



**Republika e Kosovës**  
**Republika Kosova - Republic of Kosovo**  
**Qeveria - Vlada - Government**  
**Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health**

## **TRAJTIMI I ANKTHIT**

## **UDHËRRËFYES KLINIK**

Udhërrëfyesi Nr. 24

Prishtinë, 2022

Verzioni 1.0

### **Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:**

Dr. Arbëresha Turjaka	Kryesues
Dr. Teuta Qilerxhiu	Anëtare
Dr. Fakete Hoxha	Anëtare
Z. Mentor Sadiku	Anëtar
Z. Bekim Fusha	Anëtar
Prof.Dr. Lul Raka	Anëtar
Dr. Driton Vela	Anëtar
Dr. Sebahate Lleshi	Anëtare
Prof.Dr. Salih Ahmeti	Anëtar
Dr. Edmond Haliti	Anëtar
Z. Agron Bytyqi	Anëtar

### **Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së hartimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:**

Prof.Dr. Merita Berisha	Kryesuese
Prof. Dr. Vlora Ibishi	Anëtare
Prof.Dr. Valbona Zhjeqi	Anëtare
Dr. Merita Vuthaj	Anëtare
Dr. Drita Demiri	Anëtare

### **Sekretaria për procesin e zhvillimit të udhërrëfyesve dhe protokoleve klinike:**

MSc. Niman Bardhi	Kryesues
Dr. Rina Hoxha	Anëtare
Znj. Zana Shabani	Anëtare

### **Grupi punues për adaptimin e Udhërrëfyesit Klinik "Trajtimi i Ankthit"**

Dr. Laura Shehu	DShM	Kryesuese
Mr Sci. Ariana Qerimi	DShM	Anëtare
Dr. Fitim Skeraj	KPSh	Anëtar
Dr. Sami Rexhepi	KDSh	Anëtar
Dr. Shukrije Statovci	KTSh	Anëtar
Dr. Shaban Mecinaj	KTSh	Anëtar
Mr.Ph Fatbardha Murtezi	MSh	Anëtare

## **Përmbajtja**

I.Hyrje .....	4
1.1 Qëllimi dhe fokusi .....	4
1.2 Të dhënat për ankthin .....	4
1.3 Popullata e synuar .....	5
1.4 Dedikimi i udhërrëfyesit .....	5
1.5 Pyetjet .....	5
II. Metodologjia .....	6
III. Përkufizimet .....	7
IV. Vlerësimi .....	8
.....	9
V. Parimet e kujdesit për personat me çrregullim të ankthit të gjeneralizuar [ÇAGJ] .....	10
VI. Kujdesi hap pas hapi për individët me ÇAGJ .....	12
VII. Prezentimet e njohura dhe ato të dyshimta të ÇAGJ .....	13
VIII. Çrregullimet e Ankthit të Gjeneralizuar ÇAGJ .....	18
8.1 Çrregullimi i panikut dhe agorafobia .....	21
8.2 Fobia Specifike .....	22
8.3 Çrregullimi i ankthit social .....	23
8.4 Femrat gjatë shtatzënisë dhe periudhës pas lindjes .....	23
8.5 Fëmijët dhe adoleshentët .....	24
8.6 Ankthi i ndarjes .....	24
8.7 Mutizëm selektiv .....	27
IX. Çrregullimet e Ankthit në Kujdesin Parësor Shëndetësor .....	28
X. Trajtimi Medikamentoz .....	30
XI. Standardet e Auditueshme .....	39
XII. Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit .....	39
XIII. Aplikim dhe Zbatimi i UPK-së në rrethana tona .....	40
XIV. Referencat .....	41
XV. Shkurtesat .....	46

# I.Hyrje

Ankthi dhe çrregullimet e lidhura me ankthin janë ndër çrregullimet mendore më të zakonshme që shfaqen gjatë jetës . Prevalenca e çrregullimeve të ankthit raportohet të jetë 31% më e lartë se prevalenca e çrregullimeve të disponimit dhe përdorimit të substancave<sup>1</sup>.

Ankthi përkufizohet si: “Ankth dhe shqetësim i tepruar që ndodh në shumicën e kohës për të paktën 6 muaj nga një sërë ngjarjesh ose aktiviteteve të përditshme. Ankthi i gjeneralizuar karakterizohet nga vështirësia në kontrollimin e veprimeve ditore që manifestohet me prezencën e tri ose më shumë simptomeve fizike siç janë: [p.sh. tensionim muskular, pagjumësi dhe vështirësi në përqëndrim].

Fatkeqësisht te çrregullimet e ankthit shpeshë here dignostifikimi dhe trajtimi anashkalohen.

## 1.1 Qëllimi dhe fokusi

Ky udhërrëfyes është hartuar për të ndihmuar mjekët, përfshirë mjekët e kujdesit parësor shëndetësor, psikiatërat, psikologët, punonjësit social dhe infermierët në diagnostikimin dhe trajtimin e çrregullimeve të lidhura me ankthin.

Udhërrëfyesi ofron udhëzime për gjitha grupë-moshat me çrregullime të ankthi të gjeneralizuar [ankth kronik] ose çrregullime paniku [me ose pa agorafobi ose sulme paniku], synon që të ndihmojë në përmirësimin e funksioneve jetësore duke synuar uljen e probabilitetit të rikthimit të simptomeve që ndikojnë negativisht në mirëqenien e njeriut.

## 1.2 Të dhënat për ankthin

Rreth 275 milionë njerëz vuajnë nga çrregullimet e ankthit.

Rreth 4% e popullatës globale vuan nga ankthi dhe çrregullimet e ankthit, me në një proporcion 2.5% dhe 6.5% të popullsisë për çdo vend. 62% e personave që vuajnë nga ankthi i takojnë gjinisë femërore [170 milionë], ndërsa [105 milionë], i takojnë gjinisë mashkullore. Prevalenca e çrregullimeve të ankthit gjatë gjithë jetës raportohet të jetë më e lartë se prevalenca e çrregullimeve të disponimit dhe përdorimit të substancave.

---

<sup>1</sup> WHO <https://adaa.org/understanding-anxiety/facts-statistics>

### **1.3 Popullata e synuar**

Ky udhërrëfyes synon trajtimin e personave me çrregullime të ankthit të gjeneralizuar në të gjitha grup-moshat [fëmijët, adoleshentët, të rriturit, të moshuarit].

### **1.4 Dedikimi i udhërrëfyesit**

Ky udhërrëfyes u dedikohet të gjithë drejtuesve dhe profesionistëve shëndetësor në të gjitha nivelet e kujdesit që ofrojnë shërbime shëndetësore për trajtimin dhe menaxhimin e ankthit.

### **1.5 Pyetjet**

- ❖ Çka është ankthi?
- ❖ Kush e shkakton ankthin?
- ❖ Cilat janë çrregullimet e ankthit ?
- ❖ Cilat janë parimet e kujdesit të personave me çrregullime të ankthit të gjeneralizuar?
- ❖ Si bëhet menaxhimi i pacientëve në Kujdesin Parësor Shëndetësor ?
- ❖ Si menaxhohen krizat e ankthit ?
- ❖ Cilat janë modalitetet specifike të trajtimit?

## II. Metodologjia

Ky udhërrëfyes është hartuar nga grupi punues multidiciplinar dhe multiprofesional i emëruar nga Ministria e Shëndetësisë-Republika e Kosovës:

Të gjithë anëtarët e grupit punues para hartimit të këtij udhërrëfyesi kanë deklaruar se nuk kanë ndonjë konflikt interesi për çka edhe kanë nënshkruar deklaratat e konfliktit të interesit. Ky udhërrëfyes është hartuar në përputhje me metodologjinë standarde të procesit të adaptimit të udhërrëfyesve duke u shërbyer me dokumentin AGREE II, dhe marrja e vendimeve dhe rekomandimeve nga anëtarët e grupit punues është bërë me konsensus [me pëlqim të plotë të të gjithë anëtarëve të grupit punues].

Grupi punues ka rishikuar udhërrëfyesët klinik të publikuar në vitet e fundit, me rekomandime të qëndrueshme dhe me shkallë të lartë të evidencave, gjithashtu grupi punues është referuar në statistikat më të reja.

