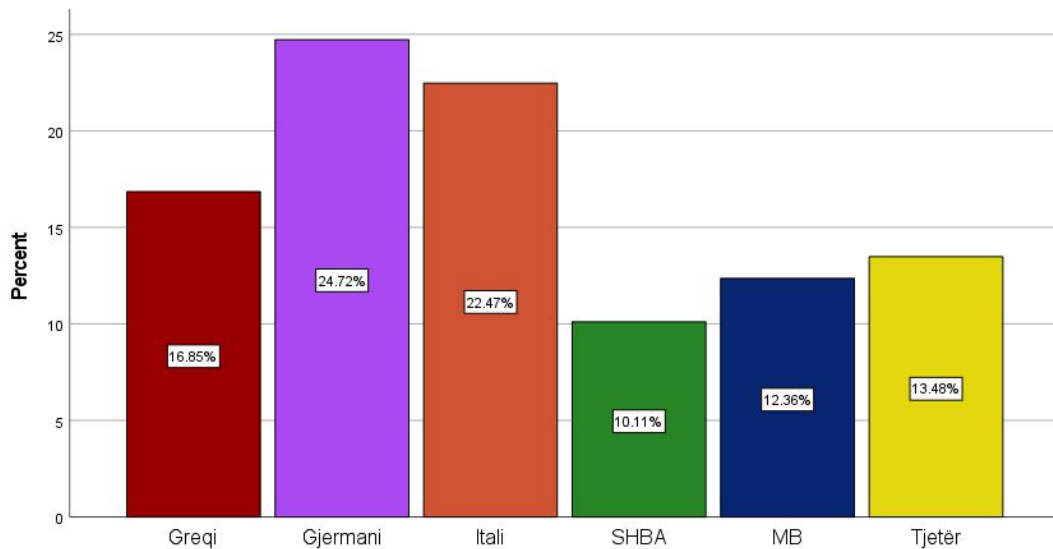


Figura 4.22. Vendi i fundit i emigrimit – Grupi i kontrollit

Më shumë se gjysma e grupit me psikozë (56.2%) kanë qenë emigrant vetëm në një nga shtetet e mësipërme, 24.7% kanë qenë në më shumë se dy shtete dhe pjesa tjetër në tre ose më shumë shtete.

4.3.1 Proçesi i paraemigrimit

Nëse i referohemi karakteristikave shoqërore të grupit të kontrollit përpara emigrimit, rezultoi si më poshtë:

34.8% e grupit kishin jetuar me prindërit përpara se të emigronin, 33.7% kishin jetuar me partnerin dhe fëmijët, 14.6% vetëm me partnerin, 6.7% kishin jetuar me fëmijët, pjesa tjetër kishin jetuar vetëm apo me familjarë të tjerë. Në total rezulton që 65.2% e grupit kishin jetuar përpara emigrimit me persona të tjerë përveç prindërve.

Situata financiare përpara largimit jashtë vendit, ishte shumë e keqe për 25.8% te individëve në grupin e kontrollit, jo e mirë për 28.1%, mesatare për 15.7%, 19.1% ishte mirë dhe 11.2% (N=10) kishin pasur situatë financiare shumë të mirë. 70.8% vinin nga familje prindërore me klasë sociale të dobët.

52.8% kishin qenë të papunë përpara largimit, 21.3% ishin student, 4.5% ishin me paaftësi fizike.

Përpara emigrimit, 18% kishin jetuar në Dibër, 15.7% në Lezhë, 14.6% në Shkodër, 11.2% në Elbasan, dhe në përqindje më të vogël vijnë prefekturat e tjera (Fig. 4.23). Në grafik nuk janë paraqitur Fieri dhe Vlora me N=1 secili).

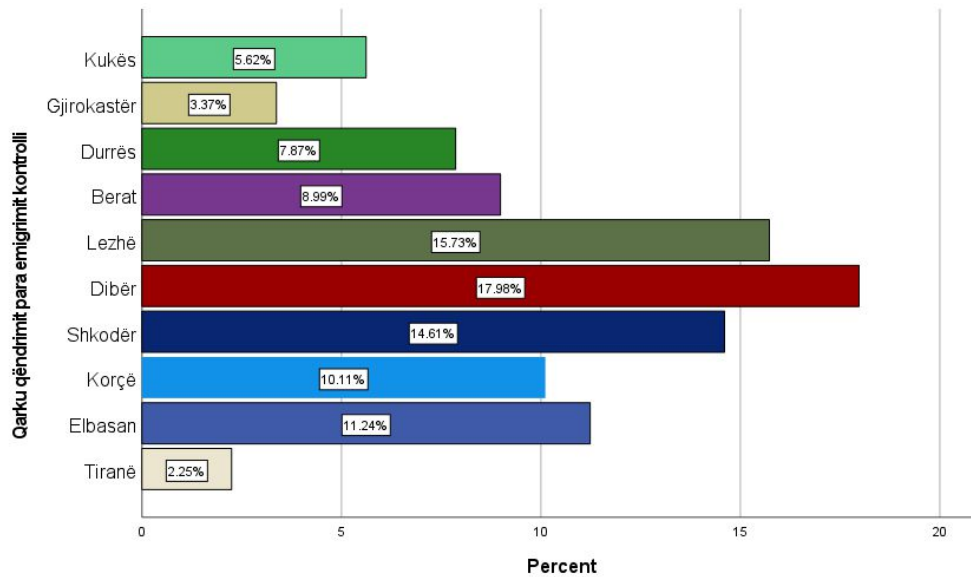


Figura 4.23. Qarku i qëndrimit përpara emigrimit – Grupi i kontrollit

Më shumë se gjysma e grupit të kontrollit (68.8%) kishte jetuar në fshat përpara se të emigronte.

Sa i takon strehimit të grupit të kontrollit, 51.7% kishin jetuar në apartamente, 23.6% në shtëpi me qera, 20.2% në shtëpi private (kryesisht ata që jetonin në fshat) dhe tjetër formë e jetesës (4.5%) (Fig. 4.24).

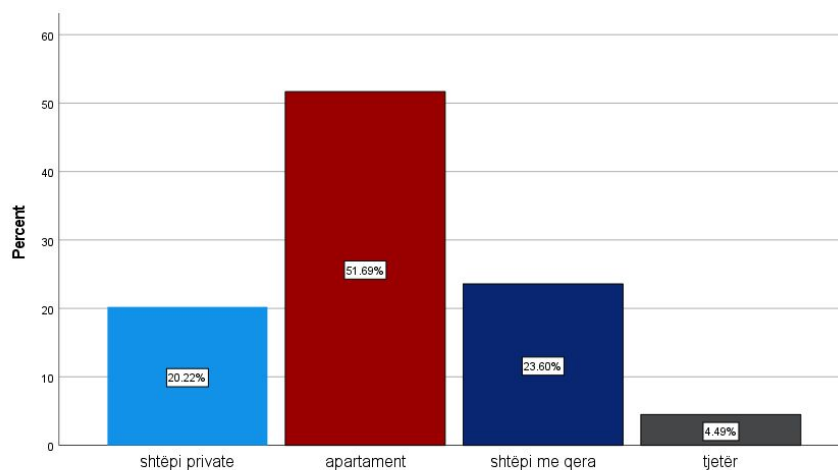


Figura 4.24. Strehimi përpara emigrimit – Grupi I kontrollit

4.3.2 Proçesi i emigracionit

Mosha minimale e emigrimit te grupi I kontrollit rezultoi të ishte 16 vjeç (N=1), 17 vjeç (7.9%), maksimalja 40 vjeç (N=1), ku mosha mesatare rezultoi 24 (SD = 3.4) dhe modalja ishte 20 vjeç, (SD = 5.24). vetëm 8.6% e grupit te kontrollit kishte qenë në një moshë më të vogël se 18 vjeç kur kishte emigruar (Fig. 4.25).

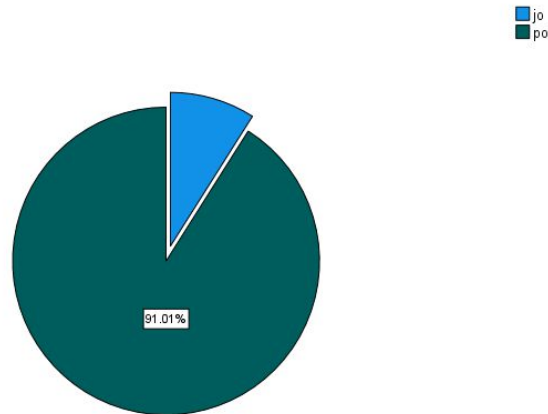


Figura 4.25. Kur emigruat ishit më i madh se 18 vjeç? – Grupi I kontrollit

Koha e kaluar ne emigracion, varion midis maksimales ‘më shumë se 5 vite’ deri në minimalen ‘dy vite’ (Fig. 4.25). Afërsisht 68.5% e grupit të kontrollit rezultuan të kishin qenë në emigracion mbi 5 vite, ku maksimalja ishte 25 vite. (Fig. 4.26).

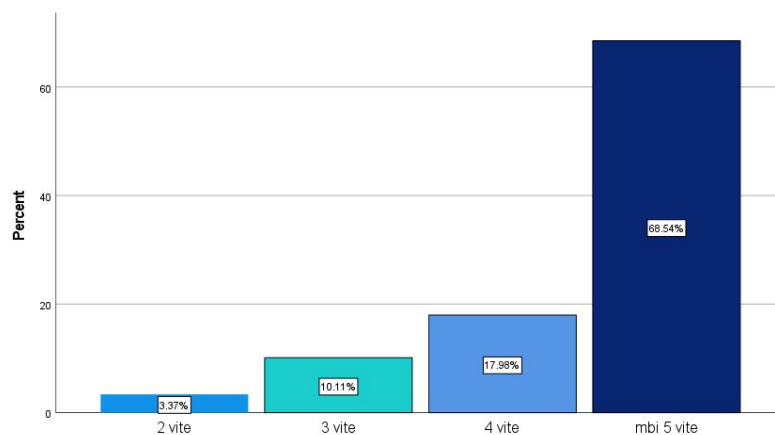


Figura 4.26. Koha e kaluar në emigracion (në vite) – Grupi i kontrollit

Papunësia ishte shkaku kryesor I emigrimit, afërsisht gjysma e grupit të kontrollit (49.4%), 36% ishte ‘për të ardhura më të mira’, 6.7% ishte për studime, martesë përbënte 5.6% të arsyeve dhe pjesa tjetër ishte për bashkim familjar (N = 2).

Më shumë se gjysma (61.8%) e grupit të kontrollit rezultoi që të kishte qenë me dokumentacion të rregullt emigracioni, dhe vetëm 18% e tyre kishin qenë të ndaluar/arrestuar të paktën një herë.

68.5% e grupit të kontrollit ishte kthyer në mënyrë vullnetare nga vendi ku ishte në emigracion, pjesa tjetër ishte kthyer me detyrim. 74% e tyre kanë planifikuar të qëndrojnë përfundimisht në Shqipëri.

4.3.3 Proçesi i pas emigrimit

28.1% e individëve të grupit të kontrollit kishin ardhur në Shqipëri një herë në vit, 25.8% kanë ardhur shpesh në Shqipëri, 24.7% nuk kishin ardhur asnjëherë në Shqipëri, 21.3% më pak se një herë në vit.

Elementët e integritimit shoqëror pas emigracionit rezultuan si më poshtë:

53.9% e grupit të kontrollit referuan që pozicioni i tyre i punës si dhe situata ekonomike ishte përmirësuar pas largimit nga Shqipëria, ndërkohë që 38.2% referuan përkeqësim të pozicionit të punës dhe të situatës ekonomike.

38.2% e grupit të kontrollit referuan që I kishin arritur pritshmëritë e tyre në lidhje me të ardhurat, 36% ishin pjesërisht të kënaqur me të ardhurat e rritura dhe pjesa tjetër ishin dobët ose të paarritura (Fig. 4.27).

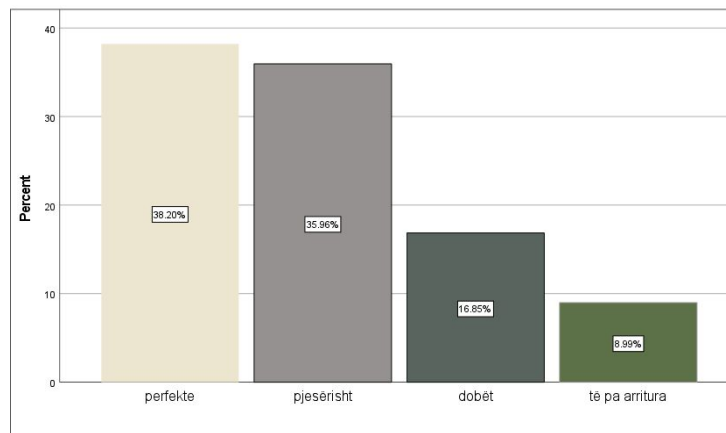


Figura 4.27. Pritshmëritë mbi punën – Grupi I kontrollit

Pritshmëritë në lidhje me shëndetin rezultuan të parealizuara: 18% referuan pritshmëri ta paarritura dhe dobët të arritura 48.3% (Fig. 4.28). Të realizuara ishin 31.5% (pjesërisht) dhe perfekte N = 2.

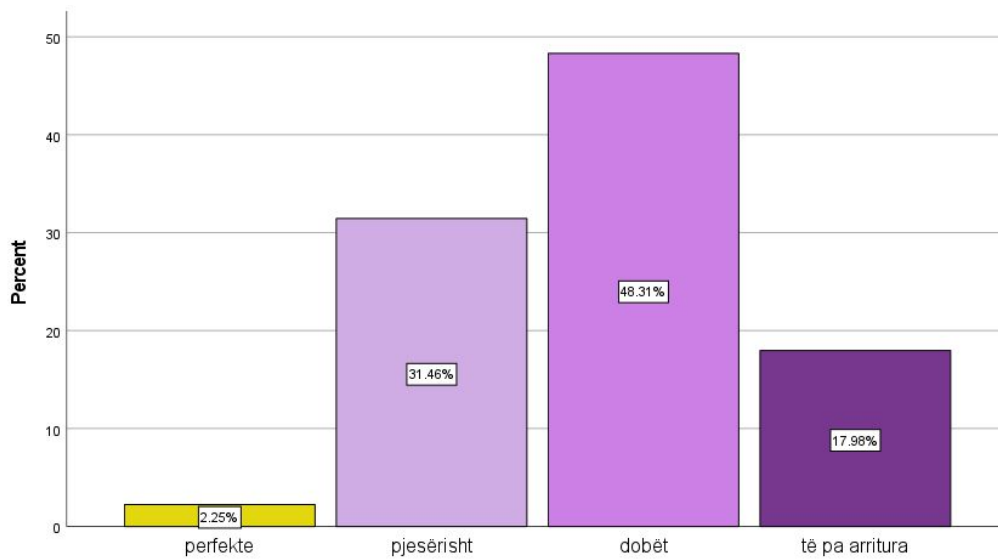


Figura 4.28. Pritshmëritë mbi shëndetin – Grupi I kontrollit

Pritshmëritë në lidhje me shoqërinë rezultuan të papërmbyshura ose dobët për 44.9% të grupit dhe pjesërisht/perfekte pjesa e mbetur (Fig. 4.29).

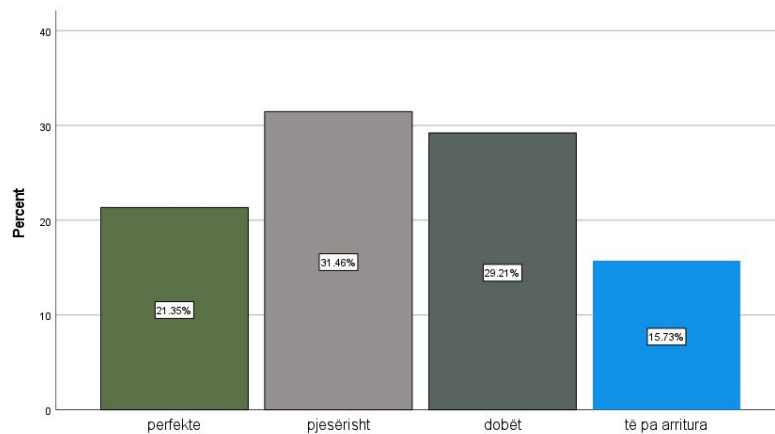


Figura 4.29. Pritshmëritë mbi shoqërinë – Grupi i kontrollit

Pyetjes nëse kishin abuzuar me substanca, nuk iu përgjigj 12.4% e grupit të kontrollit. Ndërkohë që 24.7% pohuan që kishin përdorur ose abuzuar me substance dhe 62.9% e mohuan përdorimin e substancave (tab. 4.7)

Tabela 4.7. A keni abuzuar me substanca? Grupi i kontrollit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	jo	56	60.2	62.9	62.9
	po	22	23.7	24.7	87.6
	missing	11	11.8	12.4	100.0
	Total	89	95.7	100.0	
Missing System		4	4.3		
Total		93	100.0		

Më shumë se gjysma e grupit të kontrollit (51.7%) e njihnin gjuhën e vendit ku kishin qenë emigrant.

Vetëm 14% e grupit të kontrollit referuan që kishin një pjesëtar të familjes me crregullime të shëndetit mendor.

4.4. Korrelacionet midis grupeve

4.4.1. Karakteristikat e grupeve

Grupi me psikozë ndryshon në mënyrë domethënëse statistikore (64 meshkuj (56.7%) kundrejt 47 meshkuj (52.8%) $p < 0.02$) me grupin e kontrollit (tab. 4.8), sa I takon gjinisë. Siç shihet, te grupi me psikozë dominon gjinia mashkull.

Tabela 4.8. Shpërndarja e gjinisë midis dy grupeve të studimit

Cili grup i studimit është?	Grupi me psikozë	Count	Gjinia		Total
			mashkull	femër	
Cili grup i studimit është?	Grupi me psikozë	Count	64	29	93
		Expected Count	56.7	36.3	93.0
		% within Cili grup i studimit është?	68.8%	31.2%	100.0%
		% within Gjinia kontrolli	57.7%	40.8%	51.1%
		% of Total	35.2%	15.9%	51.1%
	Grupi i kontrollit	Count	47	42	89
		Expected Count	54.3	34.7	89.0
		% within Cili grup i studimit është?	52.8%	47.2%	100.0%
		% within Gjinia kontrolli	42.3%	59.2%	48.9%
		% of Total	25.8%	23.1%	48.9%
Total	Count	111	71	182	
	Expected Count	111.0	71.0	182.0	
	% within Cili grup i studimit është?	61.0%	39.0%	100.0%	
	% within Gjinia kontrolli	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	61.0%	39.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.898 ^a	1	.027		
Continuity Correction ^b	4.249	1	.039		
Likelihood Ratio	4.920	1	.027		
Fisher's Exact Test				.033	.020
Linear-by-Linear Association	4.871	1	.027		
N of Valid Cases	182				

Tabela më poshtë (4.9) jep të dhëna përshkruese të përgjithshme, të dy grupeve të studimit përsa i përket moshës kronologjike, numrit të vendeve të emigrimit, moshës së kohën e emigrimit, kohëzgjatjen e periudhës së emigrimit, etj...

Tabela 4.9. Karakteristikat e përgjithshme midis dy grupeve

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Mosha në vite rastet	93	20.00	40.00	26.5591	5.02918
Numri i vendeve të emigrimit	93	1.00	3.00	1.5914	.69527
Sa vjec ke qene kur ke emigruar?	93	10.00	28.00	16.3763	3.48885
Koha në emigracion	93	2.00	5.00	4.4516	.91504
Sa herë keni ardhur në Shqipëri?	93	1.00	4.00	3.4086	.71073
Mosha në vite kontrolli	89	21.00	61.00	34.0674	8.15726
Numri i vendeve të emigrimit kontrolli	89	1.00	3.00	1.6292	.78887
Sa vjec ke qene kur ke emigruar? kontrolli	89	16.00	40.00	24.0787	5.24453
Koha në emigracion kontrolli	89	2.00	5.00	4.5169	.81342
Valid N (listwise)	89				

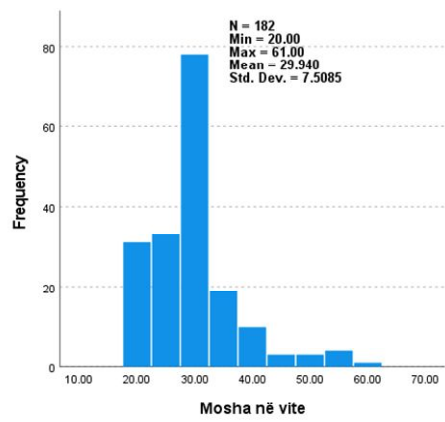
Tabela 4.10. Mosha në vite për të dy grupet

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig. ^{a,b}	Decision
1	The distribution of Mosha në vite kontrolli is the same across categories of Cili grup i studimit është?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	<.001	Reject the null hypothesis.

a. The significance level is .050.

b. Asymptotic significance is displayed.