Udhëzimet dhe rekomandimet e dhëna në udhërrëfyesin klinik janë bazuar në literaturën ndërkombëtare si dhe përshkrimi i rekomandimeve është bërë sipas literaturës së përzgjedhur. Janë shqyrtuar shumë udhërrëfyes klinik praktik dhe përfundimisht grupi punues është përcaktuar për udhërrëfyesit në vijim:

- ❖ Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management, published 2011 NICE 2021 [last updated 26 July 2019].
- ❖ Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. 2014, gjithashtu grupi punues është referuar në të dhënat më të reja të OBSH-së.
- ❖ WHO, <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide> march 2. 2022.

Metodologjia e përdorur në literaturën e përzgjedhur për adaptimin e udhërrëfyesit referohet në provat që mbështesin referencat: prova klinike të rastësishme, studime në të cilat përcillen subjektet gjatë gjithë kohës [grupet e kontrollit dhe grupet e trajtimit]. Të dhënat mbi epidemiologjinë, diagnozën dhe trajtimi (psikologjik dhe farmakologjik) të ankthit u realizuan përmes MEDLINE citimeve (1980–2012), hulumtime për trajtime specifike për ankthin e gjeneralizuar dhe çrregullimet e lidhura me ankthin. Këto kërkime u plotësuan me të dhëna nga PsycINFO dhe kërkime manuale të studimeve të efikasitetit dhe meta-analizave.

Përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas tri-viteve, por gjithnjë duke u bazuar në rekomandimet e organizatave kredibile ndërkombëtare.

### III.Përkufizimet

**Ankth [i zakonshëm]:** përkufizohet si një ndjenjë e pakëndshme frike, frikë e shoqëruar me reagime fiziologjike [p.sh. tension, rritje të rrahjeve të zemrës, djersitje të pëllëmbëve].

**Ankth [çrregullim]:** përkufizohet si çrregullim mendore në të cilat frika, shqetësimi dhe tensioni janë problemi kryesor. Frika njihet nga personi si e tepruar dhe mund të rezultojë në sjellje të reduktuara të tilla si shmangie [p.sh. agorafobia] ose sjellja rituale [që gjendet në çrregullimin obsesiv-kompulsiv].

**Anhedonia:** përkufizohet si humbje e interesit, tërheqje nga aktivitetet e rregullta dhe të këndshme, shpeshë e lidhur me depresion.

**Aktivizimi i sjelljes:** [bihejvioral] nënkupton trajtimin psikologjik që fokusohet në përmirësimin e disponimit duke u angazhuar sërish në aktivitete që janë të orientuara drejt detyrave që dikur ishin të këndshme, pavarësisht disponimit të ulët aktual. Mund të përdoret si një trajtim i pavarur, dhe është gjithashtu një komponent i terapisë konjitive të sjelljes.

**Empatia:** përkufizohet si ndërgjegjësimit dhe kuptim i ndjenjave, sjelljes dhe motiveve të një personi tjetër, kombinuar me shqetësimin për atë person, pa vetë-identifikim me ato përvoja.

**Suicidi:** është vdekje e shkaktuar nga sjellja dëmtuese, e vetë-drejtuar me qëllim për të shkaktuar vdekjen.

**Vetëdëmtimi i qëllimshëm:** nënkupton vetë-shkaktimin e veprimeve të dhimbshme, shkatërruese ose dëmtuese por pa qëllim për të vdekur.

**Varësia:** është një sindromë e karakterizuar nga përdorimi i detyrueshëm i një substance përkundër njohjes së pasojave negative të përdorimit të tillë.

**Tërheqja/Abstenenca:** përfshinë një sërë simptomash të pakëndshme që ndodhin pas ndërprerjes së papritur ose zvogëlimit të dozës së një substance psikoaktive që është konsumuar në doza mjaft të larta në një periudhë të gjatë kohore.

**Terapia familjare:** nënkupton këshillimin që përfshin disa seanca të realizuara gjatë një periudhe mujore.

Seancat realizohen përmes individit, familjes ose grupeve familjare, dhe duhet të përfshijnë personin që jeton me sëmundje mendore, nëse është e mundur. Ka rol mbështetëse dhe edukative, shpesh përfshin zgjidhjen e problemeve të negociuara për menaxhimin e krizave.

## IV.Vlerësimi

### Vlerësimi i Çrregullimit të Ankthit të Gjeneralizuar

#### Çrregullimi i Ankthit të Gjeneralizuar [ÇAGJ]



#### Simptomet kryesore të ÇAGJ

- Ankth dhe shqetësim i tepruar për një sërë ngjarjesh ose aktivitete.
- Vështirësi në kontrollimin e shqetësimit.
- Shqetësimi ndodh në shumicën e ditëve për të paktën 6 muaj.
- Fokusi i shqetësimit nuk duhet të kufizohet në tiparet e një çrregullimi tjetër ankthi (për shembull, jo vetëm për të pasur një atak paniku, frikë sociale, ngjarje traumatike, të qenurit i prekur ose të keni një sëmundje të rëndë)

Nëse dy nga keto simptome kryesore janë të pranishme pyetni për simptomet e mëposhtme si në vijim:

Shqetësim

Lodhje e lehtë

Vështirësi në koncentrim

Nervozizëm

Muskujt e tensionuar

Gjumë i trazuar

Më pas pyesni për kohëzgjatjen e shqetësimit, dëmtimin, funksionimin dhe historinë e kaluar të ankthit dhe çrregullimeve të disponimit

#### I.Faktorët që favorizojnë edukimin fillestar për ÇAGJ dhe monitrimin aktiv [Hapi I]

Disa simptome të ÇAGJ ose simptome të ndërprera ose me kohëzgjatje më pak se 6 muaj [subklinike]

Vetëm shqetësim i lehtë dhe pa dëmtime funksionale ose i kufizuar lehtë

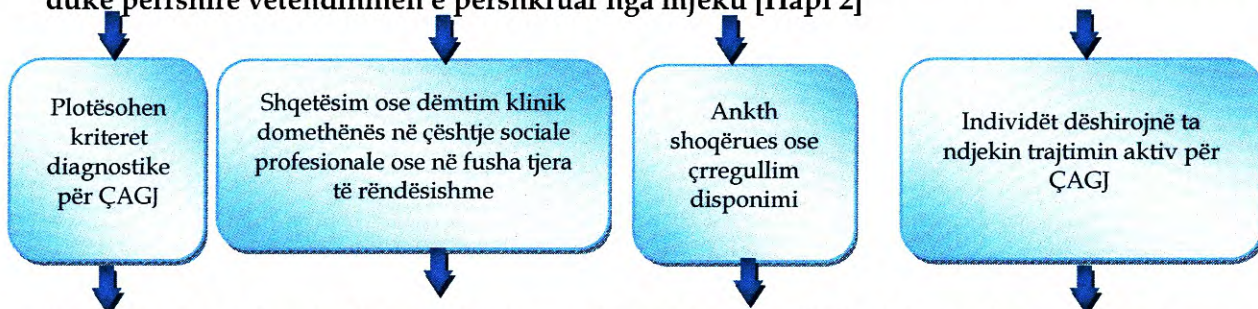
Asnjë ankth shoqëruar apo çrregullim i disponimit

Nuk ka histori ankthi ose çrregullim të disponimit në të kaluarën

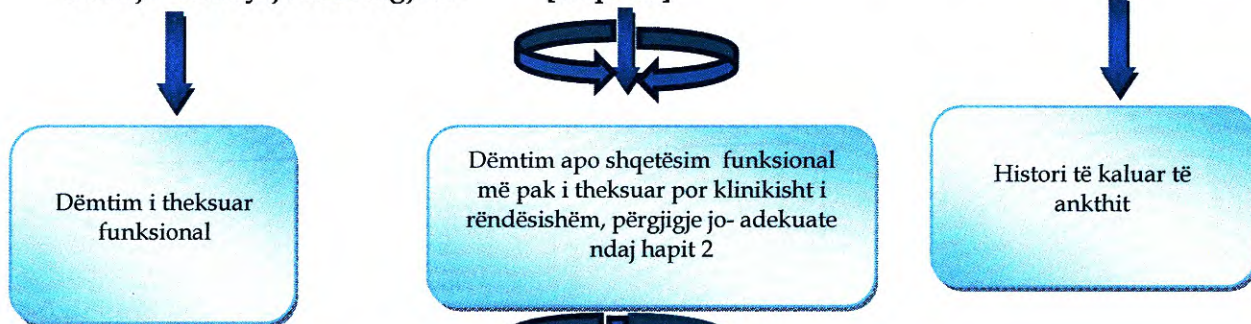
Individi që nuk është i interesuar për ndonjë alternativ të trajtimit aktiv



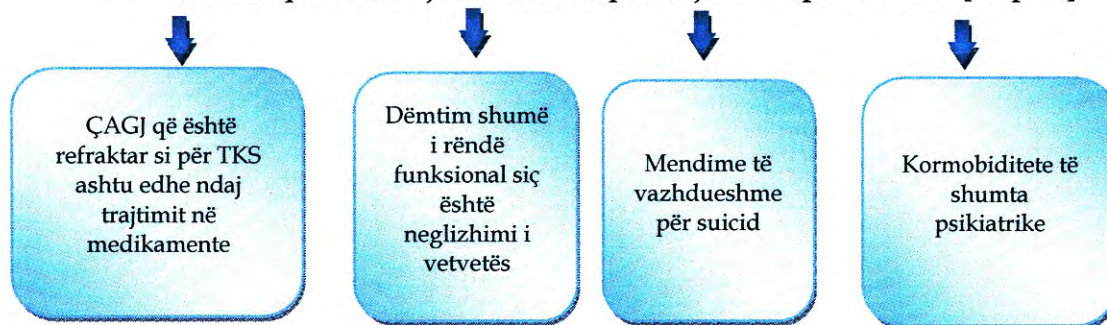
**II. Faktorët që favorizojnë trajtimin aktiv fillestar me trajtim psikiatrik me intensitet të ulët, duke përfshirë vetëndihmën e përshkruar nga mjeku [Hapi 2]**



**III. Faktorët që favorizojnë trajtimin me një ndërhyrje psikologjike me intensitet të lartë ose me një ndërhyrje fiziologjike [Hapi III]**



**IV. Faktorët që favorizojnë referimin për trajtim të specializuar [Hapi 4.]**



## **V. Parimet e kujdesit për personat me çrregullim të ankthit të gjeneralizuar [ÇAGJ]**

### **5.1 Informatat dhe mbështetja e personave me ÇAGJ, familjet dhe kujdestarët e tyre**

#### **5.1.1 Kur punoni me persona me ÇAGJ**

- ❖ Ndërtoni një marrëdhënie, punoni në mënyrë të hapur, angazhohuni pa paragjykim.
- ❖ Vlerësoni/shqyrtoni shqetësimet e personit për të kuptuar së bashku ndikimin e ÇAGJ.
- ❖ Shqyrtoni opsionet e trajtimit në bashkëpunim me personin, duke i sqaruar se marrja e vendimeve është një proces i përbashkët.
- ❖ Sigurohuni që diskutimi të zhvillohet në mjedise në të cilat respektohet konfidencialiteti, privatësia dhe dinjiteti.

#### **5.1.2 Kur punoni me persona me çrregullime të ankthit**

- ❖ Jepni informacione të duhura personit sipas nivelit që ka, për të kuptuar natyrën e trajtimit të ÇAGJ dhe gamën e trajtimit të disponueshëm.
- ❖ Nëse është e mundur, sigurohuni që informacioni të jetë i plotë i shkruar, të jetë i disponueshëm në gjuhën e preferuar të personit.
- ❖ Ofroni përkthyes të pavarur nëse nevojitet.

#### **5.1.3 Kur familjet dhe kujdestarët janë të përfshirë në mbështetjen e një personi me ÇAGJ merrni parasysh:**

- ❖ Ofroni informata, duke përfshirë detajet e kontaktit rreth grupeve dhe organizatave vullnetare mbështetëse për familjet dhe kujdestarët, duke ndihmuar familjet dhe kujdestarët të kenë çasje në këto.
- ❖ Zhvilloni negociime me personin me ÇAGJ dhe familjen ose kujdestarët e tyre për konfidencialitetin dhe ndarjen e informatave.
- ❖ Ofroni informata me shkrim dhe verbale për ÇAGJ për menaxhimin e tij duke përfshirë mënyrën se si familjet dhe kujdestarët mund ta mbështesin personin.
- ❖ Ofroni numrat e kontaktit dhe informatat se si të veprohet, me kë të kontaktohet në rast të ndonjë krize.

- 5.1.4 Informoni personat me ÇAGJ** për organizatat dhe grupet mbështetëse lokale dhe kombëtare të vetëndihmës, veçanarisht ku ata mund të flasin me të tjerët me përvoja të ngjajshme.
- 5.1.5 Për personat me ÇAGJ, me shkallë të lehtë të pafhtësisë të të mësuarit** ose që kanë dëmtime të lehta konjitive të fituara, ofroni të njëjtat intervenime si për personat tjerë me ÇAGJ duke përshtatur mënyrën e dhënies së udhëzimeve ose kohëzgjatjen e intervenimeve, nëse është e nevojshme të mirret parasysh aftësitë e kufizuara dhe dëmtimet.
- 5.1.6 Kur vlerësoni ose ofroni një intervenim për personat me ÇAGJ, me një shkallë të pafhtësi të moderuar** deri në të rëndë të të mësuarit ose dëmtim konjitiv të fituar mesatar deri në të rëndë merrni parasysh konsultimet me një specialist përkatës.

## VI. Kujdesi hap pas hapi për individët me ÇAGJ

Modeli kujdesi hap pas hapi [paraqitur më poshtë] është përdor për të organizuar ofrimin e shërbimeve dhe për të ndihmuar individët me ÇAGJ, familjet e tyre, kujdestarët dhe praktikientët për të zgjedh intervenimet me efektive.

Ndiqni modelin e kujdesit hap pas hapi , duke ofruar fillimisht intervenimet më efektive. [2011]

Modeli i kujdesit hap pas hapi:

Përqëndrohuni në intervenim	Natura e intervenimit
<b>HAPI 4:</b> Trajtim kompleks ÇAGJ - refraktar në trajtim dhe dëmtim i theksuar i funksionimit, që përfshin moskujdesin [neglizhencën] për vetëvetën dhe rrezikun e lart të vet-lëndimit,	Trajtim i specializuar, kompleks që përfshin regjimin e trajtimit me medikamente dhe/apo psikologjik; shërbimet nga ekipet e institucioneve, shërbimin e krizës, spitalet ditore apo kujdesin spitalor.
<b>HAPI 3:</b> ÇAGJ me një përgjigje joadekuate ndaj intervenimit sipas hapi 2 apo dëmtim i dukshëm i funksionimit.	Zgjedhja e intervenimit psikologjike me intensitet të lartë [TKS/teknika relaksuese] apo trajtim me medikamente.
<b>HAPI 2:</b> ÇAGJ i diagnostifikuar që nuk është përmirësuar pas edukimit dhe monitorimit aktiv në kujdesin parësor.	Intervenimet psikologjike me intensitet të ulët: teknikat e vet-ndihmës, grupe individuale të vet-ndihmës dhe grupe psikoedukuese .
<b>HAPI 1:</b> Prezentimet e njohura dhe ato të dyshimta të ÇAGJ	Identifikimi dhe vlerësimi, edukimi në lidhje me ÇAGJ dhe opsionet e trajtimit; monitorimi aktiv .

Vetë-ndihma individuale: është një ndërhyrje e vetëadministruar që synon të trajtojë ÇAGJ përfshin materiale të shkruara ose elektronike për vetëndihmë [zakonisht një libër ose fletore pune]. Është e ngjashme me vetë-ndihmën individuale të drejtuar, por zakonisht me kontakt minimal me terapistn., për shembull një telefonatë e shkurtër e rastësishme jo më shumë se 5 minuta.