Ndryshimi midis moshës në vite, duke përdorur testin jo parametric Mann-Whitney U Test, sa I takon dy grupeve të studimit, është statistikisht I rëndësishëm, (tab. 4.10), ($p < 0.001$), ku mesatarja (mediana) (fig. 4.30) e moshës për të dy grupet është 29.9 (SD = 7.5), me një minimum moshe 20 dhe maksimum 61 vjec. Grupi me psikozë është me moshë mesatare më të re se grupi I kontrollit.



Independent-Samples Mann-Whitney U Test

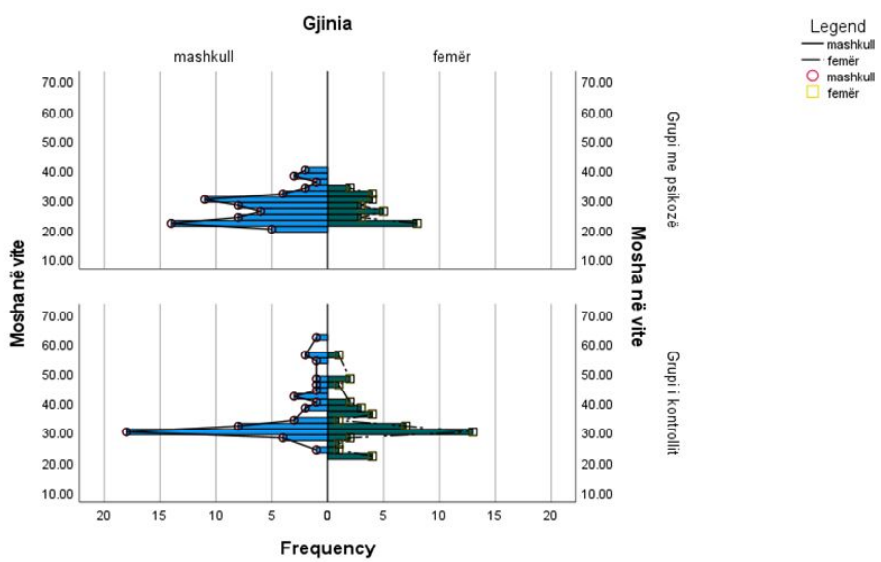
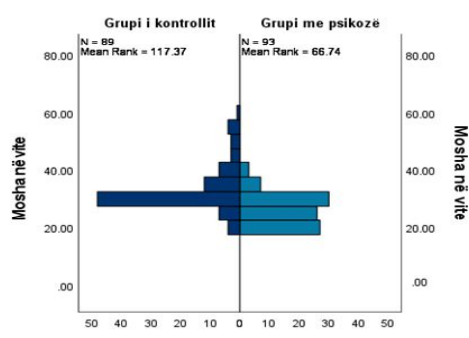


Figura 4.30. Shpërndarja e moshës dhe gjinisë për të dy grupet

Po ashtu, grupi me psikoze kishte ndryshim domethenes statistikor ($p < 0.001$) sa i takon vendbanimit te perpara emigrimit, qytet apo fshat (fig. 4.31).

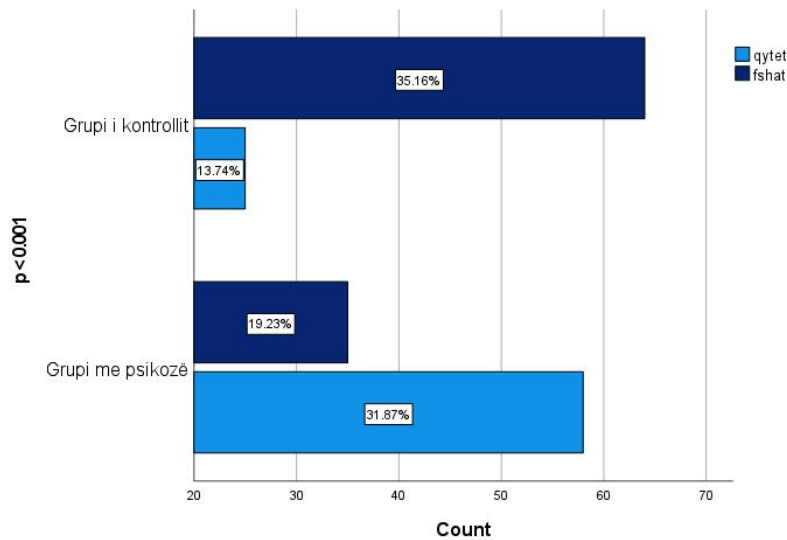


Figura 4.31. Cili grup I studimit eshte * Vendbanimi

Nepermjet korrelacionit Pearson, rezulton nje ndryshim statistikor I rendesishem ($p < 0.001$) midis dy grupeve, sa i takon faktorit social te jeteses perpara emigrimit, ku me shume se gjysma e grupit me psikoze kishte jetuar me prinderit perpara se te emigronte, ne krahasim me grupin e kontrollit, ku nje e treta kishte jetuar me prinderit (tab. 4.11).

Tabela 4.11. Korrelacioni ‘Me ke keni jetuar para emigrimit’

Correlations			
		Me ke keni jetuar ne Shqipëri para emigrimit	Me ke keni jetuar ne Shqipëri para emigrimit kontrolli
Me ke keni jetuar ne Shqipëri para emigrimit	Pearson Correlation	1	.502**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	93	89
Me ke keni jetuar ne Shqipëri para emigrimit kontrolli	Pearson Correlation	.502**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	89	89

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Dy grupet e studimit ndryshonin në mënyrë domethënëse statistikore sa I takonte qarkut të qëndrimit përpara emigrimit (Pearson chi square, $p < 0.005$), (fig. 4.32). Te grupi me psikozë dominonin qarku u Tiranës, Fier dhe Kukës. Individët të grupi I kontrollit kishin jetuar një pjesë më e madhe në Elbasan, Shkodër, Dibër, Lezhë, Berat dhe Durrës.

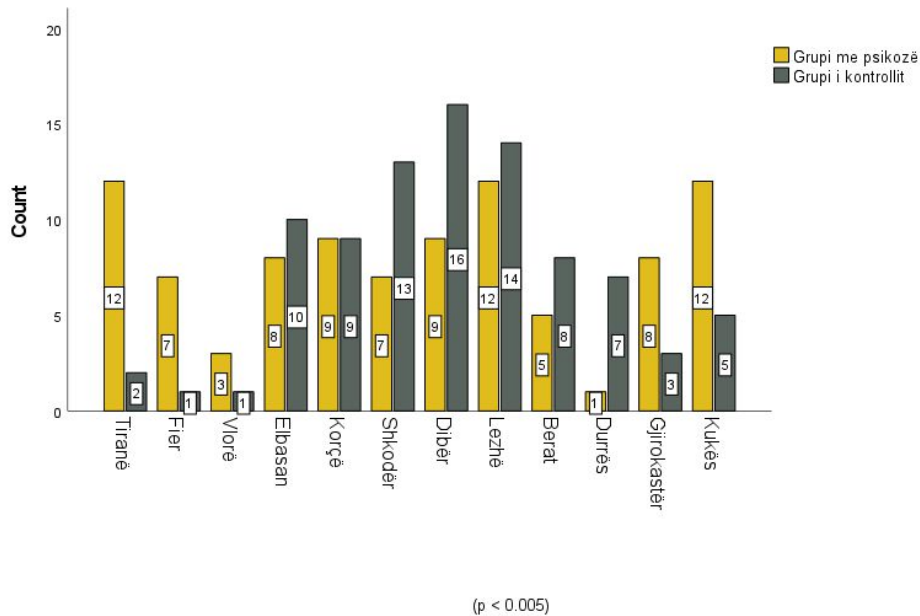


Figura 4.32. Qarku I qëndrimit përpara emigrimit * grupet e studimit

Grupi me psikozë ndryshonte në mënyrë domethënëse statistikore në krahasim me grupin e kontrollit, sa I takonte nivelit arsimor ($p < 0.001$) (fig. 4.33). Te grupi me psikozë (tab. 4.12) 46 individë ishin me arsim të mesëm dhe 20 me arsim të lartë.

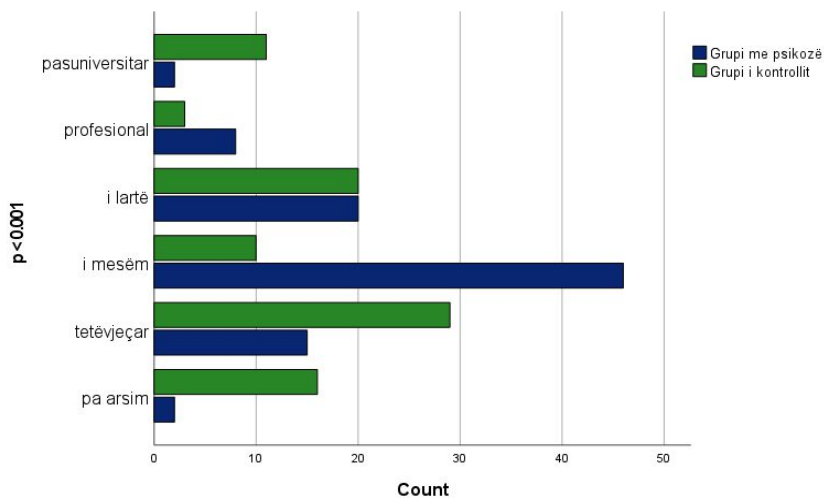


Figura 4.33. Niveli arsimor midis grupeve

Tabela 4.12. Niveli arsimor te grupet e studimit

Niveli arsimor * Cili grup i studimit është?					
			Grupi me psikozë	Grupi i kontrollit	Total
Niveli arsimor kontrolli	pa arsim	Count	2	16	18
		% within Niveli arsimor	11.1%	88.9%	100.0%
	tetëvjeçar	Count	15	29	44
		% within Niveli arsimor	34.1%	65.9%	100.0%
	i mesëm	Count	46	10	56
		% within Niveli arsimor	82.1%	17.9%	100.0%
	i lartë	Count	20	20	40
		% within Niveli arsimor	50.0%	50.0%	100.0%
	profesional	Count	8	3	11
		% within Niveli arsimor	72.7%	27.3%	100.0%
	pasuniversitar	Count	2	11	13
		% within Niveli arsimor	15.4%	84.6%	100.0%
Total		Count	93	89	182
		% within Niveli arsimor	51.1%	48.9%	100.0%

Sa I takon grupit me psikozë, 'Numri i vendeve të emigrimit' ka një lidhje negative domethënëse statistikore në lidhje me 'Moshën në vite' (ANOVA, $P \leq .004$), ndërkohë që në grupin e kontrollit nuk ka një lidhje domethënëse statistikore. (ANOVA, $P \leq .07$).

Shteti i fundit ku ka qenë në emigrim, ka ndryshim domethënës statistikor midis grupeve, sipas Pearson chi square test ($P < 0.001$). Kështu grupi me psikozë dominon sa I takon shteteve Greqi, Ital dhe Mbretëria e Bashkuar (fig. 4.34).

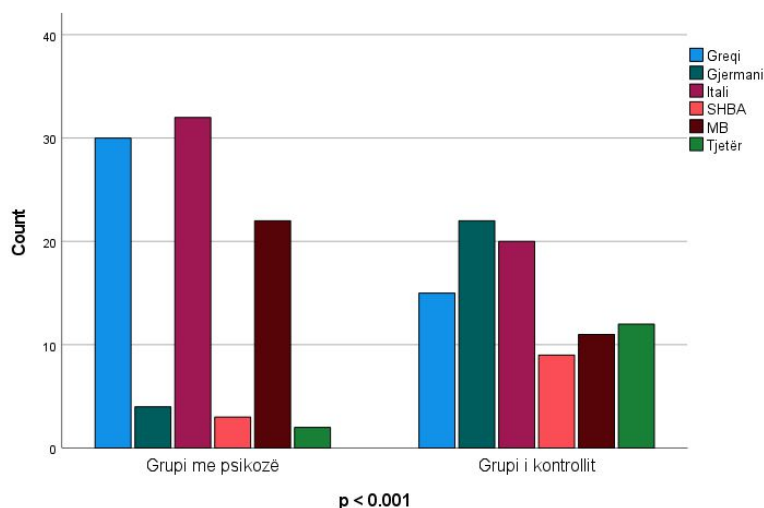


Figura 4.34. Shteti i fundit i emigrimit në lidhje me grupet e studimit

Nëpërmjet Pearson chi square tests, rezultoi që nuk kishte ndryshim domethënës statistikor nëse e njihnin apo jo gjuhën e vendit ku kishin qenë emigrant dhe grupit me psikozë ose jo (tab. 4.13).

Tabela 4.13. A e njihnit gjuhën e vendit të emigrimit * Cili grup I studimit është

		Grupi me psikozë		Grupi i kontrollit		Total	
		N	%	N	%	N	%
A e njihnit gjuhën e vendit ku kishit emigruar? kontrolli	jo	37	39.8%	43	48.3%	80	44.0%
	po	56	60.2%	46	51.7%	102	56.0%
Total		93	100.0%	89	100.0%	182	100.0%

Ndryshim domethënës statistikor kishte sa i takonte përdorimit të substancave midis dy grupeve ($p < 0.001$) (fig. 4.35), ku grupi me psikozë kishte përdorim më të lartë të substancave dhe shkallë më të lartë të mos përgjigjes ndaj kësaj pyetje.

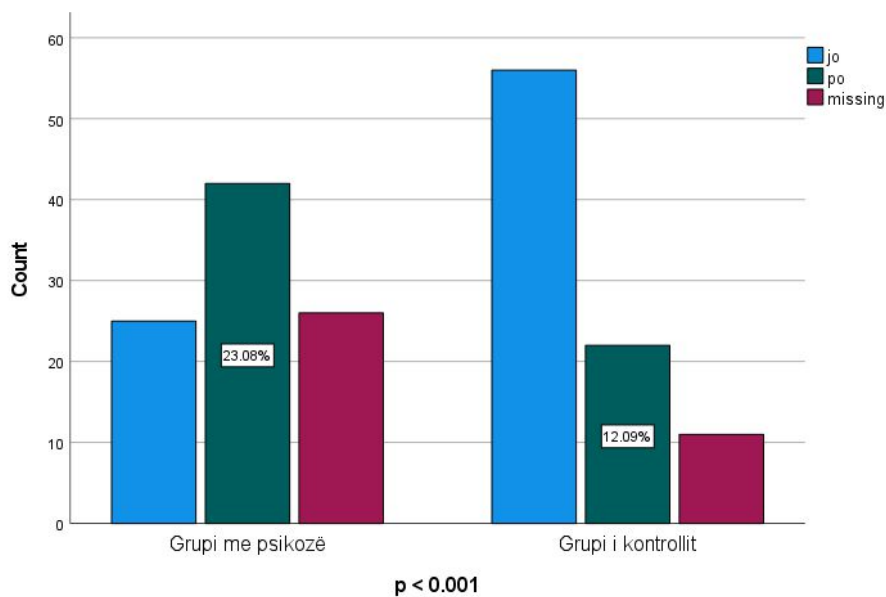
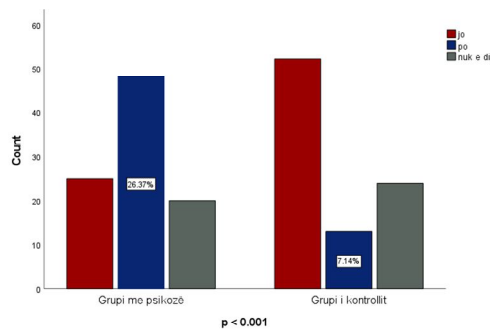


Figura 4.35. A keni përdorur substanca gjatë kohës së emigrimit * grupet e studimit



	jo	po	nuk e di
Grupi me psikoze	25	48	20
Grupi i kontrollit	52	13	24

Figura 4.36. A keni njeri në familje me Çrregullime të Shëndetit Mendor? * Grupet e studimit

Grupi me psikoze ndryshon statistikisht në mënyrë domethënëse nga grupi i kontrollit ($p < 0.001$) në përgjigjen ndaj pyetjes ‘A keni njeri në familje me Çrregullime të Shëndetit Mendor?’ (fig. 4.36). Ndërkohë që te të dy grupet kemi një përqindje të madhe të mos përgjigjes ndaj kësaj pyetje, port te grupi i kontrollit mospërgjigja është më e lartë.

4.4.2. Lidhja e simptomave me faktorët e ndryshëm

Nuk ka ndryshim statistikor domethënës sa i takon arsyes së kthimit dhe llojit të Çrregullimit psikotik, por arsyeja kryesore për të gjithë Çrregullimet, në përqindjen më të madhe është ‘kthimi i detyruar’ (87.5% Çrregullimi skizoafektiv, 75% Skizofrenia, 60.8% Çrregullimi delusional, 50% Çrregullimi skizofreniform, 40% Çrregullimi psikotik i shkurtër).

Nga testi Pearson chi square, rezultoi që Çrregullimi skizofreniform (66.7% e këtij grupi) është në një lidhje domethënëse statistikore me përdorimin e substancave ($p = 0.05$), krahasuar me çrregullimet e tjera. Më pas vazhdon Skizofrenia (62.5% e këtij grupi) referuan që kishin përdorur substanca, pasuar nga Çrregullimi deluzional (41.2% e këtij grupi). Shkallën më të lartë të refuzimit për t’u përgjigjur e kanë Çrregullimi deluzional (27.5%) pasuar nga Skizofrenia (25%). Çrregullimi skizoafektiv ka ndryshim domethënës statistikor ($p=0.05$) në krahasim me grupet e tjera (75% e këtij grupi), në mos përdorimin e substancave (fig.4.37).

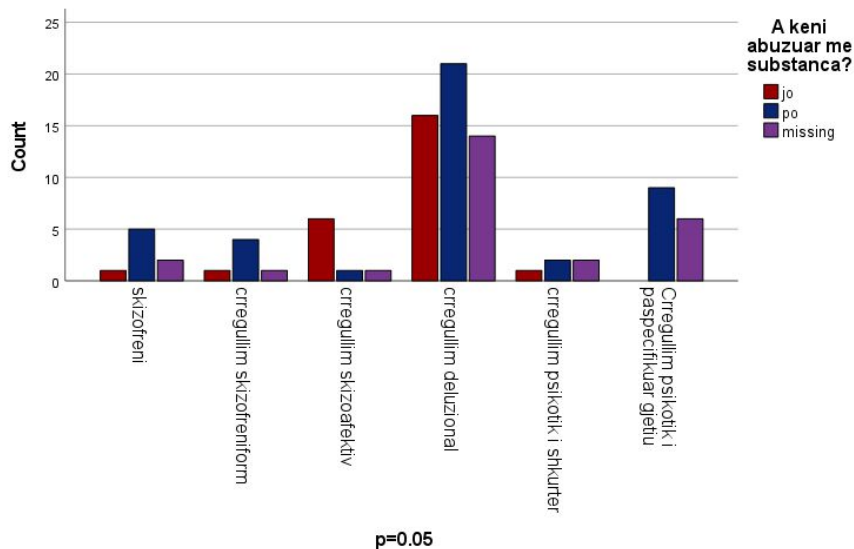


Figura 4.37. Abuzimi me substanca sipas çrregullimeve

83.3% e grupit me Çrregullim skizofreniform pohoi të kishte një njeri në familje me çrregullim të shëndetit mendor, pasuar nga 80 % e atyre me Çrregullim psikotik të shkurtër, me më shumë se gjysma (54.9%) e grupit me Çrregullim deluzional, 25% e atyre me skizofreni dhe 12.5% e atyre me Çrregullim skizoafektiv. Këta të fundit kishin edhe shakllën më të lartë (62.5%) të përgjigjes ‘nuk e di’.

Me një ndryshim domethënës statistikor (Pearson, $p < 0.001$), dallon edhe koha e shfaqjes së simptomave të para midis çrregullimeve, ku dallon Skizofrenia, me 75% të këtij grupi shfaqjen e simptomave e ka 6 muaj deri në një vit, ndërkohë që çrregullimi skizofreniform (66.7%) dhe çrregullimi deluzional (60.8%) e kanë shfaqjen e simptomeve të para 1-6 muaj përpara këtij vlerësimi.

Nuk rezultoi të ketë ndonjë dallim midis çrregullimeve dhe përkatësisë së klasës sociale të prindërve, por për të gjitha çrregullimet, përqindja më e madhe rezultuan të jenë nga familje me status shoqëror ‘klasë punëtore/pa punë’.

Po ashtu nuk rezultoi të kishte ndryshime statistikore sa i takon indeksit të dizavantazhit shoqëror para dhe pas emigrimit, indeksit të ngjarjeve gjatë emigrimit, arritjeve të pritshmërive dhe çrregullimeve më vete. Në total këto indekse janë të larta njëjloj për të gjithë grupin e psikozave.

4.4.3. Proçesi i tre fazave të emigrimit

Dy grupet e studimit kishin një ndryshim domethënës statistikor në lidhje me të pasurit ose jo të dokumenteve të rregullta të emigrimit ($p < 0.005$). 59.1% (N = 55) e grupit me psikozë nuk kishin qenë të pajisur me dokumente të rregullt krahasuar me 38.2% (N = 34) e grupit të kontrollit.

Koha në emigracion ka një ndryshim domethënës statistikor midis dy grupeve ($p < 0.001$), ku më shumë se gjysma e grupit me psikozë (70%, N = 65) kishin jetuar më shumë se pesë vite, krahasuar me N=33 të grupit të kontrollit. Gjysma e grupit të kontrollit (50.6%, N = 45) kishin tre vite në emigracion, krahasuar me N = 15 nga grupi me psikozë.

Arsyeja e kthimit në Shqipëri ndryshonte po ashtu në mënyrë domethënëse statistikore, midis grupeve të studimit ($p < 0.001$). 61.3% e grupit me psikoze ($N = 57$) ishin kthyer me detyrim, përballë 33.7% ($N = 30$).

62.4% ($N = 58$) e personave të grupit me psikoze referuan që e mendonin kthimin përsëri në vendin e emigrimit, duke ndryshuar në mënyrë statistikore domethënëse ($p < 0.005$) me grupin e kontrollit 41.6% ($N = 37$).

4.4.4. Indeksi I dizavantazhit shoqëror përpara emigrimit

Të dy grupet rezultuan pa ndonjë domethënie statistikore të rëndësishme sa I takon klasës sociale të familjes prindërore, përpara se ata të emigronin. Pjesa më e madhe e tyre kishin jetuar me prindërit, pasuar nga ata me jetesë të përbashkët me partnerin dhe fëmijët.

Po ashtu, të dy grupet nuk ndryshonin edhe në përkatësinë e klasës sociale të prindërve dhe situatës financiare. Pjesa më e madhe e individëve vinin nga klasë e ulët sociale (79.6% psikoza vs 70.8% kontrolli) dhe me situatë financiare jo të mirë/shumë të keqe, përpara largimit nga Shqipëria (61.3% psikoza vs 53.9% kontrolli).

Individët te grupi me psikoze kishte më shumë të ngjarë që të kishin qenë ta papunë, para emigrimit (51 (54.8%) kundrejt 47 (52.8%) $p < 0.009$), ndërkohë që te grupi I kontrollit kishte më shumë mundësi të kishin qenë studentë (7 (7.5%) kundrejt 19 (21.3%) $p < 0.009$) (fig.38).

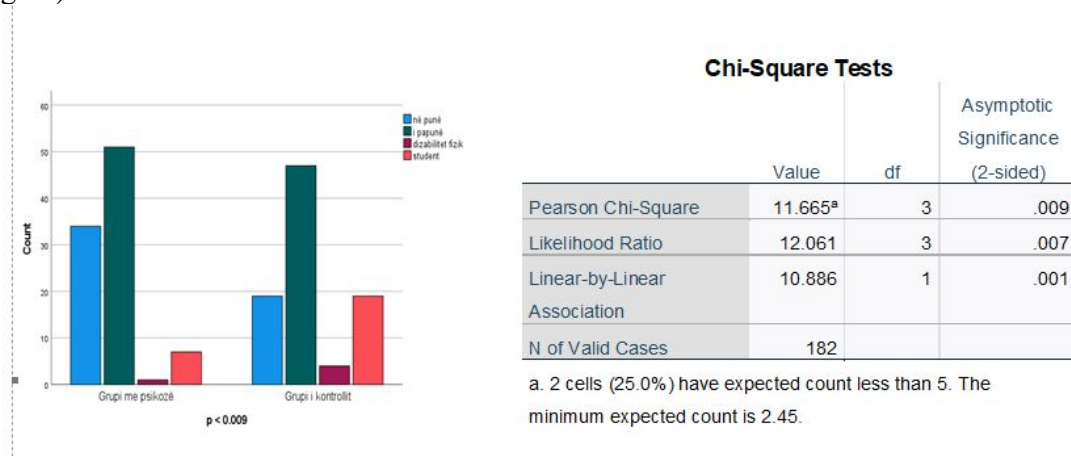


Figura 4.38. Punësimi përpara emigrimit * grupet e studimit

Individët me psikoze rezultuan, që përpara emigrimit, të ishin më shumë beqarë dhe të divorcuar, me një ndryshim statistikor domethënës (fig. 4.39), krahasuar me grupin e kontrollit, (43(46.2%) kundrejt 14 (15.7%) dhe 20 (21.5%) kundrejt 6 (6.7%), $p < 0.001$), ndërkohë që individët nga grupi I kontrollit rezultuan të jenë më shumë të martuar ose në bashkëjetesë me një ndryshim statistikor të dukshëm (39 (43.8%) kundrejt 18 (19.4%) dhe 21 (23.6%) kundrejt 6 (6.5%), $p < 0.001$).

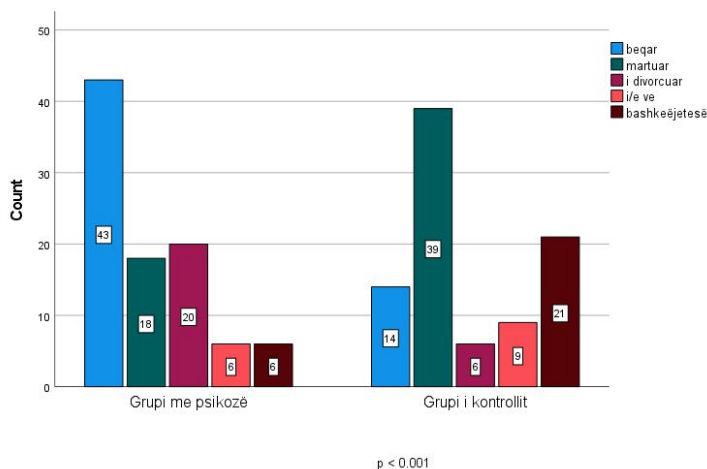
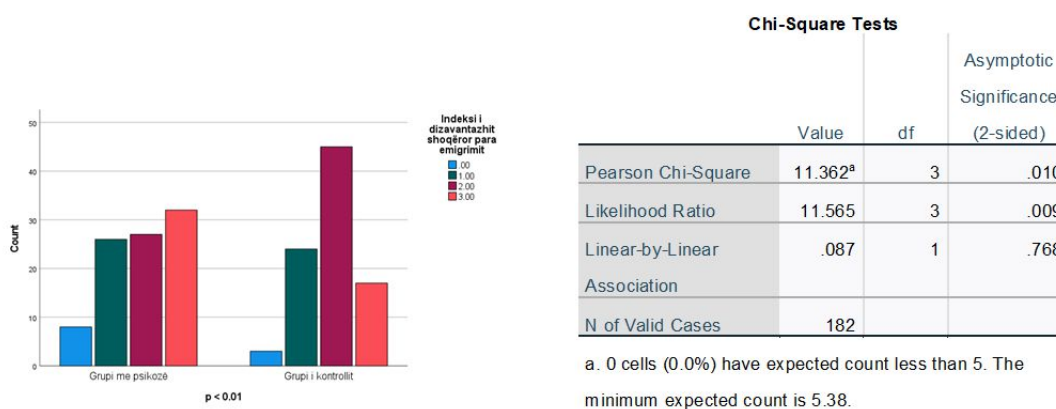


Figura 4.39. Gjendja civile përpara emigrimit midis grupeve

Indeksi i dizavantazhit shoqëror përpara emigrimit, në total, rezultoi të jetë në një lidhje statistikore domethënëse ($p \leq 0.01$), sa I takon grupeve me psikozë ose jo. 34.4% 3 grupit me psikozë kishin pikëzim të lartë në këtë indeks, krahasuar me 19% të grupit të kontrollit. Më shumë së gjysma e grupit të kontrollit (50.6%) kishte pikëzim mesatar në këtë indeks, ndërkohë që grupi me psikozë ishte 37.5% (fig. 4.40).



	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.362 ^a	3	.010
Likelihood Ratio	11.565	3	.009
Linear-by-Linear Association	.087	1	.768
N of Valid Cases	182		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.38.

Figura 4.40. Indeksi I dizavantazhit shoqëror para emigrimit dhe psikoza

4.4.5. Indeksi i ngjarjeve gjatë emigrimit

Individët te grupi me psikozë rezultuan që të kishin emigruar, në një domethënie të dukshme statistikore në lidhje me grupin e kontrollit (fig. 4.41), në përqindje më të madhe në moshën përpara 18 vjeç (59 (63.4%) kundrejt 24 (27%), $p < 0.001$).

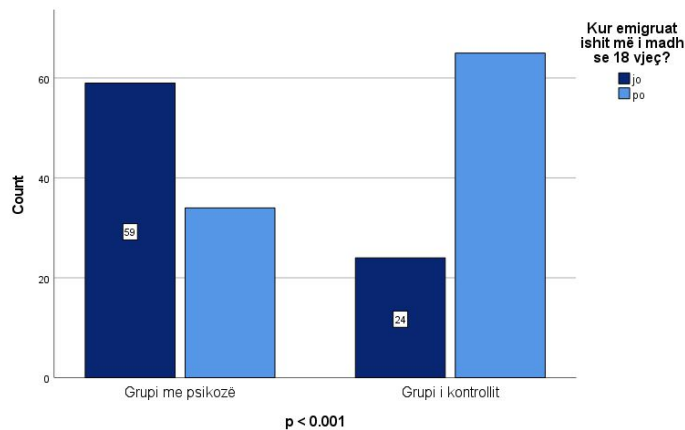


Figura 4.41. Kur emigruat ishit më I madh se 18 vjeç? – Grupet e studimit

Më shumë se gjysma e grupit me psikozë (52.7%, $N = 49$) nuk kishin ardhur asnjëherë në Shqipëri, ndërkohë që në mënyrë domethënëse statistikore ($p < 0.001$), grupi I kontrollit rezultoi të ishte në përqindje më të vogël (23.6%, $N = 21$) ndaj kësaj pyetje.

Me një domethënie statistikore të lartë ($p < 0.001$) rezultoi të ishte dallimi midis grupeve sa I takon ndalimit (arrestimit etj) në vendet e emigrimit. 65.6% ($N = 61$) e individëve të grupit me psikozë kishin qenë të ndaluar gjatë kohës në emigrim, dalluar me 18% ($N = 16$) të grupit të kontrollit (fig. 4.42).

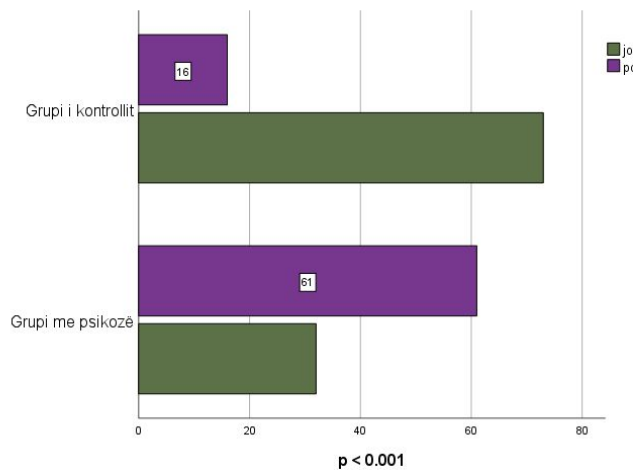


Figura 4.42. A keni qenë të ndaluar ndonjëherë gjatë kohës së emigrimit? * grupet e studimit

Pikëzimin më të ulët, sa u takon ngjarjeve/fatkeqësive të kohës në emigrim, e ka grupi me psikozë (56%, $N = 51$ vs $N = 40$), por nuk rezultoi të kishtë ndonjë dallim statistikor domethënës ($p = 0.34$) midis dy grupeve, në lidhje me indeksin e ngjarjeve gjatë emigrimit (fig. 4.43) në total.

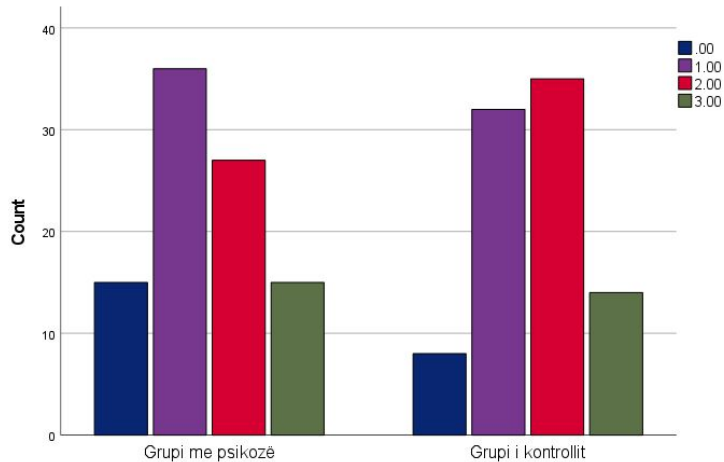


Figura 4.43. Indeksi i ngjarjeve gjatë emigrimit dhe psikoza

4.4.6. Indeksi i dizavantazhit shoqëror pas emigrimit

82.8% (N=77) e grupit me psikozë nuk kanë qenë në një marrëdhënie të zgjatur martesore/bashkëjetese në pesë vitet e fundit, duke ndryshuar me domethënie statistike të lartë ($p < 0.001$) me grupin e kontrollit (53.9% (N=48)).

Në ndryshim domethënës statistikor qëndron edhe punësimi në pesë vitet e fundit të emigrimit ($p < 0.001$). 64.5% (N = 60) e grupit me psikozë nuk kishin qenë të punësuar pesë vitet e fundit, në krahasim 31.5% (N = 28) e grupit të kontrollit.

Po kështu, grupet ndryshojnë më domethënie statistike të dukshme ($P < 0.001$) edhe sa i takon të pasurit shoqëri në vendin e emigrimit. Pothuaj gjithë grupi me psikozë (95.7%, N = 89) referuan që nuk kishin shoqëri në vendin e emigrimit, krahasur me grupin e kontrollit, të cilët ishin 75.3% (N = 67) e këtij grupi (fig. 4.44).

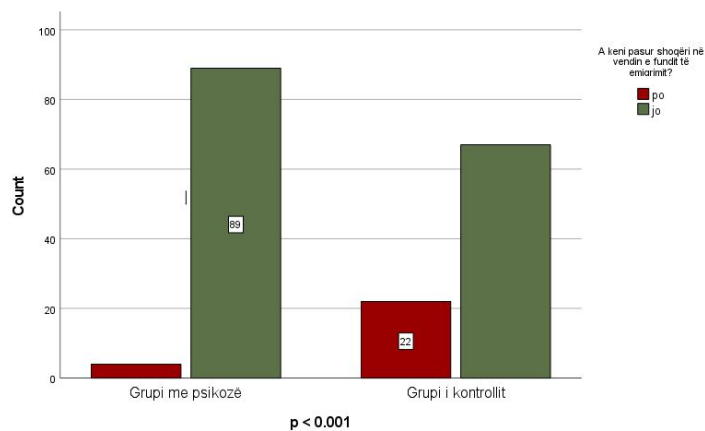


Figura 4.44. Shoqërizimi në vendin e emigrimit midis grupeve

Indeksi i dizavantazhit shoqëror pas emigrimit, midis dy grupeve, rezultoi me një ndryshim statistikor domethënës ($P \leq 0.001$) (fig. 4.45). Në total nga të dy grupet, 31.8% ($N=58$) rezultuan të kishin pikëzimin më të lartë të indeksit, prej të cilëve 86.2% ishin nga grupi me psikoze. Edhe brenda grupeve, nga grupi me psikoze, më shumë se gjysma e grupit (53.7%) rezultoi të kishte pikëzimin më të lartë të këtij indeksi, ndërkohë që nga grupi i kontrollit ishte vetëm 8.9%.

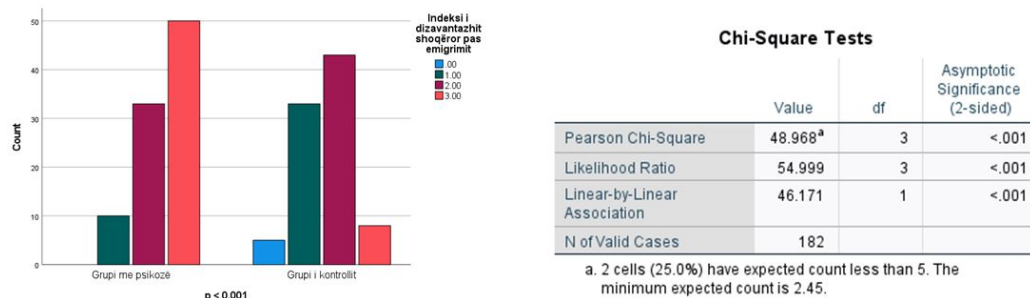


Figura 4.45. Dizavantazhi shoqëror pas emigrimit dhe psikoza

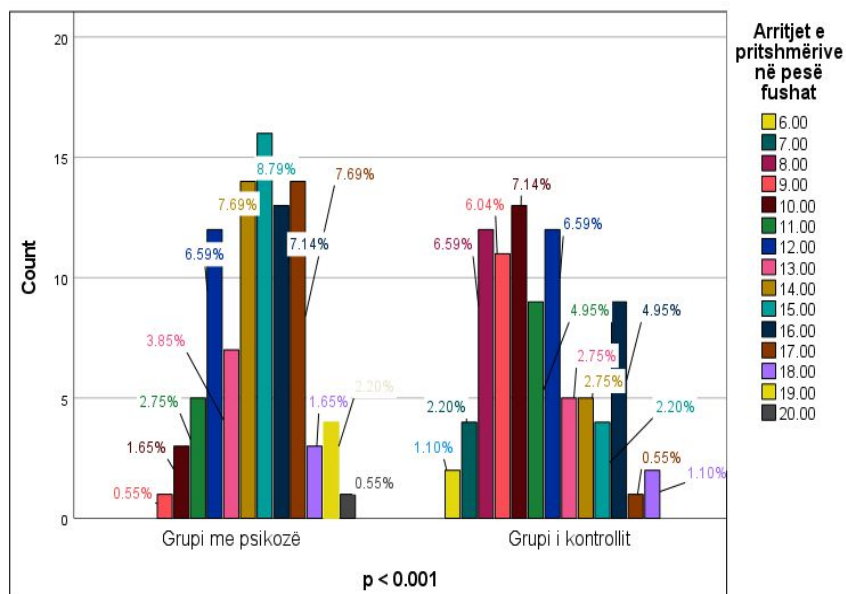
Pritshmëritë dhe arritjet në lidhje me pesë fushat e veprimtarisë, gjatë viteve të emigrimit.

- Përbushja e pritshmërive në lidhje me punën, ndryshon në mënyrë domethënëse midis dy grupeve të studimit ($p < 0.001$): 17.6% e të dy grupeve referuan me pritshmëri të pa arritura, prej të cilëve 87.5% ($N = 28$, 30.1% e grupit me psikoze) ishin nga grupi me psikoze. 28% e të dy grupeve referuan ($N = 51$) se ishte dobët realizimi i qëllimeve të punës, prej të cilëve 62.7% ($N = 32$) e tyre ishin nga grupi me psikoze (34.4% e grupit).
- Përbushja e pritshmërive në lidhje me të ardhurat, rezultoi me domethënie të rëndësishme statistikore ($p < 0.001$): 42.9% ($N = 78$) nga të dy grupet, i kanë pritshmëritë mbi të ardhurat të paarritura/dobët të arritura, prej ku më shumë se gjysma (61.5%) e tyre janë të grupit me psikoze ($N = 48$, 51.6% e këtij grupi). 42.9% e të dy grupeve ($N = 78$) referuan që kanë arritur pjesërisht pritshmëritë mbi të ardhurat, dhe 55% ($N = 43$) e tyre ishin nga grupi me psikoze. Pjesa më e madhe a atyre që referuan për arritje perfekte të ardhurash (92.3%, $N = 24$) ishin nga grupi i kontrollit.
- Përbushja e pritshmërive në lidhje me familjen rezultoi me domethënie të rëndësishme statistikore ($p < 0.001$): 42.9% ($N = 78$) e të dy grupeve referuan që pritshmëritë në lidhje me familjen ishin të paarritura ose dobët të arritura, dhe prej të cilëve 78.2% ishin nga grupi me psikoze ($N = 61$, 66.6% e këtij grupi). Realizimi I pritshmërive në lidhje me familjen pjesërisht/perfekte, ishin 57.1% e të dy grupeve, por që ndryshimi ishte statistikisht I rëndësishëm midis dy grupeve, ku grupi I kontrollit përbënte 69.2% ($N = 72$) dhe ishte afërsisht 4/5 (81%) e këtij grupi.

- Përmbushja e pritshmërive në lidhje me shëndetin rezultoi me domethënie të rëndësishme statistikore ($p < 0.04$): dobët/të paarritura për të dy grupet së bashku rezultoi afër 2/3 ($N = 133$, 73.1%) e totalit. Prej këtyre, 55.6% ishin nga grupi me psikozë ($N = 74$), të cilët përfaqësonin 79.6% të këtij grupi. Arritjet mbi shëndetin, të referuara pjesërisht nga të dy grupet, ishte 23.6%, ku përqindja më e madhe (65%) ishte nga grupi I kontrollit.
- Përmbushja e pritshmërive në lidhje me shoqërinë rezultoi me domethënie të rëndësishme statistikore ($p < 0.001$): më shumë se gjysma e përfaqësuesve nga të dy grupet ($N = 90$, 55%) referuan se në lidhje me shoqërinë ishin dobët/të paarritura. Prej tyre, 66.6% ($N = 60$) ishin nga grupi me psikozë (64.6% e këtij grupi). 33.5% ($N = 61$) e dy grupeve, referuan se janë pjesërisht të kënaqur me këtë arritje. 54% e tyre ($N = 33$) ishin nga grupi me psikozë, ndërkohë që arritje perfekte shoqërorë referuan 10.4% e të dy grupeve ($N = 19$), por të gjithë sihin nga grupi i kontrollit.