## VII. Prezentimet e njohura dhe ato të dyshimta të ÇAGJ

### Identifikimi **—————** Hapi 1.

**7.1.1.** Identifikoni dhe komunikoni diagnozën e çrregullimeve të ankthit të gjeneralizuar [ÇAGJ] sa më shpejt që të jetë e mundur për t'i ndihmuar personave të kuptojnë çrregullimin dhe të fillojnë trajtimin efektiv menjëherë.

**7.1.2** Merrni parasysh diagnozën e ÇAGJ tek personat që paraqiten me ankth ose brengosje sinjifikante dhe te personat që vizitojnë shpesh kujdesin parësor dhe që kanë :

- ❖ Një problem kronik të shëndetit fizik ose
- ❖ Nuk kanë probleme shëndetësore fizike por kërkojnë siguri për simptomet somatike [veçanërisht të moshuarit dhe personat nga grupet e pakicave etnike] ose
- ❖ Shqetësohen vazhdimisht për një gamë të gjerë, çështje të ndryshme.

**7.1.3** Kur një person me manifestime/shfaqje të njohura apo të dyshimta të ÇAGJ, viziton shpesh kujdesin parësor dhe kërkon siguri për një problem kronik të shëndetit fizik apo simptomeve somatike dhe/ose brengosjen, merreni në konsiderim së bashku me personin që disa prej këtyre simptomeve mund të jenë për shkak të ÇAGJ.

### Vlerësimi dhe Edukimi

**7.1.4** Për personat që mund të kenë ÇAGJ, kryeni një vlerësim gjithëpërfshirës, që nuk mbështetet vetëm në numrin, intensitetin dhe kohëzgjatjen e simptomeve, por gjithashtu merr parasysh shkallën e shqetësimit dhe dëmtimit të funksionimit.

**7.1.5** Si pjesë e vlerësimit gjithëpërfshirës, merrni parasysh se si faktorët e mëposhtëm mund të kenë ndikuar te personat në zhvillimin, rrjedhën dhe intensitetin e ÇAGJ:

- ❖ Çdo çrregullim depresiv ose çrregullim tjetër ankthi në komorbiditet;
- ❖ Çdo abuzim me substancë në komorbiditet;
- ❖ Çdo gjendje mjekësore në komorbiditet;
- ❖ Një histori e çrregullimeve të shëndetit mendor;
- ❖ Përvoja e kaluar dhe reagimi ndaj trajtimeve.

Kur përshkruani SSRI, duhet të jeni të kujdesshëm dhe të mos harroni për të pyetur për përdorimin e kokainës, merrni parasysh interaksionet mes tyre dhe nevojën për të shmangur përdorimin e njëkohshëm të medikamenteve të shumta serotoninergjike.

**7.1.6** Te personat me ÇAGJ dhe me një çrregullim depresiv ose çrregullime të tjera ankthi në komorbiditet, trajtoni së pari çrregullimin primar [d.m.th. atë që është më i rëndë dhe në të cilin ka më shumë gjasa që trajtimi të përmirësojë funksionimin e përgjithshëm].

**7.1.7** Për personat me ÇAGJ që keqpërdorin substanca, kini parasysh se:

- ❖ Keqpërdorimi i substancave mund të jetë një komplikim i ÇAGJ.
- ❖ Përdorimi i substancave jo të dëmshme nuk duhet të jetë kundëriindikacion për trajtimin e ÇAGJ.
- ❖ Së pari duhet trajtuar keqpërdorimi i substancave të dëmshme dhe që krijojnë varësi pasi kjo mund të çojë në përmirësimin e dukshëm në simptomat e ÇAGJ.
- ❖ Kur përshkruani SSRI, duhet të jeni të kujdesshëm dhe të mos harroni për të pyetur për përdorimin e kokainës, merrni parasysh interaksionet mes tyre dhe nevojën për të shmangur përdorimin e njëkohshëm të medikamenteve të shumta serotoninergjike.

**7.1.8** Pas vlerësimit dhe diagnostikimit:

- ❖ Të sigurojë edukim rreth natyrës së ÇAGJ dhe opsioneve për trajtim.
- ❖ Monitoroni simptomat dhe funksionimin e personit [i njohur si monitorim aktiv].

**HAPI** ➡ **2:** ÇAGJ, i diagnostikuar që nuk është përmirësuar pas edukimit dhe monitorimit aktiv në kujdesin parësor

Intervenimet psikologjike me intensitet të ulët te personat e ÇAGJ.

**7.2.1** Për personat me ÇAGJ, simptomat e të cilëve nuk janë përmirësuar pas edukimit dhe monitorimit aktiv në hapin ➡ **1**, ofroni një apo më tepër intervenime të linjës së parë nga të poshtëshënuarat, duke pas parasysh preferencat e personit:

- ❖ Teknikat e vet-ndihmës;
- ❖ Grupe individuale të vet-ndihmës [të udhëhequra];
- ❖ Grupe psikoedukuese.

### **7.2.2 Teknikat e vet-ndihmës për personat me ÇAGJ duhet të:**

- ❖ Përfshijnë materialet e shkruara apo elektronike në përputhshmëri me moshën [apo mediet alternative];
- ❖ Bazohet në parimet e trajtimit të terapisë konjitive të sjelljes [ÇAGJ];
- ❖ Përfshijnë udhëzime për personin që të punojë sistematikisht përmes materialeve në një periudhë prej më së paku 6 javësh;
- ❖ Zakonisht përfshin kontakt minimal me terapistin, për shembull një telefonatë [thirrje] të shkurtër të rastësishme jo më shumë se 5 minuta .

### **7.2.3 Vetë-ndihma e drejtuar individuale për personat me ÇAGJ duhet:**


- ❖ Të bazohet në parimet e trajtimit të ÇAGJ;
- ❖ Përfshijnë materiale të shkruara ose elektronike të një moshe të përshtatshme leximi [ose medie alternative];
- ❖ Të mbështetet nga një terapist, i cili lehtëson programin e vetë-ndihmës që rishikon progresin dhe rezultatin;
- ❖ Zakonisht përbëhet nga pesë deri në shtatë seanca çdo javë nga një apo seanca çdo dy javë ballë për ballë [ face to face] ose me telefon , secila prej 20-30 minutash.

### **7.2.4 Grupet psikoedukuese për personat me ÇAGJ duhet :**

- ❖ Të bazohen në parimet ÇAGJ të ketë një dizajn ndërveprues dhe të inkurajojë të mësuarit observues.
- ❖ Përfshijnë prezantime dhe manuale /broshura të vetëndihmës;
- ❖ Të kryhet nga terapisti;
- ❖ Për rreth 12 pjesëmarrës të ketë një terapistë;
- ❖ Zakonisht përbëhet nga gjashtë seanca javore, secila në kohëzgjatje prej 2 orësh.

### **7.2.5 Terapistët që ofrojnë grupe të vetë-ndihmës dhe/ose psikoedukative të drejtuara duhet të:**

- ❖ Kenë mbikëqyerje të rregullt me cilësi të lartë
- ❖ Përdorinë rutinën si mjetë për të përcjellë rezultatet dhe gjatë rishikimit të efikasitetit të trajtimit sigurohuni që personi me ÇAGJ të jetë i përfshirë në të.

**HAPI  3: ÇAGJ me një përgjigje joadekuate ndaj intervenimit sipas hapat 2 apo dëmtim i dukshëm i funksionimit**

## **Opsionet e trajtimit**

### **7.3.1 Për personat me ÇAGJ dhe dëmtim të theksuar funksional, ose ata të cilëve**

simptomat nuk i janë përgjigjur në mënyrë adekuate ndaj intervenimeve të hapit **→ 2.**

#### **Ofroni:**

- ❖ Një ndërhyrje psikologjike individuale me intensitet të lartë [shih rekomandimet më lartë];
- ❖ Trajtim me medikamente [shih rekomandimet];
- ❖ Ofroni informacion verbal dhe të shkruar mbi përfitimet dhe disavantazhet e mundshme të çdo mënyrë trajtimi, duke përfshirë këtu edhe tendencën e trajtimeve me medikamente për shfaqje të efekteve anësore dhe sindromë së tërheqjes;
- ❖ Bazojeni zgjedhjen e trajtimit në preferencën e personit pasi që nuk ka evidencë se cila mënyrë e trajtimit [ndërhyrje individuale psikologjike me intensitet të lartë ose trajtim me medikamente] është më e mirë.;
- ❖ Intervenimet psikologjike me intensitet të lartë.