Sa I takon pritshmërive dhe përputhshmërisë me arritjet te të pesë fushat, rezultoi që kishte ndryshime domethënëse statistikore midis dy grupeve ($p \leq 0.001$), (fig. 4.46). Në total mesatarja e pikëzimit ishte 12.9, me një diapazon 6-20. Mesatarja e pikëzimit për grupin me psikozë ishte 14.6, me diapason 9-20, ndërkohë që mesatarja e grupit të kontrollit ishte 11.2, me një diapason 6-18.

Një e katërta e grupit, (25.3% ($N = 46$)) e të dy grupeve së bashku kishin pikëzimin 6 deri 10 (pikëzim që tregon pakënaqësi maksimale në arritjen e pritshmërive), prej të cilëve vetëm 8.6% ($N = 4$) ishin nga grupi me psikozë (4.3% e grupit me psikozë). Pikëzimi 11 – 15 (kënaqësi mesatare) në arritjen e pritshmërive është për të dy grupet 48.9% ($N = 89$), prej të cilëve 60.6% ($N = 54$) përfaqësohet nga grupi me psikozë. Sa I takon pikëzimit 16-20 (kënaqësi e mirë deri maksimale), rezultoi të ishte 25.7% ($N = 47$) për të dy grupet. 74.5% e këtij grup pikëzimi përbëhej nga grupi me psikozë ($N = 35$).



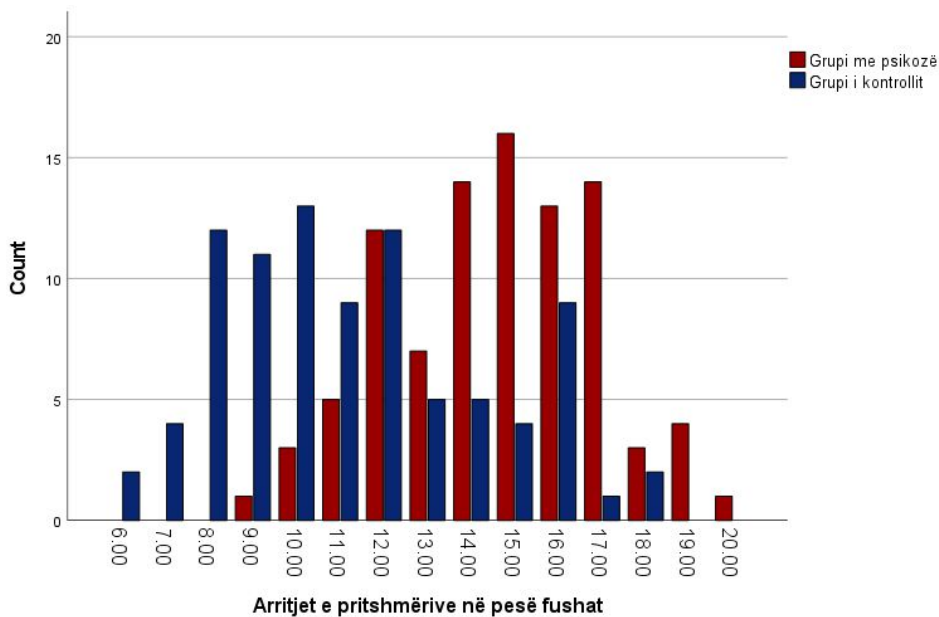


Figura 4.46. Arritjet e pritshmërive në pesë fushat midis grupeve

4.5 Modelet e regresionit logistic binary

Procesi I regresionit logjistik u realizua duke marrë parasysh disa variable të pavarur, për të parë efektin e tyre apo gjasën që ata të lidheshin me shfaqjen e psikozës. Regresioni prodhoi një model (ekuacion) I cili na ndihmoi të vlerësojmë probabilitetin e psikozës për një individ, duke përdorur vlerat e variableve të pavarur.

Në modelin e papërpunuar dhe të parregulluar (unadjusted), OR u vlerësuan për të parë sasinë e lidhjeve midis statusit psikozë-kontroll dhe dizavantazheve shoqërore para emigrimit, emigrimit dhe pas emigrimit, dhe indekseve të tyre, si dhe mos përputhjes midis pritshmërive dhe arritjeve. Në modelin e përpunuar (adjusted), u ndërtuan dy modele kryesore M1 dhe M2, si më poshtë. OR dhe vlerat e këtyre modeleve janë të përmbledhura te tabela 4.15.

Variablet e përfshira në modelet e regresionit janë në tabelën 4.14.

Tabela 4.14. Korrelacionet midis variableve të modeleve të regresionit

Variabli	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
1.	1											
2.	-.125	1										
3.	.102	.877	1									
4.	-.277	.011*	-.019*	1								
5.	.012*	-.154	.134	-.189	1							
6.	- .011*	-.081	-.299	.098	.190	1						
7.	.421	-.754	.329	-.184	- <0.001**	.593	1					
8.	-.195	.050	-.032*	.022*	-.248	-.154	-.306	1				
9.	-.856	.016*	- .002**	.221	-.069	.382	-.086	.430	1			
10.	.925	-.033*	.304	-.174	.002**	-.080	-.062	-. 005**	.562	1		
11.	-.464	-.017*	-.096	.704	.113	.548	-.743	.003*	-.388	.816	1	
12.	.633	- <0.001**	-.471	- <0.001**	.063	.088	.190	-.623	-.071	.143	<0.001**	1
1.Vendi emigrimit 2. Moshë 3. Gjinia 4.Arsimimi 5. Historia familjare 6. Abuzimi me drogëra						7. Njohja e gjuhës 8. Vitet në emigrim 9. Dizavantazhet para emigrimit 10. Ngjarjet në emigrim 11. Dizavantazhet paa emigrimit 12. Mospërputhja midis pritshmërive dhe arritjeve						
Korrelacionet midis variableve janë vlerësuar duke përdorur koeficientët Pearson ose Spearman (sipas nevojës). *Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).												

4.5.1 Faza para emigrimit

Nëpërmjet regresionit logjistik, u vu re se në modelin e papërpunuar për indeksin e dizavantazhit shoqëror para emigrimit, rritja me një pikë (diapazoni është 0-3) shoqërohej me rritje të gjasës për psikozë (OR = 3.1, 95% CI 1.47-6.69, p = 0.01, R² e Nagelkerke = 0.082). Ky model ishte statistikiisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null X² (3) = 11.565, p=0.009 I shpjeguar me 82% të variancës së psikozës (Nagelkerke R²) dhe korrektësisht I parashikuar në 61% të rasteve. Ndërkohë që në modelin e parë (M1) të rregulluar (ku u shtuan variable e gjinisë, moshës, vendi e fundit të emigrimit, arsimimi, trashëgimia, abuzimi me substance dhe koha në emigrim), rezultoi OR = 10.31, 95%, CI = 2.30-46.25 p = 0.002, R² e Nagelkerke = 0.733. Ky model rezultoi statistikiisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null X² (9) = 145.226, p<0.001 I shpjeguar me 73.3% të variancës së psikozës (Nagelkerke R²) dhe korrektësisht I parashikuar në 86.8% të rasteve. Në këtë model, mosha rezultoi sinjifikante (p < 0.001), historia familjare për sëmundje mendore (p = 0.02), abuzimi me substance 0.02) dhe koha në emigrim (p < 0.001). Modeli tjetër final (M2), (te I cili u shtuan variableve të mësipërme edhe dizavantazhet shoqërore të emigrimit dhe pas emigrimit, dhe indekset e tyre, si dhe mos përputhja midis

pritsmërive dhe arritjeve), vazhdoi të ishte shumë sinjifikant rezultoi statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2(12) = 191.160$, $p < 0.001$ I shpjeguar me 86.7% të variancës së psikozës (Nagelkerke R^2) dhe korrektësisht I parashikuar në 92.3% të rasteve. (OR = 20.7, 95%, CI = 2.4-171.9, $p = 0.005$, R^2 e Nagelkerke = 0.867) (tab. 4.15). Në këtë model, mosha vazhdon të jetë sinjifikante ($p < 0.001$), po ashtu edhe historia familjare për sëmundje mendore forcohet më shumë në sinjifikancë ($p = 0.009$), abuzimi me substance ($p = 0.007$), koha në emigrim vazhdon njëjloj domethënëse ($p < 0.001$), indeksi I ngjarjeve gjatë emigrimit nuk është sinjifikant ($p = 0.15$), indeksi I dizavantazhit shoqëror pas emigrimit ($p = 0.015$), përputhshmëria midis pritsmërive dhe arritjeve ($p < 0.001$).

Tabela 4.15. Gjasat (OR) e shfaqjes së psikozës te modelet e papërpunuara dhe të përpunuara

	OR	OR ^a	OR ^b
Dizavantazhet e para emigrimit	OR = 3.1, 95% CI (1.47-6.69), $p = 0.01$, R^2 e Nagelkerke = 0.082	OR = 10.31, 95%, CI = 2.30-46.25 $p = 0.002$, R^2 e Nagelkerke = 0.733	OR = 20.7, 95%, CI = 2.4-171.9, $p = 0.005$, R^2 e Nagelkerke = 0.867
Ngjarjet gjatë migrimit	OR = 0.93, 95% CI 0.573-3.364, $p = 0.85$, R^2 e Nagelkerke = 0.025	OR = 1.33, 95%, CI = 0.34-5.14, $p = 0.6$, R^2 e Nagelkerke = 0.709	OR = 0.43, 95%, CI = 0.16-1.13, $p = 0.08$, R^2 e Nagelkerke = 0.857
Dizavantazhet pas emigrimit	OR = 20.8, 95% CI 7.37-57.67, $p = 0.01$, R^2 e Nagelkerke = 0.348	OR = 13.46, 95%, CI = 2.9-61.2 $p < 0.001$, R^2 e Nagelkerke = 0.765	OR = 5.46, 95%, CI = 0.7-42.3, $p = 0.104$, R^2 e Nagelkerke = 0.855
Përputhja pritsmëri/arritje	$X^2(14) = 76.308$, $p < 0.001$ 45.7% e Nagelkerke R^2	OR = 0.52, 95%, CI = 0.405-0.691 $p < 0.001$, R^2 e Nagelkerke = 0.811	OR = 1.3, 95%, $p = 1$, R^2 e Nagelkerke = 0.885
OR = unadjusted OR ^a = adjusted për shtetin e fundit të emigrimit, moshën, gjininë, arsimimin, historinë familjare për psikozë, përdorimin e kanabisit, njohjen e gjuhës, vitet në emigrim OR ^b = adjusted për të gjitha më sipër, plus dizavantazhet para/pas emigrimit, ngjarjet gjatë emigrimit dhe përputhja pritsmëri/arritje. OR me ngjyrë të theksuar janë $p < 0.05$			

4.5.2. Faza gjatë emigrimit

Nëpërmjet regresionit logjistik, u vu re se në modelin e papërpunuar për indeksin e dizavantazhit shoqëror gjatë kohës së emigrimit, rritja me një pikë (diapazoni është 0-3) nuk shoqërohet me rritje të gjasës për psikozë (OR = 0.93, 95% CI 0.573-3.364, $p = 0.35$, R^2 e Nagelkerke = 0.025).

Modeli i parë (M1) i rregulluar (ku u shtuan variable e gjinisë, moshës, vendi i fundit i emigrimit, arsimimi, trashëgimia, abuzimi me substanca dhe koha në emigrim), rezultoi statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2(10) = 154.469$, $p < 0.001$ I shpjeguar me 76.5% të variancës së psikozës (Nagelkerke R2) dhe korrektësisht I parashikuar në 87.8% të rasteve. (OR = 13.46, 95%, CI = 2.9-61.2 $p < 0.001$, R² e Nagelkerke = 0.765). Në këtë model, mosha rezultoi sinjifikante ($p < 0.001$), historia familjare për sëmundje mendore ($p = 0.024$), abuzimi me substanca ($p = 0.003$) dhe koha në emigrim ($p < 0.001$).

Modeli tjetër final (M2), (te I cili iu shtuan variableve të mësipërme edhe dizavantazhet shoqërore të emigrimit dhe pas emigrimit, dhe indekset e tyre, si dhe mos përputhja midis pritshmërive dhe arritjeve), rezultoi statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2(13) = 185.583$, $p < 0.001$ I shpjeguar me 85.5% të variancës së psikozës (Nagelkerke R2) dhe korrektësisht I parashikuar në 91,2% të rasteve. Megjithëse modeli në total rezultoi sinjifikant, vetë indeksi I faktorëve shoqërorë të pas emigrimit zbehet dhe nuk ka lidhje statistikore (OR = 5.46, 95%, CI = 0.7-42,3, $p = 0.104$, R² e Nagelkerke = 0.855) (tab. 4.15). Në këtë model, mosha vazhdon të jetë sinjifikante ($p < 0.001$), abuzimi me substance ($p = 0.01$), po ashtu edhe historia familjare për sëmundje mendore ($p = 0.01$), koha në emigrim domethënëse ($p < 0.001$), indeksi I dizavantazhit shoqëror para emigrimit nuk ka lidhje domethënëse ($p = 0.07$), ndërkohë që rezultoi sinjifikante përputhshmëria midis pritshmërive dhe arritjeve ($p < 0.001$).

4.5.3. Faza pas emigrimit

Në modelin e papërpunuar për indeksin e dizavantazhit shoqëror pas emigrimit, rritja me një pikë (diapazoni është 0-3) shoqërohej me rritje të gjasës për psikozë (OR = 20.8, 95% CI 7.37-57.67, $p = 0.01$, R² e Nagelkerke = 0.348). Ky model ishte statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2(3) = 54.99$, $p = 0.001$ I shpjeguar me 34.8% të variancës së psikozës (Nagelkerke R2) dhe korrektësisht I parashikuar në 72% të rasteve.

Ndërkohë që në modelin e parë (M1) të rregulluar (ku u shtuan variable e gjinisë, moshës, vendi e fundit të emigrimit, arsimimi, trashëgimia, abuzimi me substance dhe koha në emigrim), rezultoi OR = 13.46, 95%, CI = 2.9-61.2 $p < 0.001$, R² e Nagelkerke = 0.765. Ky model rezultoi statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2(9) = 145.226$, $p < 0.001$ I shpjeguar me 76.5% të variancës së psikozës (Nagelkerke R2) dhe korrektësisht I parashikuar në 87.8% të rasteve. Në këtë model, mosha rezultoi sinjifikante ($p < 0.001$), historia familjare për sëmundje mendore ($p = 0.02$), abuzimi me substanca (0.02) dhe koha në emigrim ($p < 0.001$).

Modeli tjetër final (M2), (te I cili iu shtuan variableve të mësipërme edhe dizavantazhet shoqërore të emigrimit dhe pas emigrimit, dhe indekset e tyre, si dhe mos përputhja midis pritshmërive dhe arritjeve), vazhdoi të ishte shumë sinjifikant rezultoi statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2(12) = 191.160$, $p < 0.001$ I shpjeguar me 86.7% të variancës së psikozës (Nagelkerke R2) dhe korrektësisht I parashikuar në 92.3% të rasteve. (OR = 20.7, 95%, CI = 2.4-171.9, $p = 0.005$, R² e Nagelkerke = 0.867) (tab. 4.15). Në këtë model, mosha vazhdon të jetë sinjifikante ($p < 0.001$), po ashtu edhe historia familjare për sëmundje mendore forcohet më shumë në sinjifikancë ($p = 0.009$), abuzimi me substance ($p = 0.007$), koha në emigrim vazhdon njëllor domethënëse ($p < 0.001$),

indeksi I ngjarjeve gjatë emigrimit nuk është sinjifikant ($p = 0.15$), indeksi I dizavantazhit shoqëror pas emigrimit ($p = 0.015$), përputhshmëria midis pritshmërive dhe arritjeve ($p < 0.001$).

4.5.4. Përputhshmëria midis pritshmërive dhe arritjeve

Modeli i papërpunuar për përputhshmërinë midis pritshmërive dhe arritjeve, ishte statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2 (14) = 76.308$, $p < 0.001$ I shpjeguar me 45.7%% të variancës së psikozës (Nagelkerke R2) dhe korrektësisht I parashikuar në 77.4% të rasteve.

Në modelin e parë (M1) të rregulluar (ku u shtuan variablet e gjinisë, moshës, vendi i fundit të emigrimit, arsimimi, trashëgimia, abuzimi me substance dhe koha në emigrim), rezultoi sinjifikante OR = 0.52, 95%, CI = 0.405-0.691 $p < 0.001$, R² e Nagelkerke = 0.811. Ky model rezultoi statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2 (7) = 170.474$, $p < 0.001$ I shpjeguar me 81.1% të variancës së psikozës (Nagelkerke R2) dhe korrektësisht I parashikuar në 88.8% të rasteve. Në këtë model, mosha rezultoi sinjifikante ($p < 0.001$), historia familjare për sëmundje mendore ($p = 0.02$), abuzimi me substance 0.007) dhe koha në emigrim ($p < 0.001$), ndërkohë që gjinia nuk kishte lidhje sinjifikante ($p = 0.2$).

Modeli tjetër final (M2), (te I cili iu shtuan variablet e mësipërme edhe dizavantazhet shoqërore të emigrimit dhe pas emigrimit, dhe indekset e tyre, si dhe mos përputhja midis pritshmërive dhe arritjeve), rezultoi statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2 (24) = 197.208$, $p < 0.001$ I shpjeguar me 88.5% të variancës së psikozës (Nagelkerke R2) dhe korrektësisht I parashikuar në 94.4% të rasteve. Megjithëse modeli në total rezultoi sinjifikant, vetë përputhshmëria midis pritshmërive dhe arritjeve zbehet dhe nuk ka lidhje statistikore (OR = 1.3, 95%, $p = 1$, R² e Nagelkerke = 0.885) (tab. 4.15). Në këtë model, mosha vazhdon të jetë sinjifikante ($p < 0.001$), abuzimi me substance ($p = 0.01$), po ashtu edhe historia familjare për sëmundje mendore ($p = 0.01$), koha në emigrim domethënëse ($p < 0.001$), indeksi I dizavantazhit shoqëror pas emigrimit ishte sinjifikant ($p = 0.21$), indeksi I dizavantazhit shoqëror para emigrimit nuk ka lidhje domethënëse ($p = 0.17$), ndërkohë që rezultoi sinjifikante koha në emigracion ($p < 0.001$), trashëgimia për sëmundje mendore ($p = 0.02$) dhe abuzimi me substanca ($p = 0.02$).

Siç shihet në Tabelën 4.16, u gjet një lidhje dozë-përgjigje midis numrit të disavantazheve dhe gjasave të psikozës. OR adjusted për psikozë, u rrit nga 1.21 (95% CI 0,308–4,72, $p = 0,788$) për migrantët që raportojnë dy vështirësi në 14,09 (95% CI 2,06–96,47, $p = 0,007$) për ata që raportojnë gjashtë ose më shumë fatkeqësi sociale. R2 i Nagelkerke u rrit nga 0,180 (i papërpunuar) në 0,479 (i rregulluar).

4.5.5. Efekti dozë – përgjigje i ekspozimit të vazhdueshëm ndaj dizavantazheve/ngjarjeve-fatkeqësive

Në tabelën 4.16, tregohet marrëdhënia dozë – përgjigje (dose-response) midis numrit të dizavantazheve/ngjarjeve-fatkeqësive dhe gjasës për të ndodhur psikozë. Modeli i papërpunuar për këtë marrëdhënie, ishte statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2 (4) = 10.982$, $p < 0.027$ I shpjeguar me 78% të variancës së psikozës (Nagelkerke R2) dhe korrektësisht I parashikuar në 61% të rasteve.