### **7.3.2 Nëse një person me ÇAGJ zgjedh një intervenim psikologjik me intensitet të lartë, ofroni personit terapi konjitive të sjelljes [TKS] ose teknika relaksuese**

#### **7.3.3. TKS për personat me ÇAGJ duhet:**

- ❖ Të bazohet në manualet e trajtimit të përdorura në provat klinike për ÇAGJ;
- ❖ Të realizohen nga terapisti i trajnuar dhe kompetent;
- ❖ Zakonisht përbëhen nga 12-15 seanca [më pak nëse personi përmirësohet më shpejtë, më shumë nëse klinikisht është e nevojshme], secila në kohëzgjatje prej 1 orë.

#### **7.3.4 Teknikat relaksuese për personat me ÇAGJ duhet:**

- ❖ Të bazohen më manualet e trajtimit të përdorura në provat klinike në menaxhim [trajtim] për ÇAGJ;
- ❖ Të realizohen nga terapistët të trajnuar dhe kompetent;
- ❖ Zakonisht përbëhen nga 12-15 seanca [më pak nëse personi përmirësohet më shpejtë, më shumë nëse klinikisht është e nevojshme], secila në kohëzgjatje prej 1 ore.










### **7.3.5 Terapistët që ofrojnë intervenime psikologjike me intensitet të lartë për ÇAGJ duhet:**

- ❖ Të ketë mbikëqyerje të rregullt për të monitoruar besueshmërinë ndaj modelit të trajtimit, duke përdorur audio ose incizim me video të seancave të trajtimit nëse është e mundur dhe nëse personi jep pëlqimin;
- ❖ Përdorin rutinën si mjetë për të përcjell rezultatet dhe gjatë rishikimit të efikasitetit të trajtimit sigurohuni që personi me ÇAGJ të jetë i përfshirë.

### **7.3.6 Merrni parasysh ofrimin e të gjitha intervenimeve në gjuhën e preferuar të personit me ÇAGJ nëse është e mundur.**

## VIII. Çrregullimet e Ankthit të Gjeneralizuar ÇAGJ



Çrregullimet e Ankthit	Manifestimet klinike sipas për ankth/ ICD-10
Çrregullimet e ankthit të gjeneralizuar	 Shqetësim, tensionim dhe frikësim për ngjarjet dhe problemet e përditshme
Çrregullimet e panikut	 Sulme paniku të përsëritura dhe të papritura [sulme ankthi] me manifestime fizike [palpitacione, dispne, diaforezë, parestezi, nauze] dhe mendore [frikë që varion deri te frika nga vdekja, frika nga humbja e kontrollit, ndjenja e tjetërsimit]
Çrregullimet e panikut me agoraphobi	 Sulme paniku të përsëritura dhe të papritura plus agorafobi
Agoraphobia	 Fobitë që përfshijnë frikën e largimit nga shtëpia, duke hyrë në dyqane, turme dhe vende publike ose duke udhëtuar vetëm me trenë, autobusë, ashensor apo aeroplan
Fobia specifike	 Frika dhe/ose shmangia nga objektet ose situata të caktuara psh për llojet e kafshëve, ngjarjet natyrore [bubullima etj.], gjaku, injeksionet, lëndimi, ashensor ose nga objekte të tjera nxitëse
Fobia sociale	 Frika nga pargjykimet prej personave të tjerë, që çon në shmangien e situatave sociale. Fobitë sociale më të përhapura zakonisht shoqërohen me vetëbesim të ulët dhe frikë nga kritika. Mund të paraqiten ankesa si : skuqje, dridhje duarsh, të përziera.
Ankthi i ndarjes	 Shqetësimi jorealit dhe i vazhdueshëm për ngjarjet negative që mund të ndodhin tek të tjerët ose rreth humbjes së mundshme.
Mutizëm selektiv	Kompetenca gjuhësore në disa situata, dështimi për të komunikuar/folur në situata [të definueshme].

**Ankthi** është pjesë normale e jetës. Shumë njerëz shqetësohen për gjëra të tilla si shëndeti, paratë ose problemet familjare. Por çrregullimet e ankthit përfshijnë më shumë sesa shqetësimin ose frikën e përkohshme. Për njerëzit me një çrregullim ankthi, ankthi nuk largohet por ai mund të përkeqësohet me kalimin e kohës. Simptomat mund të ndërhyjnë në aktivitetet e përditshme si performanca e punës, detyrat e shkollës dhe marrëdhëniet. Ekzistojnë disa lloje të çrregullimeve të ankthit, duke përfshirë çrregullimin e ankthit të gjeneralizuar, çrregullimin e panikut, çrregullimin e ankthit social dhe çrregullime të ndryshme të lidhura me fobinë.

### **Si ndikon ankthi tek ne?**

Kurdoherë që një rrezik real ose i imagjinuar provokon një përgjigje ballafaqimi ose ikjeje, kjo përgjigje manifestohet në tri nivele: konjitive[mënyra se si mendojmë], fizike [reagimi i trupit] dhe i sjelljes [mënyra se si veprojmë]. Shkalla e reagimit ndryshon midis njerëzve dhe situatave.

**Niveli konjitiv:** Vëmendja automatikisht kalon në kërcënimin e mundshëm. Reagimi mund të variojë nga shqetësimi i lehtë deri te tmerri ekstrem.

**Niveli fizik:** Efektet fizike përfshijnë palpacione ose rrahje të shpejta të zemrës, frymëmarrje të cekët dridhje, djersitje jonormale, marramendje dhe ndjesi në ekstremitetet e poshtme [ndjesi e ftohtë, tensionim muskular] dhe të përziera.

**Niveli i sjelljes:** Për të mbrojtur veten nga ankthi, reagoni, në mënyrë të ndryshme, shmanguni nga të tjerët etj.

### **Kur ankthi shndërrohet në problem?**

Të gjithë përjetojnë ankth herë pas here, por simptomat janë zakonisht jetë - shkurtër dhe të parëndësishme. Megjithatë, kur simptomat konjitive, fizike dhe të sjelljes janë të vazhdueshme dhe të rënda dhe ankthi shkakton shqetësim që ndërhyjnë në aftësitë për të punuar ose studiuar, për t'u shoqëruar me miqët dhe për t'i kryer detyrat e përditshme, atëherë ankthi nuk është më brenda kufijve normal.

## Simptomat e Pranisë së një Çrregullimi të një Ankthi

Simptomat e Pranisë së një Çrregullimi të Ankthi:	
<b>I.Simptomat konjitive</b>	Mendime të ankthit p.sh., "Po e humbi kontrollin], ankthi parashikues p.sh., "Unë flas/belbëzoj, tallen me mua" dhe besime që prodhojnë ankth [p.sh., "Vetëm të dobëtit kanë ankth].
<b>II.Simptomat fizike</b>	Reaksione të tepërta fizike si: [p.sh. rrahje të zemrës dhe frymëzime të shkaktuara nga qëndrimi në një hapsirë, qendër tregtare]. Simptomat fizike të ankthit mund të ngatërrohen me ato të një gjendjeje fizike: për shembull të një ataku në zemër.
<b>III.Simptomat e sjelljes:</b>	Shmangia e situatave që shkaktojnë frikë [p.sh. drejtimi i makinës], shmangia e aktiviteteve që japin ndjenja të ngjashme me ato të ankthit [p.sh. ushtrime fizike], forma të lehta të shmangies [sjellje që synojnë të shpërqendrojnë personin, p.sh., duke folur shumë për të maskuar ankthin] dhe adaptimin e sjelljeve [zakone që minimizojnë ankthin dhe ofrojnë një ndjenjë sigurie, p.sh., mbani gjithmonë një celular në dorë që të mund të telefononi për ndihmë]. Për të përcaktuar nëse duhet të konsultoni një profesionist të shëndetit mendor për shkak të ankthit që po ndjeni, mund të merren parasysh disa faktorë, duke përfshirë: <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ shkallën e shqetësimit të shkaktuar nga simptomat e ankthit.</li> <li>❖ ndikimi i simptomeve të ankthit në aftësinë për të punuar ose studiuar, socializuar dhe kryer detyrat e përditshme.</li> <li>❖ konteksti në të cilin raste shfaqet ankthi.</li> </ul>

## 8.1 Çrregullimi i panikut dhe agorafobia

**Agorafobia** është një çrregullim i ankthi që shkakton frikë të tepruar nga situata të caktuara. Disa persona madje mund të rezistojnë të largohen nga shtëpia. Me mjekimin siç është terapia konjitive e sjelljes dhe ndryshimet në stilin e jetesës, pacientët mund të kalojnë çrregullimin dhe të marrin pjesë në aktivitetet të ndryshme dhe të bëjnë gjërat që u pëlqejnë.

Për shkak të frikës dhe ankthit, njerëzit me agorafobi shpesh shmangin vende të reja dhe situata të panjohura, si p.sh:

- ❖ Hapësira të hapura ose të mbyllura,
- ❖ Turmat, vende jashtë shtëpisë
- ❖ Transportin publik.

Sa më herët të diagnostikohet gjendja, aq më mirë do të funksionojnë trajtimet.

Gjatë gjithë jetës, prevalenca e çrregullimit të panikut është vlerësuar të jetë rreth 4.7-5.1% dhe 2.1-2.8% [në intervalin kohor 12-mujor] sulmet janë dukshëm më të mëdha në 28.3% [gjatë jetës] dhe 6,4-11,2% [në intervalin 12-mujor].

Sulmet e panikut në rini [të cilat shpesh nuk plotësojnë kriteret diagnostikuese për çrregullim paniku] shpesh zhvillojnë çrregullime psikiatrike tjera duke përfshirë çrregullimet e disponimit [çrregullimin bipolar dhe çrregullim i madh i disponimit[MDD], ankth ose çrregullime të ngjashme, çrregullim i kontrollit të impulsit[SUD], çrregullime të të ngrënit, çrregullime psikotike dhe çrregullime të personalitetit.

Çdo vit, 8-10% e përgjithshme e publikut do të ketë një sulm paniku pa ndonjë psikopatologji të identifikueshme. Rreth 40-70% e pacientëve me çrregullim paniku përjetojnë natën panikun [zgjimi nga gjumi në gjendje paniku]

Normat e agorafobisë [12-mujore] gjatë gjithë jetës [pa panik] janë mjaft të ulëta, përkatësisht 0,8% dhe 1,4% .Rreziku i çrregullimit të panikut dhe agorafobisë është më i lartë te femrat sesa te meshkujt dhe te pacientët e moshës së mesme, të veja/ të divorcuarit dhe ata me të ardhura të ulëta.

Çrregullimi i panikut është më i përhapur te pacientët me sëmundjen e tiroides, kancerit, dhimbje kronike, sëmundje kardiake, sindroma e zorrës së irrituar, migrena, si dhe sëmundjet alergjike dhe të frymëmarrjes.

Të rastet kur ekziston prania e komorbiditetit mjekësor shoqërohet me ashpërsi më të madhe çrregullimi i panikut dhe paaftësia.

## 8.2 Fobia Specifike

**Fobia specifike** është një frikë e fortë ndaj një objekti specifik ose ndaj një situatë dhe zakonisht shoqërohet me shmangien e objekteve dhe gjërave që shkaktojnë ndjenjën e frikës. Llojet më të përhapura të fobisë janë ndaj: kafshëve [p.sh. insektet, gjarpërinjtë], mjediset natyror [p.sh. lartësitë, stuhitë, uji], situata [p.sh., hapësira të mbyllura], dhe lëndimi me injeksione të gjaku [p.sh., gjaku, dentistët, spitalet]

Normat e prevalencës lëvizin tek adoleshentëve mund të jenë prej 36.5% por gjatë jetës ndryshojnë mund të raportohen prej 27.3% në periudhën 12 mujore. Fobitë specifike janë më të zakonshme tek femrat sesa tek meshkuj.

**Shqetësim kur ndodh ndarja**, shqetësimi për humbjen ose ndarjen, hezitimi për t'u larguar nga shtëpia, për të qenë vetëm ose për të fjetur vetëm për shkak të frikës nga ndarja, makthet që përfshijnë ndarjen, ose ankesat për simptomat fizike [p.sh., dhimbje koke, stomaku, mërzi] kur ndodh ndarja.

- ❖ Kohëzgjatja të paktën 4 javë
- ❖ Fillimi para moshës 18 vjeçare
- ❖ Shqetësimi shkakton shqetësim ose dëmtim klinikisht të rëndësishëm në çështjet sociale

Fobitë specifike priren të ndodhin bashkë me fobitë të tjera, më pak se 10% e pacientëve kanë vetëm një frikë. Numri mesatar i frikës, sipas një ankete të realizuar ishte tre.

Përveç kësaj, fobitë specifike janë shpesh të shoqëruara me çrregullime të tjera psikiatrike, duke përfshirë SUD, çrregullime të disponimit dhe çrregullime të tjera të lidhura me ankthin [veçanërisht çrregullimi i panikut, SAD dhe ÇAGJ], si dhe çrregullime të personalitetit.

Fobitë specifike, mund të jenë të vështira për t'u dalluar nga çrregullimi i panikut. Është e rëndësishme të merret parasysh fokusi i frikës [p.sh., frika nga përplasja ndërsa jeni në një aeroplan kundrejt frikës për të pasur një atak paniku në një hapsirë ajror], llojet e sulmeve të panikut të përjetuara [p.sh. të pritura kundrejt të papriturave], dhe gamën e situatave të lidhura me frikën dhe shmangien.

### **8.3 Çrregullimi i ankthit social**

Çrregullimi i Ankthit Social [ÇAS], është një ndër çrregullimet më të zakonshëm të ankthit, me prevalencë që ndryshon gjatë gjithë jetës nga 8-12%, në mesin e popullatës së përgjithshme. Është më e zakonshme tek femrat sesa tek meshkujt, dhe normat më të larta janë raportuar të jenë rreth [6.1%].

ÇAS paraqitet nga moshat e hershme të zhvillimit, gjatë adoleshencës [mosha mesatare 12 vjeçare], dhe tenton të ketë një rrjedhë kronikë të pandërprerë.

Faktorë si: arsimimi i ulët, status i ulët socio-ekonomik, të qenit beqar ose të ndarë janë faktorë predispozues.

ÇAS ndodh me dëmtime të rëndësishme që kanë të bëjnë me problemet me performancën arsimore dhe profesionale, funksionimin e familjes etj, gjithashtu jep një barrë të rëndë ekonomike/financiare që shoqërohet me komorbiditet të lartë, 72% e pacientëve kërkojnë

### **Popullata të veçanta**

#### **8.4 Femrat gjatë shtatzënisë dhe periudhës pas lindjes**

Femrat janë në rrezik më të lartë për ankth dhe çrregullime të lidhura me ankthin se sa meshkujt sidomos gjatë periudhës perinatale.

Edhe pse hulumtime të mëtutjeshme janë të nevojshme të realizohen, të dhënat nga sondazh i realizuar për ankthin e gjeneralizuar dhe çrregullimet e lidhura me të janë të pandryshuara tek gratë gjatë shtatzënisë, megjithatë, të dhëna të tjera kanë gjetur një rrezik të shtuar për çrregullime me ÇAGJ. Në mënyrë të ngjashme, disa të dhënat sugjerojnë se çrregullimet e ankthit nuk janë më shumë të përhapur gjatë periudhës pas lindjes por, ka studime që sugjerojnë norma më të larta të ÇAGJ.

Përveç kësaj, PTSD mund zhvillohet si pasojë e komplikimeve të shtatzënisë te rastet që kanë përjetuar trauma.

Ankthi dhe çrregullimet e lidhura me të gjatë shtatzënisë ose pas lindjes mund të ketë një ndikim negativ në shtatzëninë, fëmijën ose nënën.