Tabela 4.16. Efekti dozë – përgjigje i ekspozimit të vazhdueshëm ndaj dizavantazheve/ngjarjeve - fatkeqësive

Kodimi	N. i dizavantazheve/ngjarjeve-fatkeqësive (% e rasteve vs % kontrollit)	OR (95% CI)	OR1 (95% CI)
0.	0	0	0
1.	0	0	0
2.	0 (0%) vs 1 (1.1%)	0	0
3.	7 (7.5%) vs 7 (7.9%)	1.00 (-)	1.00 (-)
4.	16 (17.2%) vs 28 (31.5%)	1.68 (0.542-5.251)	4.038 (0.52-30.9)
5.	16 (17.2%) vs 21 (23.6%)	2.953 (1.38-6.27)	7.51 (1.77-31.8)
≥6	54 (58.1%) vs 32 (36%)	2.215 (1.012-4.85)	8.26 (1.80-37.8)

Në modelin e (M1) rregulluar (ku u shtuan variablet e gjinisë, moshës, vendi i fundit të emigrimit, arsimimi, trashëgimia, abuzimi me substance, gjuha dhe koha në emigrim), rezultoi sinjifikante OR = 8.26, 95%, CI = 1,805-37.818 $p < 0.007$, R^2 e Nagelkerke = 0.739. Ky model rezultoi statistikisht sinjifikant kur krahasohet me modelin null $X^2 (12) = 147.008$, $p < 0.001$, I shpjeguar me 73.9% të variancës së psikozës (Nagelkerke R^2) dhe korrektësisht I parashikuar në 87.4% të rasteve. Në këtë model, mosha rezultoi sinjifikante ($p < 0.001$), historia familjare për sëmundje mendore nuk ishte sinjifikante ($p = 0.3$), abuzimi me substanca 0.001 dhe koha në emigrim ($p < 0.001$), ndërkohë që gjinia nuk kishte lidhje sinjifikante ($p=0.25$).

KAPITULLI 5

5. DISKUTIM

Emigracioni si fenomen daton prej shekujsh dhe duket sikur është pjesë përbërëse e ekzistencës njerëzore. Megjithatë, me kalimin e kohëve dhe shtimit të efekteve të globalizimit, procesi i emigrimit, në shkallë botërore, është shtuar dhe transformuar si përsa I takon mënyrës, ashtu edhe kompleksitetit të tij.

Emigrimi është studjuar gjerësisht ndërkombëtarisht dhe jovetëm si një fenomen I shkëputur. Në disa vende, disa grupe emigrantësh shfaqin shifra të rritura të çrregullimeve psikiatrike. Studime të shumta janë realizuar për të kuptuar këtë fenomen dhe ndikimin e tij në shëndetin mendor të emigrantëve. Gjatë $\frac{3}{4}$ e shekullit të shkuar është treguar që grupet e emigrantëve shfaqin nivele të larta të çrregullimeve psikotike. Shumica e studimeve janë bërë në lidhje me skizofreninë dhe janë bërë në vendet perëndimore. Skizofrenia dhe psikozat janë ndër çrregullimet e studjuara në literaturën shkencore ndërkombëtare.

Studimet na tregojnë që një sërë faktorësh, të cilët të vetëm, nuk janë as të nevojshëm, por edhe as të mjaftueshëm për të shkaktuar çrregullim, shoqërohen me një rrezik në rritje për psikozë. Faktorët mund të jenë të tillë që të përfshijnë domenin gjenetik, neurobiologjik, psikologjik, social, si edhe përdorimin e substancave. Për shembull, disa faktorë socialë janë gjetur të jenë të implikuar sa i takon niveleve zonale (urbaniciteti, fragmentimi social, dendësia etnike) dhe atyre individuale (bullizmi, abuzimi, ngjarjet e jetës, diskriminimi). Teoritë sociozhvillimore hipotetizojnë një rrugë zhvillimi të psikozës, në të cilën ekspozimi ndaj fatkeqësive dhe traumave (veçanërisht në fëmijëri dhe/ose para dhe gjatë emigrimit), në mungesë të faktorëve të ndryshëm mbrojtës, ndërvepron me rrezikun gjenetik themelor dhe me ndikimet në zhvillimin neurobiologjik (veçanërisht reagimi ndaj stresit dhe ndryshimet të sistemit e dopaminës), e cila rezulton në një përgjegjësi të qëndrueshme shkaktare të psikozës.

Shqipëria po ashtu, nuk mund të përjashtohet nga ky fenomen mbarë botëror, emigrimi. Në historinë e saj ekzistojnë plot periudha të një emigracioni masiv. Tashmë, prej më shumë se 30 vitesh, Shqipëria po përballlet me një fazë tjetër të emigracionit, fazë e emigracionit të periudhës postkomuniste, e cila ka disa kulme.

Kërkimi sistematik i literaturës (në gjuhën shqipe dhe angleze, nëpërmjet motorëve të kërkimit 'PubMed' dhe 'Google Scholar') në lidhje me emigracionin shqiptar, rezultoi në gjetjen e disa studimeve (përmendur në pjesën teorike të këtij studimi) që japin të dhëna statistikore mbi profilin e emigrantëve, shifrat e emigrimit dhe janë kryesisht me profil social. Po ashtu ekzistojnë disa studime të realizuara në shtetet pritëse të emigrantëve shqiptarë, të cilat merren me fenomenin e emigrimit, faktorët e emigrimit dhe lidhjen që kanë emigrantët shqiptarë me përdorimin e shërbimeve apo shfaqjen e ÇSPT, ÇDM (Naimo e bp., 2006; Stella Pantelidou e bp., *Psych* 2021, etj.)

Në literaturën e identifikuar, mungonin studime të cilat merren me shëndetin mendor të emigrantëve shqiptarë, ndikimin që fenomeni I emigrimit mund të ketë te shëndeti mendor I emigrantëve shqiptarë.

Mbështetur në këto gjetje, ky studim është I pari dhe I vetmi (në dijeninë tonë), aktualisht, që studjon fenomenin shqiptar të emigrimit dhe ndikimin e tij në shëndetin mendor të emigrantëve, saktësisht shfaqjen e psikozave tek kjo popullatë. Studimi ynë kishte për qëllim që të vlerësonte shfaqjen e psikozës dhe probabilitetet e shfaqjes së saj te emigrantët shqiptarë.

Është një studim krahasues midis dy grupeve: grupi klinik simptomatik me episode të parë të psikozës dhe grupi I shëndetshëm nga popullata e përgjithshme. Të dy grupet, kushtin kryesor kishin të ishin të lindur në Shqipëri dhe të qënë emigrant në një vend jashtë Shqipërisë. Të qënë emigrant lidhet pashmangërisht me ekspozimin e faktorëve të ndryshëm të emigrimit, të cilët I kemi ndarë në faktorë para emigrimit, gjatë dhe pas emigrimit.

Ky studim është ‘fotografim’ i një grupi përfaqësues klinik, domethënës në lidhje me popullatën klinike, por mund të mos jetë përfaqësues i plotë i popullatës emigruese shqiptare. Në këtë mënyrë, rezultatet e këtij studimi, mund të shërbejnë si nxitje dhe ndërgjegjësim për të përqëndruar vëmendjen dhe studjuar në mënyrë më të zgjeruar këtë pjesë të popullsisë, faktorët shkaktarë ose nxitës në shfaqjen e problemeve të shëndetit mendor të saj.

5.1. Të dhënat sociodemografike

Numri përfaqësues i grupeve të studimit, në total ishte 182, prej të cilëve 93 ishin individë të cilët ishin me histori emigrimi dhe ishin diagnostikuar për herë të parë me një çrregullim psikotik, episodi i parë.

Më shumë se gjysma e individëve pjesëmarrës në grupet e studimit i takonin gjinisë mashkull, megjithatë grupi me psikozë përfaqësohej në mënyrë të dukshme nga kjo gjini.

Pjesëmarrësit në studim I takonin diapazonit moshor 20 vjeç deri 61 vjeç, ku te grupi me psikozë rezultoi që mosha mesatare dhe grupmoshat në total, të ishin më të vogla në krahasim me grupin e kontrollit.

Grupi me psikozë përpara emigrimit kishte jetuar në qytet, krahasuar me grupin e kontrollit, pjesa më e madhe e të cilëve kishte jetuar në fshat.

5.2. Grupmosha dhe psikoza

Grupi me psikozë (grupi i studimit) ishte me moshë minimale 20 vjeç, në kohën e studimit, ndërkohë që grupi pa psikozë (grupi i kontrollit) e kishte moshën minimale pa ndonjë ndryshim të dukshëm, 21 vjeç. Ndërkohë që mosha mesatare ishte dukshëm më e re te grupi me psikozë dhe po ashtu, mosha maksimale ishte dukshëm më e re te ky grup.

Gjithashtu u vu re se sa më i ri pacienti, aq më shumë vende ka pasur prirje të ‘shtegtojë’ (nga grupi i studimit), në ndryshim nga grupi i kontrollit (pa lidhje statistikore domethënëse). Këta individë kanë lëvizur për shkak të simptomave të psikozës së pa-

identifikuar dhe pa diagnostikuar, si dhe ndoshta, për shkak të dështimit të mekanizmave të ndryshëm të adaptimit.

Për shembull: numri më i madh i shteteve të ‘shëtitura’, rezultoi nga një pacient, me moshë 27 vjeç. Ky ishte pjesë e grupit me psioozë, kishte qenë në mbi 10 shtete të Europës dhe gjatë kësaj kohe kishte qenë me simptoma prodromale dhe më pas simptoma pozitive të psikozes.

5.3 Statusi civil përpara emigrimit

Individët e grupit të studimit ishin persona beqarë, jo të martuar apo në bashkëjetesë përpara se të emigronin dhe ishin mjaft të lidhur me familjen e ngushtë, në krahasim me grupin e kontrollit, të cilët një pjesë e madhe kishin qenë të martuar ose në bashkëjetesë përpara emigrimit, kishin qenë të ndarë nga familjet ‘bërthamë’, por një pjesë e tyre po ashtu jetonin edhe me prindërit.

5.4. Vendbanimi

Individët e grupit me psikoze, përpara emigrimit, kishin jetuar kryesisht në qarkun e Tiranës, Fier dhe Kukës. Pjesa më e madhe e individëve të grupit të kontrollit kishin jetuar në Elbasan, Shkodër, Dibër, Lezhë, Berat dhe Durrës.

Niveli arsimor i grupit me psikoze dominohej nga persona që kishin kryer arsimin e mesëm dhe të lartë, ndërkohë që grupi i kontrollit dominohej nga arsimi tetëvjeçar, pasuar nga ata me arsim të lartë, të paarsimuar dhe pasuniversitar.

Shteti i fundit i emigrimit për grupin me psikoze kishte qenë Greqia, Italia dhe Mbretëria e Bashkuar, duke dalluar nga grupi i kontrollit, i cili kishte një shpërndarje më të njëtrajtshme midis shteteve Gjermani, Itali, Greqi, Mbretëri të Bashkuar, Shtetet e Bashkuar të Amerikës dhe shtete të tjera të Europës.

5.5. Mënyra e jetesës

Të dy grupet rezultuan pa ndonjë ndryshim të dukshëm midis tyre, sa i takon mënyrës së jetesës së tyre përpara se të emigronin. Pjesa më e madhe e tyre jetonin me prindërit, pasuar nga bashkëjetesa me partnerin dhe fëmijët dhe në përqindje shumë të vogël kishin jetuar ‘vetëm me fëmijët’, ‘vetëm’, ose ‘familjarë të tjerë’. Jetesa e përbashkët me prindërit tregon kulturën shqiptare dhe vlerën që i jepet familjes së ‘ngushtë’, nevojës për të qenë nën kujdesin e prindërve edhe kur jemi adultë, apo edhe kujdesit që tregohet për prindërit kur ata janë në moshën e tretë.

Të dhënat tona janë në përputhje edhe me rezultatet e studimit të INSTAT dhe IOM ‘Migracioni i kthimit dhe integrimi në Shqipëri’ (2013): “Të dhënat në lidhje me përbërjen familjare tregojnë që shumica e shqiptarëve (42.8%) përpara se të migronin jetonin në “familje të mëdha” (me prindër dhe/ose vëllezër dhe motra dhe të tjerë)”.

5.6. Statusi social

Klasa sociale dhe financiare e prindërve të individëve të të dy grupeve, përpara se të largoheshin nga Shqipëria, u referua të kishte qenë e një niveli të ulët dhe me financa të këqija. Kryesisht, personat pjesëmarrës në studim, i takojnë grupit të parë të madh të emigrimit shqiptar të pas viteve 90, periudhë e rënies së komunizmit dhe vendosjes së demokracisë. Këta individë përfaqësuan shtresën më të varfër dhe më të vuajtur të shoqërisë së atëhershme, rezultat i cili del edhe në studim, ku pjesa më e madhe janë me shkollim të mesëm ose më pak, të papunë ose me punë të rëndomta. Ajo që është interesante këtu, është se kemi një vlerësim subjektiv të dy realiteteve, të së kaluarës dhe atij të së tashmes, ose thënë ndryshe, të faktorëve para emigrimit dhe pas emigrimit. Në këtë krahasim realitetesh, kur këta individë jetojnë në një model të ri dhe të ndryshëm shoqëror, edhe pse aktualisht ende nuk janë në nivele të kënaqshme financiare, subjektiviteti i vlerësimit të dy realiteteve mendoj që duhet marrë parasysh. Në mënyrë që të evitohet një subjektivitet i tillë i vetëvlerësimit financiar dhe social, në studime të tjera do të ishte mirë që indikatorët vlerësues të jenë më objektivë dhe kështu do të ishte më e lehtë që të realizoheshin krahasimet apo të arrinin në përgjithësi.

5.7. Çrregullimet psikotike, simptomat dhe faktorët ndikues të emigrimit

Çrregullimi deluzional ishte ai që dominon në përqindje të grupi me psikozë, pasuar nga Çrregullimi psikotik i paspecifikuar, Skizofrenia dhe më pak Çrregullimet e tjera psikotike. Simptomat prodromale të sferës së mendimit, dominoheshin nga idetë dhe 'interesat filozofike', nga 'të kuptuarit që diçka nuk po shkon mirë', 'ide të dyshimta paranoide' dhe 'frikëra të pazakonta'. Shqetësimet prodromale të humorit dominoheshin nga 'humori I ulur, tërheqje emocionale', 'ankth, tension, merak', 'luhatje humori' apo 'ndjesi boshllëku, irritueshmëri'. Perceptimi dominohej nga 'derealizim, depersonalizim' dhe 'shtrembërime perceptimi, si 'iluzione'.

Sjellja jonormale ishte nga prodromet e para, shfaqur me 'debate të shpeshta', 'shmangie e njerëzve' dhe 'parehati, impulsivitet'.

Simptomat e para të formuara dhe të shfaqura, të pranishme edhe gjatë vlerësimit, kishin qenë deluzionet (në mënyrë të dukshme dominante), simptomat negative dhe haluciancionet. Simptomat e shkallës së parë të Schneider (FRS) ishin më pak, sjelljet bizare dhe po ashtu edhe katatonia.

Çrregullimi skizofreniform dhe Skizofrenia rezultuan në lidhje domethënëse me përdorimin e substancave, ndërkohë që personat me Çrregullimi skizoafektiv nuk referuan për përdorim substancash.

Dihet që individët me skizofreni dhe Çrregullime të tjera psikotike, kanë një rrezik të lartë të përdorimit të substancave (Hartz SM. & al., 2013). E rëndësishme është që të studiohet më shumë ky ndryshim midis çrregullimeve psikotike, faktorëve të emigrimit dhe përdorimit të substancave, duke pasur parasysh edhe llojin e substancës së përdorur. Hartz (2013), vijon se individët me çrregullime psikotike më të rënda, kanë gjasa më të mëdha për të abuzuar shumë me alkoolin dhe marijuanën.

Refuzimi për t'u përgjigjur ndaj kësaj pyetje, mund të merret edhe si pranim në heshtje I përdorimit të substancave. Përdorimi I substancave dhe abuzimi me droga, një fenomen global ky, në vitet pas rënies së diktaturës komuniste është bërë një fenomen ekzistues edhe në Shqipëri. Në 'Strategjia kombëtare kundër drogës 2012-2016' (ISHP, 2011) referohet 'numri i përgjithshëm i të rriturve (15-64 vjeç) në Shqipëri, të cilët kanë provuar lloje të drogave të paligjshme (eksperimentues), është vlerësuar të jetë aktualisht ndërmjet 40 000 dhe 60 000'. Kjo tregon që përdorimi i substancave ishte në rritje, por arsyeja për të cilën kemi hezitim apo refuzim në përgjigje ndaj pyetjes 'nëse kishin përdorur droga ose jo', mund të jetë pjesë e kulturës tonë, e cila refuzonte ose kritikonte fuqishëm, akoma në atë periudhë (kur u mblodhën të dhënat), sjellje të tilla emancipuese dhe mospranuese nga shoqëria.

Indekset e faktorëve të emigrimit nuk rezultuan të kishin ndonjë ndryshim të dukshëm në shfaqjen e llojit të veçantë të çrregullimeve psikotike.

Simptomatika psikotike dhe fazat e emigrimit: Në studim na rezultoi që paaftësia integruese shoqërore e emigrantëve, kishte mundësi që të lidhej më shumë me simptoma pozitive të tipit të deluzioneve dhe humorit të ulur, si dhe fazë prodromale më të zgjatur.

5.8. Marrja e shërbimit shëndetsor në vendin e emigrimit

Kthimi I detyruar është arsyeja kryesore që dominon grupin me psikozë, pavarësisht llojit të Çrregullimit. Nga bisedat me pacientët, rezultoi që një pjesë e madhe janë kthyer me dëshirë, për arsye të sëmundjes, me qëllim që të merrnin shërbimin në shtetin e tyre. Ndër arsyet e kthimit të detyruar, kryesisht ishin shkeljet e ligjit, mungesa e dokumentacionit të rregullt, ose sjellje të tjera antishoqërore, të cilat ishin pasojë e simptomatikës që ata kishin patur.

Për të dy grupet rezultoi që të kishte zhgënjim sa i takon kujdesit për shëndetin, dhe kjo gjë mund të ketë disa shpjegime.

Vështirësia e emigrantëve shqiptarë për të pasur akses në shërbimet e shëndetit mendor, është pasqyruar në disa studime në Greqi, Itali, Amerikë dhe Kanada. I tillë është edhe studimi I Galanis P., e bp., (2013), ku thekson që vetëm 20% e emigrantëve shqiptarë kishin njohuri për shërbimet, 19% nuk kishin fare njohuri mbi shërbimet. Po këtu theksohet që shkalla e njohjes së gjuhës greke, është një faktor I rëndësishëm më përdorimin e këtyre shërbimeve.

Arsyet se përse emigrantët shqiptarë janë të përjashtuar nga shërbimet e shëndetit mendor, mund të shoqërohen me stigmën dhe diskriminimn që ekziston për ta në vendet e emigrimit. Në një studim të Galanis., rezultoi që 62% e emigrantëve shqiptarë kishin referuar që shërbimet atje (Greqi) nuk u ishin përgjigjur, kishte lista të gjata pritje në spitale, vështirësi komunikimi me profesionistët, kosto të larta dhe sistem shëndetsor kompleks.

Paraqitja e individëve me psikozë për të marr shërbim në vendin tonë, tregoi mungesë të njohurive për marrjen e shërbimit në vendin e emigrimit, mosnjohje të simptomatikës nga ata (një pjesë e tyre u sollën nga familjarët), mungesë besimi për të marrë shërbim në vendin ku kishin qënë emigrant. Sipas Dow e bp., (2011), paragjykimi ndaj çështjeve të shëndetit mendor dhe vështirësitë për të kërkuar shërbime tek emigrantët shqiptarë, mund të lidhet me faktin se ata kanë jetuar në një rregjim totalitar ku shkëmbimet e zhvillimeve shkencore në psikiatri me vendet e tjera të Europës ishin tejet të kufizuara. Megjithatë, individët me psikozë janë paraqitur relativisht shpejt për të marrë shërbim në Shqipëri, në

krahasim me kohën e paraqitjes në studimet e tjera. Arsytet e kësaj mund të jenë disa: nga vetë psikoza dhe shfaqja e shpejtë e saj; për shkak të mundësisë për akses më të lehtë në vendin tonë, në krahasim me 'listat e gjata të pritjes' në vendet e tjera; kulturës së dhënies së ndihmës në mënyrë informale pavarësisht endjeve të shumta në hallka të tjera të sistemit, siç mund të jenë kuruesit popullorë, specialitete të tjera jo psikiatrike e së fundmi mjeku psikiatër. 'Familjarët dhe shoqëria, sipas Gater et al., (2005), prirën të sugjerojnë marrjen e kujdesit sidomos nëse ka problem psikotike apo shqetësime të sjelljes që rrezikojnë veten dhe të tjerët'.

Hipoteza mbi ndryshimet e sistemit shëndetsor dhe marrjen e shërbimeve, theksohet edhe nga Tarricone e bp., (2012), e cila thekson: "...Shkalla e referimit tek Kujdesi i shërbimit parësor, për emigrantët Shqiptarë, ishte në mënyrë domethënëse më e ulët (30%), për shkak të kompleksitetit të organizimit të shërbimeve".

5.9. Proçesi i emigrimit midis dy grupeve të studimit

Emigrimi si proçes, sa i takon grupeve të studimit tonë, karakterizohej si më poshtë:

Individët e grupit me psikozë kishin qenë më pak se 18 vjeç kur kishin emigruar dhe rezultoi që sa më të rinj të kishin qenë, aq më shumë shtete kishin lëvizur gjatë emigrimit. Pjesa më e madhe ishin prej më shumë se pesë vite në emigracion.

Njohja e gjuhës së vendit të emigrimit, në studimin tonë, nuk rezultoi të ndryshonte midis dy grupeve të studimit, në dallim nga disa studime (Tarricone I et al. (2022)).