Lindja e parakohshme, ose lindja me operacion cezarian sipas një meta-analizë të realizuar nuk gjeti asnjë lidhje ndërmjet simptomave të ankthit në vetvete dhe perinatale. Simptomat e ankthit

gjatë shtatzënisë janë shoqëruar me simptoma depressive, përdorimin e substancave dhe aneminë, si dhe uljen e përdorimit të vitaminave.

Prindërimi mund të ndikohet gjithashtu nga ankthi i nënës dhe çrregullime të lidhura. Nënat me çrregullime ankthi është gjetur të jetë më pak promovues nga aspekti psikologjike krahasuar me nënat që nuk përjetojnë ankth.

## 8.5 Fëmijët dhe adoleshentët

Ankthi dhe çrregullimet e lidhura me ankthin janë çrregullime psikiatrike më të zakonshme të vërejtura te adoleshentët e moshës 13-18vjet, me një prevalencë gjatë jetës me prevalencë në 12-mujore të 31.9% dhe 24.9%.

Fobitë specifike janë shumë të zakonshme tek fëmijët. Megjithatë, edhe pse shumica e adoleshentëve raportuan të paktën një frikë [77%], normat e prevalencës gjatë gjithë jetës janë në rangun e 10-35%. Një studim që përfshin fëmijët e vegjël në moshën pesë vjeçare gjetën norma më të ulëta të fobive specifike të diagnostikuara [1%] por frika ndaj kafshëve janë llojet më të zakonshme të raportuara në popullatat pediatrike

Prevalenca te fëmijët është 0.25%, ndërsa tek adoleshentët 1-2%, që është e krahasueshme me normën e parë tek të rriturit.

Në popullatën adoleshente, ankthi dhe çrregullimet e lidhura me të u gjetën të paraqiten rreth moshë më të hershme [gjashtë vjet], krahasuar me sëmundjet e tjera psikiatrike [11-15 vjeçare]. Në mënyrë të ngjashme, në popullatën e rritur, mosha mesatare e fillimit ishte më e hershme për ankthin dhe çrregullimet e lidhura me të [11 vjeçare] krahasuar me çrregullimet e tjera psikiatrike që paraqiten rreth moshës [20-30 vjeçare].

## 8.6 Ankthi i ndarjes

Çrregullime e ankthit, fobitë [që paraqiten prej moshës shtatë deri në 14 vjeçare], kanë fillimit të hershëm krahasuar me ÇAGJ, çrregullimin e panikut, ose PTSD [20-30 vjeç].

Ankthi i ndarjes është një fazë normale e zhvillimit për foshnjat dhe të vegjël. Fëmijët e vegjël shpesh përjetojnë një periudhë të ankthit të ndarjes, por shumica e fëmijëve e tejkalojnë ankthin e ndarjes rreth moshës 3 vjeçare.

Te disa fëmijë, ankthi i ndarjes është një shenjë e një gjendjeje më serioze e njohur si çrregullimi i ankthit të ndarjes, duke filluar që në moshën parashkollore.

Nëse ankthi i ndarjes i fëmijës suaj duket i fortë ose i zgjatur - veçanërisht nëse ndërhyjnë në shkollë ose aktivitete të tjera të përditshme ose përfshin sulme paniku ose probleme të tjera - ai ose ajo mund të ketë çrregullim të ankthit ndaj ndarjes.



Më shpesh kjo lidhet me ankthin e fëmijës për prindërit, por mund të lidhet me një kujdestar tjetër të ngushtë.

Më rrallë, çrregullimi i ankthit të ndarjes mund të ndodh edhe tek adoleshentët dhe të rriturit, duke shkaktuar probleme të rëndësishme duke lënë shtëpinë ose duke shkuar në punë. Por trajtimi mund të ndihmojë.

## **Simptomat**

Çrregullimi i ankthit të ndarjes diagnostikohet kur simptomat janë të tepërta për moshën e zhvillimit dhe shkaktojnë shqetësime të konsiderueshme në funksionimin e përditshëm. Simptomat mund të përfshijnë:

- ❖ Shqetësim i përsëritur dhe i tepruar për parashikimin ose qëndrimin larg shtëpisë ose personave të dashur.
- ❖ Shqetësim i vazhdueshëm dhe i tepruar për humbjen e një prindi ose të një personi tjetër të dashur nga një sëmundje ose një fatkeqësi.
- ❖ Shqetësim i vazhdueshëm se diçka e keqe do të ndodh, si humbja ose rrëmbimi, duke shkaktuar ndarje nga prindërit ose personat e tjerë të dashur.
- ❖ Refuzimi i largimit nga shtëpia për shkak të frikës së ndarjes duke mos dashur të rri vetëm në shtëpi dhe pa një prind apo një të dashur në shtëpi.
- ❖ Ëngurrimi ose refuzimi për të fjetur larg shtëpisë pa një prind ose një person tjetër të dashur afër.
- ❖ Makthe të përsëritura për ndarjen.
- ❖ Ankesa të shpeshta për dhimbje koke, dhimbje barku ose simptoma të tjera kur parashikohet ndarja nga një prind ose një person tjetër i dashur

Çrregullimi i ankthit të ndarjes mund të shoqërohet me çrregullime paniku dhe sulme paniku - episode të përsëritura të ndjenjave të papritura të ankthit dhe frikës ose terrorit intensiv që arrijnë kulmin brenda disa minutave.

## **Shkaqet**

Ndonjëherë, çrregullimi i ankthit të ndarjes mund të shkaktohet nga stresi i jetës që rezulton në ndarjen nga një i dashur. Gjenetika gjithashtu mund të luajë një rol në zhvillimin e çrregullimit.

## **Faktorët e rrezikut**

Çrregullimi i ankthit të ndarjes më së shpeshti fillon në fëmijëri, por mund të vazhdojë në vitet e adoleshencës dhe ndonjëherë në moshën madhore. Faktorët e rrezikut mund të përfshijnë:

- ❖ Stresi ose humbja e jetës që rezulton në ndarje, të tilla si sëmundja ose vdekja e një personi të dashur,
- ❖ Humbja e një kafshe të dashur, divorci i prindërve ose lëvizja ose largimi në shkollë

Disa temperamente, të cilët janë më të prirur ndaj çrregullimeve të ankthit se të tjerët

- ❖ Historia familjare, duke përfshirë të afërmit e gjakut që kanë probleme me ankthin ose një çrregullim ankthi, që tregon se këto tipare mund të trashëgohen.
- ❖ Çështjet mjedisore, të tilla si përjetimi i një lloj fatkeqësie që përfshin ndarjen

Ankthi dhe çrregullimet e lidhura me to mund të kenë një ndikim të konsiderueshëm afatgjatë, duke i vënë fëmijët në rrezik të lartë.

Vlerësimet e prevalencës së ankthit dhe të ngjashme çrregullime tek të rinjtë në [mosha 13-18 vjeçare] sipas një studimi shif tabelën në vijim:

Ankthi dhe çrregullimi i lidhur me prevalencën e vlerësuar në[%] te adoleshentët e moshës 13-18 vjeçar/e.

Ankthi dhe çrregullimet e ankthit	Jetëgjatësia	Prevalenca e vlerësuar %
	12 muaj	Jetëgjatësia
Çdo çrregullim ankthi	24.9	31.9%
Çrregullimi i ankthit të ndarjes	1.6	7.6
Fobi specifike	15.8	19.3
Çrregullimi i ankthit social	8.2	9.1
Çrregullimi i stresit posttraumatik	3.9	5.0
Çrregullimi i panikut	1.9	2.3
Çrregullimi i përgjithësuar i ankthit	1.1	2.2

Referencat -NCS-A = Anketa Kombëtare e Komorbiditetit Shtesë adoleshente

## 8.7 Mutizëm selektiv<sup>2</sup>

Me Multizëm selektiv nënkuptojmë dështimin e vazhdueshëm për të folur në situata specifike sociale në të cilat ekziston një pritshmëri për të folur [p.sh., në shkollë], pavarësisht se flet në situata të tjera.