Grupi me psikozë referoi që të kishte një përqindje më të madhe në krahasim me grupin e kontrollit, pjesëtarë të familjes me Crregullime të Shëndetit Mendor. Ndërkohë që tek të dy grupet kishte një përqindje të madhe të mungesës së një përgjigjeje ndaj kësaj pyetje, por te grupi i kontrollit mospërgjigja ishte më e lartë. Hipoteza jonë, se përse është kjo shkallë e lartë mospërgjigje, është e mbështetur në idenë se stigma në kulturën shqiptare ekziston, mbi bazën e kulturës së turpit dhe humbjes së krenarisë së familjes, nëse dikush ka një njeri në familje me probleme të shëndetit mendor.

Mbi kulturat dhe modelet e krijuara flasin shumë studime. Në studimin e saj, Helena D. e bp. (2011), 'mbi qëndrimin e emigrantëve shqiptarë ndaj sëmundjeve mendore', i referohet Helman (2000), i cili thekson se kulturat krijojnë modele unike të besimeve dhe perceptimeve se çfarë do të thotë në të vërtetë "shëndeti" ose "sëmundja" dhe cilat aftësi përbaluese janë të përshtatshme. Përkufizimi i sjelljes shoqërore nuk është statik, dhe për këtë arsye kategoritë e "të këqija", "të çmendura", "normale" dhe "anormale të pranuar" janë entitete rrjedhëse, të cilat mbivendosen dhe duhet të kuptohen brenda një kulture.

Gjetjet e studimit të Helena D., e bp., (2011), tregojnë se "shtrirja dhe intensiteti i stigmës dhe turpit janë shumë të forta në mesin e grupeve të emigrantëve shqiptarë.... Pjesëmarrësit shqiptarë në këtë studim, e lidhnin stigmën dhe turpin për një anëtar të familjes me sëmundje mendore, si rrjedhojë e krenarisë dhe nderit të familjes, dy elementë shumë të rëndësishëm të kodit të lashtë shqiptar të Kanunit.... Turpi dhe stigma për sëmundjet mendore ishin aq të forta te shqiptarët në këtë studim, saqë të paturit e problemeve të shëndetit mendor u krahasuan me një "njollë" dhe një "njollë të zezë" në të gjithë familjen".

5.10 Indekset e emigrimit

Në studimin tonë rezultoi që Indeksi I dizavantazhit shoqëror para emigrimit të ishte në përqindje më të lartë në grupin me psikozë. Pra, vërtetohet hipoteza jonë që psikoza është më e mundur të zhvillohej te personat që kishin jetuar në kushte më të vështira, kishin pasur faktorë social më pak të favorshëm dhe plot dizavantazhe, të tillë si klasa e ulët shoqërore e prindërve, mungesa e punësimit ose punësimi jo i rregullt dhe të jetuarit së bashku me prindërit. Kjo mbështetet edhe te teoritë sociozhvillimore, sipas të cilave sa më I madh ekspozimi ndaj rreziqeve sociale gjatë jetës, aq më e lartë është gjasa për shfaqje të çrregullimeve në disa grupe, siç është edhe grupi I emigrantëve. Sigurisht këto faktorë përbëjnë një shkallë të lartë rrezikshmërie për psikozë, por gjithmonë duke patur parasysh që këto janë faktorë shtesë ndaj disa predispozuesve individual dhe faktorëve të tjerë shoqërorë (u identifikuan dy paciente në grupin e studimit, ku midis faktorëve të ndryshëm të emigrimit dominonte shfrytëzimi për prostitucion).

Gjetjet e studimit na treguan që ata të cilët gjatë kohës së emigracionit kishin patur fatkeqësi apo ngjarje të ndryshme të papëlqyera (të ndaluar nga policia ose të arrestuar) dhe të cilët kishin qenë të izoluar nga ana sociale, me pak shoqëri, të rrethuar vetëm nga bërthama e ngushtë familjare, kishin gjasë më shumë të zhvillonin psikozë. Pra të qenit I përjashtuar nga shumica, mungesa e integritimit dhe asimilimit rrezikon një person dhe e bën më vulnerabël individualisht ndaj psikozës. Kjo gjetje përputhet edhe me teoritë (Howes OD, e bp., 2009, Howes OD, e bp., 2014) të cilat përforcojnë idenë se disfatat sociale ndikojnë në shtimin e rrezikut ndaj zhvillimit të psikozave, nëpërmjet efekteve dhe ndryshimeve që shkaktohen në sistemin mesolimbik të rrugëve dopaminergjike. Një histori personale ose familjare e migrimit, sipas Selten e bp., (2007), është një faktor rreziku i lartë për skizofreninë dhe tani, ka një interes në rritje për ndikimin e stresorëve social në funksionimin e trurit dhe në patogjenezën e skizofrenisë.

Faktorët gjatë emigrimit në total, në dy grupet e studimit tonë, nuk duket se kanë ndonjë ndryshim të dukshëm në shfaqjen ose jo të psikozës.

Indeksi i faktorëve shoqërorë pas emigrimit, tregon një dallim të madh midis dy grupeve, duke na dhënë të kuptojmë që grupi që ka më shumë faktorë të pafavorshëm shoqërorë gjatë kohës së qëndrimit në vendin e emigrimit, (të tillë si mungesa e punësimit sidomos pesë vitet e fundit, mungesa e një marrëdhënie të qëndrueshme pesë vitet e fundit dhe mungesa e një rrjeti shoqëror në vendin e emigrimit), kishte më shumë mundësi të jetë me psikozë dhe çrregullime psikotike.

Këto të dhëna të studimit tonë mbi indekset e faktorëve të emigrimit, mbështeten edhe në të dhënat e studimeve të ndryshme ndërkombëtare mbi emigrimin dhe psikozën. Sipas Kinzie JO., e bp., (2006), psikoza dhe ecuria e saj te emigrantët, mund të përkeqësohet nga ngjarjet jo të mira ose fatkeqësitë e ndryshme para emigrimit, të tilla si frika, dhuna, persekutimi ose ndarja nga familjet. Faktorët pas emigrimit, të tillë si dizavantazhet shoqërore dhe ekonomike, mundet gjithashtu të luajnë rol kontribues në shfaqjen e simptomave dhe janë të dëmshme për shëndetin mendor. Këtu përfshihet izolimi shoqëror, diskriminimi, papunësia, varfëria, disfunksioni familjar, mungesë e strehimit të qëndrueshëm dhe paqartësitë në aplikimet për azil (Eaton W., 2000).

Rreziku për të zhvilluar psikozë, është më i ulët te migrantët që jetojnë në zona me të ardhura të larta dhe kur vijnë nga shtete të ngjashme, p.sh., nga një vend perëndimor në një vend tjetër perëndimor (Norredam M., & Al., 2009).

Në studimin tonë, përputhshmëria midis arritjeve dhe pritshmërive të krijuara, për pesë fushat (puna, të ardhurat, familja, shëndeti dhe shoqëria) e realizimit të tyre në emigracion, ndryshonin në mënyrë domethënëse midis dy grupeve të studimit. Një e katërta e të dy grupeve ishin plotësisht të pakënaqur nga arritjet e tyre në emigrim, por një gjetje interesante ishte se, zhgënjimi më i madh për mos arritjet e pritshmërive rezultoi te grupi i kontrollit. Kryesisht, dominon grupi i kontrollit me pakënaqësinë për mosarritjet, ndërkohë që vetëm një pjesë e vogël nga të dy grupet rezultoi të ishte e kënaqur apo shumë e kënaqur për arritjet, dhe ku pjesa më e madhe e tyre janë ata me psikozë. Një shpjegim i mundshëm për këtë fakt mund të jetë se grupi i personave me psikozë kishte arsimim më të ulët dhe vështirësi më të mëdha financiare dhe shoqërore përpara se të emigronin, kështuqë për rrjedhojë edhe pritshmëritë e tyre kanë qenë më të lehta për t'u realizuar. Ndërkohë që grupi i kontrollit, duke pasur pritshmëri më të larta për shkak të statusit socio-ekonomik dhe arsimimit më të mirë, rezultoi të ishte më pak i kënaqur me arritjet.

5.11 Lidhja e dizavantazheve shoqërore dhe ngjarjeve gjatë fazave të emigrimit me gjasën për psikozë

Sipas modelit socio-zhvillimor (Morgan et al., 2019) hipotetizua se gjasat e zhvillimit të çrregullimit psikotik tek emigrantët mund të rritet nga ekspozimi i vazhdueshëm ndaj disavantazheve sociale, ngjarjet negative gjatë procesit të emigrimit dhe mospërputhja midis pritshmërive dhe arritjeve.

Për këtë arsye ndërtaam dhe analizuaam modelet e krijuara mbi bazën e këtyre faktorëve ekspozues të grupuar sipas indekseve.

Indeksi i dizavantazhit shoqëror para emigrimit në modelin e papërpunuar, tregoi që nëse shtohet një pikë në këtë indeks, gjasat për psikozë rritet tre herë më shumë në raportin e gjasave (probabiliteti i parashikueshëm është 0.75). Ky raport gjasash shtohet dhjetë herë, nëse marrim parasysh faktorët e ndryshëm të rrezikut, nga të cilët ndikues ishin moshë (sa më i vogël në moshë, aq më shumë mundësi kishte të ishte me psikozë), trashëgimia familjare, abuzimi me substanca dhe koha në emigrim. Raporti i gjasave për psikozë dyfishohet (OR=20.7, probabiliteti i parashikueshëm është 0.95) kur faktorëve më sipër u shtoheshin edhe dizavantazhet shoqërore gjatë dhe pas emigrimit dhe mospërputhjet midis pritshmërive dhe arritjeve. Këto rezultate tregojnë që faktorët para emigrimit kanë një rol të fortë në shfaqjen e psikozës, dhe nëse e krahasojmë me studime të tilla si ai i Tarricone e bp., (2022), i cili ka marrë parasysh këtë indeks (gjasat për psikozë është dy herë e rritur), rezulton të jetë parashikues më i lartë te studimi jonë.

Indeksi i ngjarjeve gjatë emigrimit në modelin e papërpunuar, tregoi që nuk kishte ndikim në gjasën për psikozë. Raporti i gjasave nuk ndikohet edhe, nëse marrim parasysh faktorët e ndryshëm të rrezikut, si edhe kur faktorëve më sipër u shtoheshin edhe dizavantazhet shoqërore të para dhe pas emigrimit dhe mospërputhjet midis pritshmërive dhe arritjeve. Gjetjet mbi ngjarjet gjatë emigrimit, të cilat tregojnë që nuk kanë ndonjë ndikim mbi shfaqjen e psikozës, përputhen me rezultatet e disa studimeve (Tarricone I. et al., 2022; Selten et al., 2019) të cilat nuk janë gjetur lidhje ose është gjetur një lidhje shumë e vogël ndikuese. Megjithatë studime të tjera, mundësisht gjatësore do të ishin më të mira për përgjithësim apo vërtetim të saktë të këtyre gjetjeve.

Indeksi i dizavantazhit shoqëror pas emigrimit në modelin e papërpunuar, tregoi që nëse shtohet një pikë në këtë indeks, gjasat për psikozë rritet 20 më shumë në raportin e gjasave

(probabiliteti i parashikueshëm për psikozë është 0.95). Ky raport gjasash ulej në 13.46 nëse merrnim parasysh faktorët e ndryshëm të rrezikut (probabiliteti i parashikueshëm për psikozë është 0.93). Studime të ndryshme kanë pasur gjetje të ngjashme, ku janë vlerësuar lidhjet midis indikatorëve të vetëm të dizavantazheve shoqërore dhe psikozës (Morgan et al., 2008). Nëse faktorëve më sipër u shtoheshin edhe dizavantazhet shoqërore gjatë dhe para emigrimit dhe mospërputhjet midis pritshmërive dhe arritjeve, raporti i gjasave për psikozë ndikohej dukshëm, duke rezultuar i papërfillshëm. Pra rreziku për psikozë nuk ndikohej nga faza e pas emigrimit, nëse do të merreshin parasysh të gjithë faktorët ndikues të indeksit, duke na sugjeruar që ndoshta të dy grupet (me dhe pa psikozë) nuk ndikohen nga dizavantazhet shoqërore pas emigrimit. Kjo gjetje nuk përputhet me rezultatet e studimeve të ndryshme (Agerbo et al., 2015; Anderson & Edwards, 2020; Tarricone I. et al., 2022). Një ndryshim i tillë mendoj që duhet vlerësuar më gjatë, pasi edhe specifika e studimit tonë është pak më ndryshe nga studimet e përmendura, të cilat janë realizuar në vendet e emigrimit dhe jo te të rikthyerit, janë krahasuar grupet me psikozë por me status të ndryshëm të emigrantit, si dhe janë krahasuar emigrantët e ardhur nga shumë shtete. Faktorët e rrezikut të studuar te këto studime në fazën pas emigrimit, ishin të lidhur me kulturën e vendeve nga vinin, siç ishte densiteti etnik në vendin e emigrimit. Këta individë, duke jetuar në zona me densitet të ulët etnik, janë të ekspozuar ndaj kushteve shoqërore të ulta dhe izolimit më të madh, duke pasur një rrezik më të madh për psikozë. Një supozim i tillë duhet vlerësuar më shumë për grupet tona të emigrantëve, të cilët kanë jetuar brenda komunitetit të tyre shqiptar, i cili ndoshta shërben si faktor mbrojtës nga ana e shëndetit mendor. Por ndërkohë nuk kemi marrë parasysh edhe faktorë të tjerë pas emigrimit, të tillë si diskriminim, racizmi, për të parë dhe vlerësuar rolin e tyre në psikozë.

Vlerësimi subjektiv nga pjesëmarrësit sa i takon mospërputhjes së pritshmërive dhe arritjeve, tregoi që nëse shtohet një pikë në këtë indeks, gjasa për psikozë rritej 0.52 më shumë në raportin e gjasave (probabiliteti i parashikueshëm për psikozë është 0.83) kur merrnim parasysh faktorët e ndryshëm të rrezikut. Nëse faktorëve më sipër u shtoheshin edhe dizavantazhet shoqërore gjatë dhe para/pas emigrimit, raporti i gjasave për psikozë ndikohej dukshëm, duke rezultuar i papërfillshëm. Pra vlerësimi subjektiv nga pjesëmarrësit sa i takon mospërputhjes së pritshmërive dhe arritjeve, nuk shoqërohej me rrezik të shtuar për psikozë, duke na sugjeruar që ndoshta të dy grupet (me dhe pa psikozë) nuk ndikohen. Një gjetje e tillë nuk përputhet me rezultatet e studimeve të ndryshme (Tarricone I. et al., 2022), të cilat referojnë që vlerësimi subjektiv i mospërputhjes së pritshmërive dhe arritjeve është i shoqëruar me gjasën për psikozë edhe kur përshtatet me dizavantazhet dhe ngjarjet e pakëndshme gjatë emigrimit.

Efekti dozë-përgjigje i ekspozimit të vazhdueshëm ndaj dizavantazheve/ngjarjeve – fatkeqësive, rriste gjasën për psikozë dy herë vetëm kur numri i ngjarjeve rritej mbi gjashtë (probabiliteti i parashikueshëm për psikozë është 0.68), dhe gjasa për psikozë bëhej 8.26 kur modeli përshtatej edhe për faktorët e tillë, si: vendi i emigrimit, mosha, gjinia, arsimimi, trashëgimia, abuzimi, gjuha, vitet në emigrim, dizavantazhet para/pas emigrimit, mospërputhja midis pritshmërive/arritjeve (probabiliteti i parashikueshëm për psikozë është 0.86).

5.12. KONKLuzionet

Ky studim, është I pari dhe I vetmi (në dijeninë tonë) aktualisht, që ka në fokus fenomenin shqiptar të emigrimit dhe ndikimin e tij në shëndetin mendor të emigrantëve, saktësisht shfaqjen e psikozave.

Studimi i këtij fenomeni është bërë duke marrë parasysh ekspozimin e individëve ndaj tre fazave kryesore të emigrimit dhe kohëzgjatjen e tyre.

Është një studim që krahason dy grupe: një grup klinik simptomatik, dhe një grup nga popullata e përgjithshme.

Rezultatet e studimit sigurojnë një mbështetje sa i takon hipotezës që ekspozimi ndaj dizavantazheve shoqërore përpara dhe pas emigrimit, lidhet me rritje të probabilitetit ose gjasës për psikozë te emigrantët shqiptarë, edhe kur kemi llogaritur faktorët e rrezikut.

Përpunimi reciprok për fazat e ndryshme, sugjeroi që dizavantazhet shoqërore para emigrimit u shoqëruan me gjasën e ndodhjes në një rrezik shumë më të lartë në krahasim me studimet ndërkombëtare.

Rezultatet tona mbështesin hipotezën që vlerësimi subjektiv i mospërputhjes midis pritshmërive dhe arritjeve, u shoqërua me rritjen e gjasës për psikozë te emigrantët kur përshtatet modeli me faktorët e tjerë ekspozues, por jo kur përshtatet edhe me dizavantazhet.

Dizavantazhet shoqërore të fazava para dhe pas emigrimit ishin më shumë të lidhura me gjasën për psikozë, sesa ngjarjet gjatë emigrimit.

Efekti kumulativ i dizavantazheve shoqërore dhe ngjarjeve të emigrimit, rrit gjasën për psikozë te migrantët kur numri i ngjarjeve është 6 ose më i madh se 6.

Të dhënat e këtij studimi kanë nevojë për të dhëna të mëtejshme longitudinale, në mënyrë që të vlerësohen më hollësisht dhe të konfirmohen ose të plotësohen këto rezultate.

Profili për dy grupet e studimit:

- **Grupi me psikozë** u përfaqësua nga individë të cilët ishin kryesisht nga Tirana, Fieri dhe Kukësi, me nivel arsimor kryesisht të mesëm. Shteti i fundit i emigrimit për ta, ishte Greqia, Italia dhe Mbretëria e Bashkuar. Moshë e emigrimit ishte e re dhe në pjesën më të madhe kanë qenë përpara moshës 18 vjeç. Në kohën e emigrimit, pjesa më e madhe e tyre nuk kishin qenë të pajisur me dokumente të rregullta, të ndaluar disa herë nga policia, nuk kishin ardhur asnjëherë në Shqipëri, ishin kthyer me detyrim në Shqipëri dhe mendonin të emigronin përsëri. Arsytet e mosardhjes asnjëherë në Shqipëri ishin ga më të ndryshmet, si hasmëri, gjyqe, arsye politike, etj. Ata kanë pasur vështirësi ose pamundësi krijimi të një punësimi të rregullt dhe të zgjatur në kohë. Për këtë arsye, ata ishin persona me vështirësi financiare dhe pamundësi për të arritur pritshmëritë e ngritura nga ana e tyre përpara se të emigronin. Krijimi ose mbajtja e një familje të qëndrueshme, dukej si e paarritshme nga këta persona ose dështim për ta krijuar. Këta persona e kishin ,dobët‘ ose më

- shumë ,të paarritur‘ pritshmërinë e tyre në lidhje me shërbimin shëndetsor dhe kujdesin për shëndetin e tyre. Dhe në fund, personat me psikozë ishin në vështirësi për të krijuar ose për të pasur shoqëri, duke e bërë edhe më të vështirë funksionimin e tyre shoqëror.
- **Grupi i kontrollit** u përfaqësua nga individë të cilët kishin jetuar kryesisht në Elbasan, Shkodër dhe Dibër, me nivel arsimor kryesisht tetëvjeçar, të lartë ose pa arsim. Pjesa më e madhe e grupit të kontrollit kishin qenë emigrantë kryesisht në Gjermani dhe Itali, kishin qenë me dokumente të rregullt, kishin ardhur disa herë në Shqipëri, ishin kthyer me dëshirë dhe nuk kishin plane për rikthim në emigrim. Këta ishin persona të cilët kishin më shumë mospërputhje midis pritshmërive dhe arritjeve, pavarësisht se ky grup karakterizohet në pjesën më të madhe, nga aftësia për të pasur një punë të kënaqshme dhe të qëndrueshme në kohë. Një pjesë e mirë e tyre ishin të kënaqur me të ardhurat e arritura nëpërmjet punës që kishin bërë në shtetet përkatëse emigruese. Ata ishin me familje të lumtura dhe të qëndrueshme, të cilat i kanë pasur ose i kanë krijuar pasi kanë emigruar. Duket që pritshmëritë për shëndetin nuk janë edhe aq mirë të realizuara edhe për grupin e kontrollit. Një pjesë e mirë e tyre referuan që kishin krijuar dhe ruanin shoqëri të qëndrueshme dhe të mirë.

5.13. REKOMANDIME

Ekziston një urgjencë e vazhdueshme, për të përdorur rezultatet dhe të dhënat studimore, shpesh të neglizhuara, në zhvillimin e politikave sociale, nismave të ndryshme të shëndetit publik dhe koordinimin me shërbimet e shëndetit mendor, për trajtimin e një grupi jo të vogël njerëzish të cilët po kthehen nga emigrimi, por dhe për një numër në rritje të emigrantëve të huaj që po vijnë çdo ditë e më shumë në Shqipëri. Sipas INSTAT (2023), në fund të vitit 2022, numri i të huajve me leje rezidenciale në Shqipëri 18 151 banorë, me një rritje 21.6% krahasuar me vitin 2021.

Duke pasur parasysh që studimet mbi marrëdhënien e emigrimit dhe çrregullimeve të shëndetit mendor mungojnë, rekomandoj që të kryhen studime të tjera, më të zgjeruara epidemiologjike dhe klinike, ku fokus të jetë edhe gjenerata e dytë e emigrantëve, si pjesa më vulnerabël e këtij procesi.

Një vëmendje e shtuar dhe studime të mundshme duhet të realizohen edhe për fenomenin e migrimit të brendshëm dhe pasojave të tij në shëndetin mendor.

Në një botë me proces emigrimi gjithnjë në rritje dhe ndërveprime të shumta ndërkulturore, rezultatet e këtij studimi kanë implikime të rëndësishme si për parandalimin ashtu edhe për trajtimin e pakicave që vuajnë nga sëmundjet psikotike. Studimet e ardhshme duhet të fokusohen në lidhjen e mundshme midis faktorëve stresues të kontekstit specifik të emigrimit dhe simptomave në popullatat e tjera emigrante.

Rritje të ndërgjegjësimit të hartuesve të politikave, punonjësve të shëndetit, sidomos të shëndetit mendor, si dhe shoqërisë në tërësi, mbi ndërtimin e programeve të informimit dhe

të ndërgjegjsimit për njohjen e problematikave të emigrimit dhe ndikimin afatgjatë në shëndetin mendor të faktorëve të ndryshëm të emigrimit.

Do të ishte me rëndësi një riorientim i shërbimeve, në mënyrë që vëmendje më e madhe t'u kushtohet individëve me histori emigrimi dhe me vështirësitë që pason një situatë e tillë, vështirësi të cilat shpesh mund të jenë paraprirës të një problemi të shëndetit mendor të neglizhuar.

Është e nevojshme që strategjitë shoqërore dhe të shëndetit publik të marrin parasysh edhe vlerësimin dhe mbështetjen psikoemocionale të emigrantëve të kthyer në Shqipëri.

5.14. Pikat e forta dhe kufizimet e studimit

Studimi ynë është I pari që studjon fenomenin e emigrimit, faktorët e emigrimit dhe lidhjen e tyre me rrezikun e shfaqjes së psikozës.

Është një studim rast – kontroll dhe një studim I tillë është shumë më I mundshëm për t'u realizuar në popullatë klinike, meqenëse psikoza është një sëmundje jo shumë e shpeshtë në popullatën e përgjithëshme.

Meqenëse kemi një përfaqësim të mirë të popullatës klinike, rezultatet mund të na lejojnë që të bëjmë disa përgjithësime, por vetë grupi i kontrollit mund të mos jetë përfaqësues I popullatës së emigrantëve dhe mund të përbëjë bias të përzgjedhjes.

Përzgjedhja e grupit të kontrollit do të ishte mirë të bazohej në të gjithë popullatën e kthyer në Shqipëri, në mënyrë që të maksimalizohej sa më shumë përfaqësimi.

Gjetjet e studimit mund të jenë rezultat i bias së kujtesës, për arsye se plotësimi i pyetsorëve është bërë shumë vite pas emigrimit dhe mbart rrezikshmërinë e subjektivitetit nga ana e pjesëmarrësve në studim.

Në këtë studim janë grupuar faktorët e ndryshëm të ekspozimit, në tre kohë të ndryshme: para, gjatë dhe pas emigrimit. Përdorimi I shumë faktorëve në modelet finale, shpesh rezultoi në ulje të domethënies statistikore te tyre duke dobësuar fuqinë e tyre.

Referenca

1. Abbott MW, Wong S, Williams M, Au M, Young W. Chinese Migrants' Mental Health and Adjustment to Life in New Zealand. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1999;33(1):13-21. doi:10.1046/j.1440-1614.1999.00519.x
2. Abbott MW, Wong S, Williams M, Au M, Young W. Chinese Migrants' Mental Health and Adjustment to Life in New Zealand. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*.
3. Adriaanse, M., Van Domburgh, L., Hoek, H. W., Susser, E., Doreleijers, T. A. H., & Veling, W. (2015). Prevalence, impact and cultural context of psychotic experiences among ethnic minority youth. *Psychological Medicine*, 45(3), 637-646.
4. Anderson, K. K., & Edwards, J. (2020). Age at migration and the risk of psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 410–420. <https://doi.org/10.1111/acps.13147>.
5. Albanian Centre for Competitiveness and International Trade (ACIT). 2012. *Study on the Greek Crisis Impact in Albania*. Tirana: ACIT and U.S. Agency for International Development.
6. American psychiatric association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
7. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision)*. Washington, DC: Author. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
8. American psychiatric association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
9. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
10. Agerbo, E., Sullivan, P. F., Vilhjálmsdóttir, B. J., Pedersen, C. B., Mors, O., Børglum, A. D., ... Mortensen, P. B. (2015). Polygenic risk score, parental socioeconomic status, family history of psychiatric disorders, and the risk for schizophrenia: A Danish population-based study and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(7), 635–641. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0346>.
11. Antonello Biagini, (2005). *Contemporary History of Albania*, Pocket Bompiani, Roma.
12. Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H. L., Polanczyk, G., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *American journal of Psychiatry*, 168(1), 65-72.
13. Banka Botërore, 2005. Arno Tausch (2005) ,World Bank Pension reforms and development patterns in the world system and in the “Wider Europe”. A 109 country investigation based on 33 indicators of economic growth, and human, social and ecological well-being, and a European regional case study’.
14. Barjaba, Kosta and Luigi Perrone. 1996. *Forma e Grado di Adattamento dei Migranti di Cultura Albanese in Europa (Italia, Grecia, Germania): 1992-5* [Form and Degree of Adaptation of Migrants of Albanian Culture in Europe (Italy, Greece, Germany): 1992-5]. In *Naufraqi Albanesi: Studi Ricerche e Riflessioni sull'Albania* [Shipwreck

- Albanians: Research Studies and Reflections on Albania], eds. Kosta Barjaba, Georges Lapassade, and Luigi Perroneeds. Rome: Sensibili alle Foglie.
15. Barjaba, Kosta and Russell King. 2005. Introducing and Theorizing Albanian Migration. In *The New Albanian Migration*, eds. Russell King, Nicola Mai, and Stephanie Schwandner-Sievers. Brighton: Sussex Academic Press.
 16. Barjaba, Kosta. 2000. Contemporary Patterns in Albanian Migration. *South-East Europe Review* 3 (2): 57–64.
 17. Bërxfholi, 2000. Regjistrimet e përgjithshme të popullsisë në shqipëri: vështrim historic. Akademia e Shkencave, Qendra e Studimeve Gjeografike, 2000 (112 faqe).
 18. Bhugra D, Becker MA. Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry*. 2005 Feb;4(1):18-24. PMID: 16633496; PMCID: PMC1414713.
 19. Bhugra, D., & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World psychiatry*, 4(1), 18.
 20. Bhugra, D., & Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in psychiatric treatment*, 7(3), 216-222.
 21. Bhugra, D., & Jones, P.B. (2001). Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 216-222.
 22. Blejer, M., Mauro Mecagni., Ratna Sahay., Richard Hides., Barry Johnston., Pirooska Nagy., and Roy Pepper (1992) 'Albania: From Isolation Towards Reform', Occasional Paper No. 98, Washington: International Monetary Fund.
 23. Borchert, J.G. (1975). 'Economic Development and Population Distribution in Albania', *Geoforum*, 6(3-4): 177-186.
 24. Bourque, F., van der Ven, E., & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5), 897-910. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001406>
 25. Boutziona I, Papanikolaou D, Sokolakis I, Mytilekas KV, Apostolidis A. Healthcare Access, Quality, and Satisfaction Among Albanian Immigrants Using the Emergency Department in Northern Greece. *J Immigr Minor Health*. 2020 Jun;22(3):512-525. doi: 10.1007/s10903-020-00983-x. PMID: 32076945.
 26. Cantor-Graae E. The Contribution of Social Factors to the Development of Schizophrenia: A Review of Recent Findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2007;52(5):277-286. doi:10.1177/070674370705200502
 27. Cantor-Graae, E., & Pedersen, C. B. (2007). Risk of schizophrenia in second-generation immigrants: A Danish population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 37(4), 485–494. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009652>.
 28. Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American journal of psychiatry*, 162(1), 12-24.
 29. Carleto et al. 2004. A Country on the Move: International Migration in Post-Communist Albania. Published on December 2006. *International Migration Review* 40(4):767-785 DOI: [10.1111/j.1747-7379.2006.00043.x](https://doi.org/10.1111/j.1747-7379.2006.00043.x)
 30. Caspi 2003. Gene Flow by Selective Emigration as a Possible Cause for Personality Differences between Small Islands and Mainland Populations
 31. Charles D. Spielberger (2004). *Encyclopedia of Applied Psychology*, Academic Press, pg.2688, 1391-1392. University of South Florida, Tampa, USA. eBook ISBN: 9780080547749.

32. Cochrane, R., & Bal, S. S. (1987). Migration and schizophrenia: an examination of five hypotheses. *Social psychiatry*, 22, 181-191.
33. Cooper, C., Morgan, C., Byrne, M., Dazzan, P., Morgan, K., Hutchinson, G., ... & Fearon, P. (2008). Perceptions of disadvantage, ethnicity and psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 185-190.
34. Cynthia Willis- Esqueda, Suzette Toscano & Jennifer Coons (2015) The Impact of Ethnicity, Immigration Status, and Socioeconomic Status on Juror Decision Making, *Journal of Ethnicity in Criminal Justice*, 13:3, 197-216, DOI: 10.1080/15377938.2014.984044)
35. de Haas, H., Czaika, M., Flahaux, M.-L., Mahendra, E., Natter, K., Vezzoli, S., & Villares-Varela, M. 2019. International migration: Trends, determinants, and policy effects. *Population and Development Review*, 45: 885–922. Google Scholar
36. de Zwager, N., I. Gedeshi, E. Germenji and C. Nikas, 2005, “Competing for Remittances”, report prepared for IOM Tirana and funded by the CARDS programme of the European Union.
37. DeVylder, J. E., Kelleher, I., Lalane, M., Oh, H., Link, B. G., & Koyanagi, A. (2018). Association of urbanicity with psychosis in low-and middle-income countries. *JAMA psychiatry*, 75(7), 678-686.
38. Di Forti, M., Morgan, C., Dazzan, P., Pariante, C., Mondelli, V., Marques, T. R., ... & Murray, R. M. (2009). High-potency cannabis and the risk of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 195(6), 488-491.
39. Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T. P., Tripoli, G., Gayer-Anderson, C., Quigley, H., ... & van der Ven, E. (2019). The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 427-436.
40. Stafford, J., Howard, R., & Kirkbride, J. (2018). The incidence of very late-onset psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis, 1960–2016. *Psychological Medicine*, 48(11), 1775-1786. doi:10.1017/S0033291717003452
41. Dow, H.; Woolley, S. Mental Health Perceptions and coping strategies of Albanian immigrants and their families. *J. Marital Fam. Ther.* 2011, 37, 95–108
42. Eaton W, Harrison G . Ethnic disadvantage and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 407: 38–43; Gilliver SC, Sundquist J, Li X, Sundquist K . Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. *Eur J Public Health* 2014; 24 (Suppl 1): 72–79.
43. Eurostat. 2015. Asylum in the EU in the First Quarter 2015. News release, June 18, 2015.
44. Fernando, S. (2010). *Mental health, race and culture*. Bloomsbury Publishing.
45. Filipi, Gjergji, Emira Galanxhi, Majlinda Nesturi, and Teuta Grazhdani. 2014. *Return Migration and Reintegration in Albania*. Tirana: Institute of Statistics (INSTAT) and International Organization for Migration (IOM).
46. Galanis, P.; Sourtzi, P.; Bellali, T.; Theodorou, M.; Karamitri, I.; Siskou, O.; Charalambous, G.; Kaitelidou, D. Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: A cross-sectional study. *BMC Health Serv. Res.* 2013, 13, 350

47. Gater, R., Jordanova, V., Maric, N., Alikaj, V., Bajcs, M., Cavic, T., . . . Sartorius, N. (2005). Pathways to psychiatric care in Eastern Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 186(6), 529-535. doi:10.1192/bjp.186.6.529
48. Gazeta 'Dita'. 2015. "JO" azilkërkuesve ekonomikë nga Shqipëria, "PO" punëtorëve të kualifikuar ["NO" economic asylum seekers from Albania, "YES" skilled workers]. Gazeta 'Dita', July 9, 2015.
49. Gedeshi, I., H. Mara and Xh. Preni, 2003, "The Encouragement of Social-Economic Development in Relation to the Growth of the Role of the Remittances", Tirana: Centre for Economic and Social Studies, unpublished report on behalf of UNDP and Soros Foundation
50. Gee GC, Spencer MS, Chen J, Takeuchi D. A nationwide study of discrimination and chronic health conditions among Asian Americans. *Am J Public Health*. 2007 Jul;97(7):1275-82. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.091827>
51. Gee, G. C., Ryan, A., Laflamme, D. J., & Holt, J. (2006). Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: the added dimension of immigration. *American journal of public health*, 96(10), 1821-1828.
52. German Federal Ministry of the Interior. 2015. *179.000 Asylanträge im ersten Halbjahr 2015* [179,000 asylum applications in the first half of 2015]. Press release, July 13, 2015.
53. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA Psychiatry*. (2014) 71:248–54. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.3726
54. Hasan SI, Yee A, Rinaldi A, Azham AA, Mohd Hairi F, Amer Nordin AS (2021) Prevalence of common mental health issues among migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 16(12):
55. Helena D. Dow and Scott R. Woolley. 'Mental health perceptions and coping strategies of albanian immigrants and their families. *Journal of Marital and Family Therapy* doi: 10.1111/j.1752-0606.2010.00199.x January 2011, Vol. 37, No. 1, 95–108
56. Hickling, F. W., McKenzie, K., Mullen, R., & Murray, R. (1999). A Jamaican psychiatrist evaluates diagnoses at a London psychiatric hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 175(3), 283-285.
57. Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B., & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *bmj*, 352.
58. Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III – the final common pathway. *Schizophr Bull* 2009; 35: 549- 62. [PubMed Web of Science® Google Scholar](#)
59. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet* 2014; 383: 1677- 87. [PubMed Web of Science® Google Scholar](#)
60. Instituti I Shendetit Publik. (2018) [http://ishp.gov.al/docs/DESiSH/drogat/Strategjia kombetare kunder droges 2012-2016](http://ishp.gov.al/docs/DESiSH/drogat/Strategjia_kombetare_kunder_droges_2012-2016)
61. Instituti I Statistikës (INSTAT). (2023). 'Foreigners in Albania', INSTAT, ISBN 99927-973-7-1. www.instat.gov.al

62. Instituti I Statistikës (INSTAT). 2014. Albania in figures. https://www.instat.gov.al/media/3554/albania_in_figures_2014
63. INSTAT dhe Organizata Ndërkombëtare për Migracionin (ONM), 2014. Migracioni i kthimit dhe ri-integrimi në Shqipëri, 2013. https://www.instat.gov.al/temat/treguesit_2014
64. Institute of Statistics, Albania (INSTAT). Labor force balance, 2000-2014.
65. Instituti I Statistikës (INSTAT). (2004). ‘Migracioni në shqipëri - Regjistrimi i popullsisë dhe i banesave 2001. Tiranë, INSTAT, ISBN 99927-973-7-1. www.instat.gov.al
66. INSTAT (1993) La situation démographique en Albanie – Institut de la Statistique – Tirana, 8p.
67. International Organization of Migration. (2022). World Migration Report 2022. Interactive World Migration Report 2022 (iom.int)
68. International Organization of Migration (IOM) (2006). Editor: Georgetown University's Institute for the Study of International Migration (ISIM). Publisher Wiley. Vol. 44(4) 2006
69. Jongsma HE, Turner C, Kirkbride JB, Jones PB. International incidence of psychotic disorders, 2002-17: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2019 May;4(5):e229-e244. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30056-8. PMID: 31054641; PMCID: PMC6693560.
70. Kelleher, I., Connor, D., Clarke, M. C., Devlin, N., Harley, M., & Cannon, M. (2012). Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychological medicine*, 42(9), 1857-1863.
71. King & Vullnetari, 2003. Migration and development in Albania. Sussex Centre for Migration Research December 2003
72. King, R., N. Mai and M. Dalipaj 2003. Exploding the Migration Myths. Analysis and Recommendations for the European Union, the UK and Albania. London: The Fabian Society and Oxfam.
73. Kinzie JD . Immigrants and refugees: the psychiatric perspective. *Transcult Psychiatry* 2006; **43**: 577–591.
74. Kinzie, J. D. (2006). Immigrants and refugees: the psychiatric perspective. *Transcultural psychiatry*, 43(4), 577-591.
75. Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ, Morgan C, Jackson D, Boydell J, Murray RM, Jones PB. (2012). Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. *PLoS One*. 2012;7(3):e31660. doi: 10.1371/journal.pone.0031660.
76. Kirkbride, J. B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M., Jones, P. B., & Coid, J. W. (2008). Psychoses, ethnicity and socio-economic status. *The British Journal of Psychiatry*, 193(1), 18-24.
77. Kule et al., 2002. The Causes and Consequences of Albanian Emigration during Transition: Evidence from Micro Data. *International Migration Review* 36(1):229 - 239
78. Laurens, K. R., West, S. A., Murray, R. M., & Hodgins, S. (2008). Psychotic-like experiences and other antecedents of schizophrenia in children aged 9–12 years: a

- comparison of ethnic and migrant groups in the United Kingdom. *Psychological medicine*, 38(8), 1103-1111.
79. Lewis, G., Croft-Jeffreys, C., & David, A. (1990). Are British psychiatrists racist?. *The British Journal of Psychiatry*, 157(3), 410-415.
 80. Linscott, R. J., & Van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological medicine*, 43(6), 1133-1149.
 81. Lipsedge, M., & Littlewood, R. (2005). *Aliens and alienists: Ethnic minorities and psychiatry*. Routledge.
 82. McGrath, J., et al. (2004) A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status, and methodology. *BMC Medicine*, 2, 13. doi:10.1186/1741-7015-2-13
 83. Minnis, H., McMillan, A., Gillies, M., & Smith, S. (2001). Racial stereotyping: survey of psychiatrists in the United Kingdom. *BMJ*, 323(7318), 905-906.
 84. Misja, V. and Vejsiu, Y. (1990). 'Shtesa e popullsisë së Tiranës nga lëvizjet mekanike', Tirana
 85. Morgan, C., Gayer-Anderson, C., Beards, S., Hubbard, K., Mondelli, V., Di Forti, M., ... & Fisher, H. L. (2020). Threat, hostility and violence in childhood and later psychotic disorder: population-based case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 217(4), 575-582.
 86. Morgan, C., Knowles, G., & Hutchinson, G. (2019). Migration, ethnicity and psychoses: evidence, models and future directions. *World Psychiatry*, 18(3), 247-258.
 87. Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G., & Murray, R. M. (2010). Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophrenia bulletin*, 36(4), 655-664.
 88. Morgan, C., Fisher, H., Hutchinson, G., Kirkbride, J., Craig, T. K., Morgan, K., ... & Fearon, P. (2009). Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 226-235.
 89. Morgan, C. E., McKenzie, K. E., & Fearon, P. E. (2008). *Society and psychosis*. Cambridge University Press.
 90. Morgan, C., Kirkbride, J., Hutchinson, G., Craig, T., Morgan, K., Dazzan, P., ... Fearon, P. (2008). Cumulative social disadvantage, ethnicity and first episode psychosis: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38(12), 1701-1715. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004534>
 91. Naimo M., Massagli A., Degortes D., Favaro A., Campagnola N., Vidotto G.. (2006). The psychometric and psychosocial dimension of Albanian immigration: data from a preliminary study. *G Ital Med Lav Erg* 2006; 28:3, Suppl Psicologia 2, 104-110
 92. Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Risk of mental disorders in refugees and native Danes: a register-based retrospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 1023-1029.
 93. O' Donnell J. S. 1(999) *A coming of age: Albania under Enver Hoxha*, Columbia University Press, New York.
 94. Oduola, S., Das-Munshi, J., Bourque, F., Gayer-Anderson, C., Tsang, J., Murray, R. M., ... & Morgan, C. (2021). Change in incidence rates for psychosis in different

- ethnic groups in south London: findings from the Clinical Record Interactive Search-First Episode Psychosis (CRIS-FEP) study. *Psychological medicine*, 51(2), 300-309.
95. Pallaveshi, L., Jwely, A., Subramanian, P. et al. Immigration and Psychosis: an Exploratory Study. *Int. Migration & Integration* 18, 1149–1166 (2017). <https://doi.org/10.1007/s12134-017-0525-1>
 96. Pantelidou S, Craig TK. Culture shock and social support: a survey in Greek migrant students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006 Oct;41(10):777-81. doi: 10.1007/s00127-006-0096-5. PMID: 16845486.
 97. Pearce, J., Rafiq, S., Simpson, J., & Varese, F. (2019). Perceived discrimination and psychosis: a systematic review of the literature. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54, 1023-1044.
 98. Peoples, J., & Bailey, G. (2014). *Humanity: An introduction to cultural anthropology*. Cengage Learning.
 99. Pfeffer, J. (1994) *Competitive Advantage through People Unleashing the Power of the Workforce*. Harvard Business School Press, Boston.
 100. Philip H. Rack. (1982). Race, culture and mental disorder. Tavistock pp. 305 (136-137) Book, urn:oclc:record:1151055910.
 101. Radua, J., Ramella-Cravaro, V., Ioannidis, J. P., Reichenberg, A., Phiphophatsanee, N., Amir, T., ... & Fusar-Poli, P. (2018). What causes psychosis? An umbrella review of risk and protective factors. *World psychiatry*, 17(1), 49-66.
 102. Read J, Mosher RL, Bentall RP (eds.). (2004). *Models of Madness. Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. Hove, East Sussex: Brunner-Routledge. ISBN 1-5839-1905-8.
 103. Ryan, L., Leavey, G., Golden, A., Blizard, R., & King, M. (2006). Depression in Irish migrants living in London: Case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 188(6), 560-566.
 104. Sam, D. L., & Berry, J. W. (2010). Acculturation: When Individuals and Groups of Different Cultural Backgrounds Meet. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 472-481. <https://doi.org/10.1177/1745691610373075>.
 105. Schneider K. *Clinical Psychopathology*. New York: Grune & Stratton, 1959.
 106. Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2007 Mar;20(2):111-5. doi: 10.1097/YCO.0b013e328017f68e. PMID: 17278906.
 107. Selten, J. P., van der Ven, E., & Termorshuizen, F. (2020). Migration and psychosis: A meta-analysis of incidence studies. *Psychological Medicine*, 50(2), 303–313. doi: 10.1017/S0033291719000035
 108. Selten, J. P., Cantor-Graae, E., Slaets, J., & Kahn, R. S. (2002). Ødegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to the Netherlands. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 669-671.
 109. Selten, J. P., Veen, N., Feller, W., Blom, J. D., Schols, D., Camoenie, W., ... & Kahn, R. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 178(4), 367-372.
 110. Sharpley, M., Hutchinson, G., Murray, R., & McKenzie, K. (2001). Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England: Review of current hypotheses. *The British Journal of Psychiatry*, 178(S40), S60-S68. doi:10.1192/bjp.178.40.s60.

111. Silverstein, S. M., Moghaddam, B., & Wykes, T. (Eds.). (2013). *Schizophrenia: evolution and synthesis* (Vol. 13). MIT Press.
112. Singh, S. P., Cooper, J. E., Fisher, H. L., Tarrant, C. J., Lloyd, T., Banjo, J., ... Jones, P. (2005). Determining the chronology and components of psychosis onset: The Nottingham Onset Schedule (NOS). *Schizophrenia Research*, 80(1), 117–130
113. Siris S.G. Suicide and schizophrenia. *J. Psychopharmacol.* 2001; 15:127–135. doi: 10.1177/026988110101500209.
114. Sjoberg, O. (1992). Underurbanisation and the Zero Urban Growth Hypothesis: Diverted Migration in Albania. *Geografiska Annaler. Series B, Human Geography*, 74, 3-19. <https://doi.org/10.2307/490782>
115. Stafford, J., Howard, R., & Kirkbride, J. (2018). The incidence of very late-onset psychotic
116. Stevenson, A. (Ed.). (2010). *Oxford dictionary of English*. Oxford University Press, USA.
117. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Marquart B, Schanda H. The impact of diagnostic criteria on the prevalence of schizophrenic subtypes. *Compr Psychiatry*. 2005 Nov-Dec;46(6):433-9. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.03.003. PMID: 16275210.
118. Stompe, T., Holzer, D., Friedmann, A., & Bhugra, D. (2010). Pre-migration, personality and precipitating factors. In D. Bhugra & S. Gupta (Eds.), *Migration and Mental Health* (pp. 68-78). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511760990.007
119. Tachella, P. (2005) *Temi e questioni di storia economica dell'Albania dalla dominazione ottomana al crollo del comunismo. Una rassegna bibliografica.* Università degli Studi di Milano
120. Tarricone I et al. (2022). Migration history and risk of psychosis: results from the multinational EU-GEI study. *Psychological Medicine* 52, 2972–2984. <https://doi.org/10.1017/S003329172000495X>
121. Tarricone, I., Boydell, J., Kokona, A., Triolo, F., Gamberini, L., Sutti, E., ... & Berardi, D. (2016). Risk of psychosis and internal migration: Results from the Bologna First Episode Psychosis study. *Schizophrenia research*, 173(1-2), 90-93.
122. Tarricone, I.; Stivanello, E.; Ferrari, S.; Colombini, N.; Bolla, E.; Braca, M.; Giubbarelli, C.; Costantini, C.; Cazzamalli, S.; Mimmi, S.; et al. Migrant pathways to community mental health centres in Italy. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2012, 58, 505–511.
123. Tarricone, R., & Drummond, M. (2011). Challenges in the clinical and economic evaluation of medical devices: The case of transcatheter aortic valve implantation. *Journal of Medical Marketing*, 11(3), 221–229. <https://doi.org/10.1177/1745790411412242>
124. Thartori, V., & Hisham Ismail, N. A. (2021). Mental Well-being of Albanian and Kosovo Albanian Immigrants. *American Journal of Qualitative Research*, 5(2), 73-91. <https://doi.org/10.29333/ajqr/11106>
125. Thomas-Hope, E. (2006). Current trends and issues in Caribbean migration. In CEPAL (Ed.), *Regional and international migration in the Caribbean and its impact on sustainable development* (pp. 53–67). Port of Spain: CEPAL. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/23203/l.61.pdf>

126. Tirta, M. (1999) 'Migrime të shqiptarëve, të brendshme dhe jashtë atdheut (vitet '40 të shek.XIX-vitet '40 të shek.XX)'. *Etnografia Shqiptare*, 18. Bërxfholi dhe Doka (2005)
127. Tortelli, A., Errazuriz, A., Croudace, T. *et al.* Schizophrenia and other psychotic disorders in Caribbean-born migrants and their descendants in England: systematic review and meta-analysis of incidence rates, 1950–2013. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **50**, 1039–1055 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1021-6>
128. Tozzoli G. P. (1992) Profilo di uno stalinista di ferro, in A. Messina, Albania, CLUP, Milano. 28 UNDP-Albania (2000) Albanian Human Development Report 2000. Tirana: UNDP Albania.
129. UNFPA (1997). Annual Report. The themes that animate UNFPA's Annual Report for 1997 are ones that have become familiar since the ICPD in 1994. Reproductive health, including family planning and sexual health, remained the focus of the Fund's work during 1997, with programmes in the area of adolescent reproductive health playing an increasingly important role.
130. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA), *Recommendations on Statistics of International Migration*, Revision 1 (1998) p. 10, definition of "long-term migrants".
131. United Nations High Commissioner for Refugees. Figures at a glance: statistical yearbooks. <http://www.unhcr.org/statistics>. Accessed April 12, 2019.
132. Van Os, J., Gilvarry, C., Bale, R., Van Horn, E., Tattan, T., & White, I. (1999). A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. *Psychological medicine*, 29(3), 595-606.
133. Veling, W., Hoek, H. W., & Mackenbach, J. P. (2008). Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43, 953-959.
134. Veling, W., Selten, J. P., Susser, E., Laan, W., Mackenbach, J. P., & Hoek, H. W. (2007). Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *International journal of epidemiology*, 36(4), 761-768.
135. Veling, W., Selten, J. P., Veen, N., Laan, W., Blom, J. D., & Hoek, H. W. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophrenia research*, 86(1-3), 189-193.
136. Verma D., Srivastava M.K., Singh S.K., Bhatia T., Deshpande S.N. Lifetime suicide intent, executive function and insight in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophr. Res.* 2016; 178:12–16. doi: 10.1016/j.schres.2016.08.009.
137. Vullnetari, J. (2007). Albanian Migration and Development: State of the Art Review, IMISCOE Working Paper No.18,
138. Waldinger R., 1997, *Psychiatry for Medicine Students*. Përkthyer nga Suli A., 2003. (libër për studentët).
139. Wojcik, W., & Bhugra, D. (2010). Loss and cultural bereavement. *Mental health of refugees and asylum seekers*, 211-224.
140. World Bank. (2023). Albania Immigration Statistics 1960-2023. MacroTrends. <https://www.macrotrends.net/countries/ALB/albania>
141. Zunzunegui, Maria-Victoria, Forster, Mathieu, Gauvin, Lise, Raynault, Marie-France and Douglas Willms, J., (2006), Community unemployment and immigrants' health in Montreal, *Social Science & Medicine*, 63, issue 2, p. 485-500.

6.1. MODEL I MIRATIMIT TË INFORMUAR PËR PJESMARRJE NË STUDIM KËRKIMOR SHKENCOR

Titulli i studimit:

Emri i studiuesit:

Konfirmoj se kam lexuar dhe kuptuar fletën/letrën e informacionit që shpjegon projektin e mësipërm kërkimor dhe kam pasur mundësinë të bëj pyetje rreth projektit.

E kuptoj që pjesëmarrja ime është vullnetare dhe se jam i lirë të tërhiqem në çdo kohë pa dhënë asnjë arsye dhe pa pasur pasoja negative. Përveç kësaj, nëse nuk dëshiroj t'i përgjigjem ndonjë pyetjeje apo pyetjeje të veçantë, jam i lirë të refuzoj. Vendosi këtu numrin e kontaktit të studiuesit kryesor/anëtarit të ekipit kërkimor (sipas rastit).

E kuptoj që përgjigjet e mia do të mbahen rreptësisht konfidenciale (vetëm nëse janë të vërteta). Unë u jap leje anëtarëve të ekipit kërkimor që të kenë akses në përgjigjet e mia anonime. Unë e kuptoj që emri im nuk do të lidhet me materialet e kërkimit dhe nuk do të identifikohem ose identifikohem në raportin ose raportet që rezultojnë nga kërkimi.

Jam dakord që të dhënat e mbledhura nga unë të përdoren në kërkimet e ardhshme

Jam dakord të marr pjesë në projektin e mësipërm kërkimor.

Emri i Pjesëmarrësit
Nënshkrimi
(ose përfaqësues ligjor)

Data

Emri i personit që merr pëlqimin
Nënshkrimi

Data

(nëse është i ndryshëm nga studiuesi kryesor)

Të nënshkruhet dhe të datohet në prani të pjesëmarrësit

Hulumtuesi kryesor

Data

Nënshkrimi

Të nënshkruhet dhe të datohet në prani të pjesëmarrësit

Kopje:

Pasi kjo të jetë nënshkruar nga të gjitha palët, pjesëmarrësi duhet të marrë një kopje të formularit të pëlqimit të pjesëmarrësit të nënshkruar dhe të datës, letrën/skriptin e parashkruar/fletën e informacionit dhe çdo informacion tjetër me shkrim që u jepet pjesëmarrësve. Një kopje e formularit të pëlqimit të nënshkruar dhe të datës duhet të mbahet me dokumentet kryesore të projektit të cilat duhet të mbahen në një vend të sigurt.

Data: _____

Emri i aplikantit: _____

6.2. INTERVISTA E HISTORISE SË EMIGRIMIT DHE INTEGRIMIT SHOQËROR

Data e lindjes: _____
Numri I subjektit: _____
Intervali kohor : _____
Intervistuesi: _____
Data: _____

Të dhënat të përgjithëshme socio-demografike

1. Cili grup i studimit është?	Psikozë/pa psikozë																		
2. Gjinia rasteve	M/F																		
3. Gjendja civile	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Përgjigjia</th> <th style="text-align: right; border-bottom: 1px solid black;">Kodi</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Beqar</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Të martuar që jetojnë bashkë</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Të martuar që jetojnë të ndarë</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Të ve</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Divorcuar</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Bashkëjetojnë</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>Tjetër</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>Pa plotësuar</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </tbody> </table>	Përgjigjia	Kodi	Beqar	1	Të martuar që jetojnë bashkë	2	Të martuar që jetojnë të ndarë	3	Të ve	4	Divorcuar	5	Bashkëjetojnë	6	Tjetër	8	Pa plotësuar	9
Përgjigjia	Kodi																		
Beqar	1																		
Të martuar që jetojnë bashkë	2																		
Të martuar që jetojnë të ndarë	3																		
Të ve	4																		
Divorcuar	5																		
Bashkëjetojnë	6																		
Tjetër	8																		
Pa plotësuar	9																		
4. Mosha																			
5. Grupmoshat	1=18-29 vjeç; 2=30-39 vjeç; 3=40-49 vjeç; 4=50-64 vjeç.																		
6. Niveli arsimor rastet	Pa arsim Tetëvjeçar Mesëm Lartë Pasuniversitar																		
7. Kontaktimi	Shtrim/ambulator																		
8. Vendi i fundit ku ka emigruar	Greqi/Gjermani/Itali/SHBA/MB/Tjetër																		
9. Numri i vendeve të emigrimit	1/2/3 ose më shumë																		

A-Para emigrimit

1. Me kë keni jetuar në vendin tuaj para emigrimit?

O1. Vetem

O2. Vetem me femijet

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| O3. Partnerin | O6. Familjare te tjere |
| O4. Partnerin dhe femijet | O7. Shoqeri |
| O5. Prinderit | O8. Tjeter (specifiko) |

2. A keni qenë punësuar ndonjëherë në Shqipëri?

- | | |
|--------|--------|
| O0. Jo | O1. Po |
|--------|--------|

3. Cili ishte profesioni juaj direkt para emigrimit?

- O1 I papune
- O2 Shtepiak
- O3 Disabilitet fizik
- O4 Student
- O5 I punësuar

4. Klasa Sociale e prindërve

- O0. Klasë e mesme, e lartë/Punësuar me rrogë
- O1. Klasë punëtore/Gjatë pa punë

5. Qarku qëndrimit para emigrimit

- 6. O1 Tiranë O2 Fier O3 Vlorë O4 Elbasan O5 Korçë O6 Shkodër
- 7. O7 Dibër O8 Lezhë O9 Berat 10 Durrës 11 Gjirokastër 12 Kukës

8. Qarku qëndrimit pas kthimit

- O1 Tiranë O2 Fier O3 Vlorë O4 Elbasan O5 Korçë O6 Shkodër
- O7 Dibër O8 Lezhë O9 Berat 10 Durrës 11 Gjirokastër 12 Kukës

9. Keni jetuar në qytet apo fshat? O1 qytet O2 fshat

B- Procesi i Emigrimit

1. Data e emigrimit

2. Sa vjec ke qene kur ke emigruar?

3. Kur emigruat ishit më i madh se 18 vjeç?

- | | |
|--------|--------|
| O0. Jo | O1. Po |
|--------|--------|

4. Cila ishte arsyeja qe levizet nga vendi juaj?

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| O1 Papunësia | O2 Studime |
| O3 Martesë | O4 Ribashkim Familjar |
| O5 Kerkim per azil | O6 Arsye te tjera politike |
| O7 për të ardhura më të mira | O8 Shendeti |
| O9 Te tjera (Specifiko) | |

5. A jeni ndaluar ndonjehere sepse nuk keni pasur leje qendrimi ?

Oo. Jo O1. Po

4. Nese po, per sa kohe?

10. E konsideroni vendin e emigrimit si hapin e fundit te emigrimit?

Oo. Jo O1. Po

10.1 Nese jo, specifikoni perse(zgjidhni arsyen kryesore)

O1 Arsye ekonomike

O2 Arsye Familjare

O3 Faktore Social-ambiental

O4 Ekspuls/Skadimi I lejes se qendrim

O5 Ne telashe/ Duhet te arratisem

O6 Asnjehere nuk kisha qellim te rrija ne kete vend/ E kam konsideruar gjithmone si nje vend te perkohshem

O7 Te tjera(Specifiko)

11. A planifikoni të qëndroni ne menyre te perhershme ne Shqipëri një ditë?

Oo. Jo O1. Po

6.1 Nese jo specifikoni perse (Zgjidhni arsyen kryesore)

O1. Nuk kam familjare/Shtepi

O3. Rrezik ne vendin e origjines

O5. I mohuar nga familja/ I turperuar per tu kthyer

O7. Dua te shoh vende te tjera

O8. Nuk dua ti rikthehem stilit te vjeter te jeteses

O9. Jeta e atij/asaj eshte ketu

O2. Nuk ka perspektiva

O4. Kosto te larta

O6. Nuk dua te shoh njerez specifik

O10. Te tjera(Specifiko)

C- Post Emigrimi

1. A kishit leje qendrimi?

Oo Jo O1 Po

2. Cili eshte statusi juaj i emigrimit?

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| O1 Pa dokumente | O2 Ne kerkim te azilit |
| O3 Refugjat | O4 Resident i perkohshem |
| O5 Qytetar European | O6 Qytetar i ketij vendi |
| O7 Pa shtetesi | O8 Te tjera (Specifiko) |

3.A keni familjare ose shoqeri ne vendin e fundit të emigrimit?

- Oo. Jo O1. Po

5.1 Nese po, kë?

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| O1 Vetem, me femijet | O4 Prinderit |
| O2 Partnerin | O5 Familjare te tjere(Specifiko) |
| O3 Partnerin dhe femijet | O6 Shoqeri |

4.A keni familjare në Shqipëri?

- Oo. Jo O1. Po

4.1 Nese po, kë?

- | | | |
|--------------|----------------------------------|---------------------------|
| O1. Femijet | O2. Partnerin | O3. Partnerin dhe femijet |
| O4 Prinderit | O5 Familjare te tjere(Specifiko) | |

5.Sa shpesh keni ardhur në Shqipëri?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| O1. Shpesh (2 here ose me shume ne vit) | O3. Rralle (Me pak se 1 here ne vit) |
| O2. Nje here ne vit | O4. Asnjehere |

6.Si ka ndryshuar pozicioni juaj i punes qe kur jeni larguar nga Shqipëria?

- O1 Eshte permiresuar O2 Eshte perkeqesuar O3 Nuk ka ndryshuar

7. Si ka ndryshuar statusi juaj ekonomik qe kur jeni larguar nga Shqipëria?

O1 Eshte permiresuar O2 Eshte perkeqesuar O3 Nuk ka ndryshuar

8. Ju lutem tregoni, ne lidhje me secilen nga fushat e meposhtme, shkallen ne te cilen jane arritur pritshmerite tuaja:

	Arritur ne menyre perfekte	Arritur pjeserisht	Arritje te dobta	Te paarritura
Pune	O1	O2	O3	O4
Te ardhura	O1	O2	O3	O4
Familje	O1	O2	O3	O4
Shendet	O1	O2	O3	O4
Shoqeri dhe rrjeti social	O1	O2	O3	O4
Te tjera	O1	O2	O3	O4

Ndonjë problem në kryerjen e intervistes?

Oo Jo O1 Po

Nese po, Specifiko

6.3. Intervista NOS (Nottingham Onset Schedule)

Fletë Vlerësimi Paraprak

Prodrom(P)	
Manifestime	Koha e fillimit P
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Prodromet (P)

Data kyce dhe/ose Ngjarje shkaktare	Manifestime	Vërejtje/shembuj
Datat e fillimit		

Shfaqja e Simptomave Psikotike

Diagnoza sipas DSM-IV-R:

1=skizofreni;

3= Çrregullim skizoafektiv;

5= Çrregullim psikotik shkurter;

2=Çrregullims kizofreniform;

4= Çrregullim deluzional;

6= Çrregullim I paspecifikuar gjetiu

1. A keni njeri në familje me Çrregullime të shëndetit mendor? 0=jo; 1=po; 2=nuk e di

2. Kur janë shfaqur për herë të pare: a) 0-1muaj 2) 1-6 muaj 3) mbi 6 muaj

Lista e simptomave Prodromale

1. Prodromalet e mendimit: Ide te pazakonta, perqendrim i ulet, harroj, konfuz, i turbullt, i paqarte, “dicka nuk shkon mire”, interesa te reja si filozofi, religjion etj, frikera te pazakonta, dyshime, paranoja, ide referimi, xheloz, faj, madheshti, te menduarit magjik, obsesione.	3. Prodromalet e humorit: Ndihet I pavertete, bosh, jo sic duhet, luhate humori, ankth, tension, merak, ndihet I lodhur, mungese energjie, ndihet bosh, I irritueshem, humor te ulur/terheqje emocionale, mendime suicidale, ndihet i ngazellyer, teper I gezuar, armiqesor, agresiv, konfuzion.
2. Prodromalet e perceptimit: Derealizim, depersonalizim, keq perceptim, iluzione	4. Prodromalet e sjelljes: I shqetesuar, impulsive, debaton shpesh, shmang njerzit, kerkon siguri, duket i shqetesuar, i frikesuar, neglizhon higjienen, paraqitjen, axhitim, sjellje te pahijshme, i paparashikueshem, rutine rigjide, perkeqesim ne pune/shkollle, gjume I dobet, humbje peshe, sjellje ritualistike.
5. Simptoma e pare psikotike:	
a. Halucinacione	b. Deluzione
c. Katatoni	d. Simptomat e shkallës së parë
e. Sjellje bizarre	f. Simptoma negative