Mutizmi selektiv është një lloj unik i ankthit ose ankthi social që zakonisht shfaqet gjatë fëmijërisë. Megjithatë, nëse nuk trajtohet, mund të vazhdojë deri në moshën madhore.

Ndonjëherë i referuar si mutizëm i situatës, [çrregullim], shpesh dyshohet në rastet kur një fëmijë ose i rritur shmang të flasë në situata të caktuara nga frika se mos gjykohet ose kritikohet. Të rriturit dhe fëmijët që vuajnë nga mutizmi selektiv kanë vështirësi të mëdha në mjediset sociale. Ata ndihen të pakëndshëm, gjë që e bën të vështirë për ta komunikimin dhe përshtatjen me mjedise të tilla.

Mutizmi selektiv zakonisht fillon midis moshës dy dhe katër vjeçare.

Shpesh vrehet në kohën kur fëmijët fillojnë të angazhohen me individë jashtë familjeve të tyre të afërt, si për shembull kur fillojnë shkollimin parashkollor ose fillor.

Shenja më e dukshme paralajmëruese është një pabarazi dramatike në aftësinë e fëmijës për t'u lidhur me personat e tjerë.

Në vend të kësaj, ata mund të reagojnë me marrëzi të papritur ose një shprehje të ngrirë të fytyrës kur pritët të flasim me dikë jashtë zonës së tyre të rehatisë

### Shenjat e mutizmit selektiv tek të rriturit

Të rriturit shpesh kanë frikë të gjykoen. Prandaj, ata nuk flasin në ato situata. Ekzistojnë disa shenja të sjelljes që mund të shoqërojnë mutizmin e që mund të tregojnë mutizëm selektiv të të rriturve, duke përfshirë:

- ❖ Shmangien e kontaktit me sy
- ❖ Koordinim të ngurtë, i tensionuar dhe i dobët
- ❖ Nervozizëm, vrazhdësi dhe mosinteresim
- ❖ Kokëfortë ose i dhunshëm, i tërbuar kur sfidohet nga të tjerët ose me zemërim pas kthimit në shtëpi nga puna
- ❖ E/I turpshme dhe e/i tërhequr

Të rriturit me mutizëm selektiv që kanë më shumë besim, zgjedhin të përdorin gjeste për të komunikuar].Për shembull, ata tunden kokën për **PO** ose të tunden kokën për **JO**. Megjithatë, rastet që preken më rëndë shpesh priren t'i shmangen çdo forme të komunikimi, qoftë me gojë, me shkrim apo me gjeste.

---

<sup>2</sup> Selective Mutism in Adults and How to Deal With It - EZCare Clinic

## IX. Çrregullimet e Ankthit në Kujdesin Parësor Shëndetësor

Diagnostikimi i saktë i çrregullimeve të ankthit mund të paraqet një sfidë për mjekun e kujdesit parësor. Simptomat e ndryshme mund të klasifikohen në çrregullime të ndryshme të ankthit edhe pse ato nuk janë patognomonike të asnjë çrregullimi tjetër.

Gjithashtu, pacientët me çrregullime tjera mendore mund të përjetojnë ankth patologjik.

### Pikat kyçe

- ❖ Çrregullimet i panikut është përcaktuar si episode i përsëritur i frikës ose terrorit, i shoqëruar nga të paktën me katër simptoma të veçanta, të cilat arrijnë kulmin brenda 10 minutave.
- ❖ Ataku ndiqet nga frika e te pasurit episode shtesë [ankth paraprak], gjë që çon në agorofobi.
- ❖ Shpesh përshpejtohet nga ngjarje stresuese të jetës.
- ❖ Një e treta e pacientëve plotësojnë kriterin për çrregullim paniku, gjysma e pacientëve me dhembje krahërori që kanë pasur rezultate negative në angiografi.
- ❖ Shumë pacientë kanë dhe depresion madhor.
- ❖ Është familjare, deri ne 40% e të afërmëve preket.

Çrregullimet e ankthit duhet të vlerësohen në një strukturë biopsikosociale.

Në këtë mënyrë, faktorët biologjik dhe gjenetikë në ankth duhet të vlerësohen brenda kontekstit social në të cilin filluan çrregullimet, forcën psikologjike dhe ndjeshmërin e pacientit duhet të mirret në konsideratë.

Këto çrregullime ndodhin në shumë pacientë, duke filluar nga ata me sistem të fortë mbështetës social, psikologjike deri te pacientet që i mungon mbështetja sociale.

Megjithatë, shpesh shoqërohet me një çrregullim ekzistues paniku.

Çrregullimi i panikut shkakton sulme të shkurtra, intensive frike pa ndonjë arsye të veçantë. Rreth një e treta e personave që kanë çrregullime paniku zhvillojnë agorafobinë.

## 9.1 Menaxhimi dhe Trajtimi i Agorafobisë

Trajtimi i Agorafobisë zakonisht përfshin një kombinim të metodave të trajtimit: terapi, mjekim dhe ndryshim i stilit të jetesës.

Një terapist mund t'ju ndihmojë të përballeni me frikën tuaj. Duke përdorur terapinë konjitive të sjelljes [TKS], një ofrues i kujdesit shëndetësor mendor mund t'ju ndihmojë të dalloni mendimet që ju shkaktojnë ankth.

Duke përdorur teknika relaksimi dhe desenzibilizimi, ofruesi juaj mund t'ju bëjë të imagjinoni një situatë të frikshme dhe të menaxhoni ndjenjat.

Përfundimisht, do të jeni në gjendje të merrni pjesë në aktivitete që prodhojnë ankth dhe do të dini se si të menaxhoni emocionet tuaja.

Me kalimin e kohës, terapia mund ta trajtojë trurin tuaj të mendojë ndryshe.

Ofruesi juaj i kujdesit shëndetësor mund të sygjerojë gjithashtu medikamente të quajtura frenues selektiv të rimarrjes së serotoninës [SSRIs] ose frenues të rimarrjes së serotoninës-norepinephrine [SNRIs]. Këto medikamente mund të trajtojnë depresionin dhe çrregullimet e ankthit.

**Ju mund ta menaxhoni agorafobinë duke ndryshuar stilin e jetesës:**

- ❖ Shmangni alkoolin, drogën dhe kafeinën [për shembull, kafe, çaj dhe sod].
- ❖ Mbani një dietë të shëndetshme dhe të ekuilibruar.
- ❖ Ushtroni rregullisht.
- ❖ Praktikoni ushtrime të frymëmarrjes.

## X.Trajtimi Medikamentoz

### Trajtimi Medikamentoz

**10.1.1** Nëse një person me ÇAGJ zgjedh trajtimin medikamentoz, ofroni një frenues selektiv të rimarrjes së serotoninës [SSRI], konsideroni fillimisht ofrimin e sertralinës sepse është medikament më kosto-efektiv. Pëlqimi i informuar duhet të mirret dhe të dokumentohet. Monitoroni me kujdes personin për reaksione negative.

Nëse sertralina është jo-efektiv, ofroni një SSRI alternativ ose një frenues të rimarrjes së serotoninës - noradrenalinës [SNRI].

### Çrregullimi i përgjithësuar i ankthit dhe çrregullimi i panikut tek të rriturit [Menaxhimi]

- ❖ Tendenca për të prodhuar një sindrom të tërheqjes [veçanarisht me **paroxetine\*** dhe **venlafaxine\***].
- ❖ Profili i efekteve anësore dhe potenciali për ndëveprime me medikamente
- ❖ Rreziku i suicidit dhe gjasat e toksicitetit në mbidozë [veçanarisht me **venlafaxine**].
- ❖ Përvojat e mëhershme të personit në trajtim me medikamente [veçanarisht respektimi, efektiviteti, efektet anësore, përvoja e sindromës së tërheqjes dhe preferenca e personit].

**10.1.2.** Nëse personi nuk mund të toleroj SSRI iose SNRI, merrni parasysh ofrimin e **Pregabalin** [Substancë e kontrolluar nga 1 prilli 2019 e klasës C .

Vlerësoni pacientin me kujdes për një histori abuzimi me droga përpara se të përshkruani medikamentin dhe vëzhgoni pacientin për zhvillimin e shenjave të abuzimit dhe varësisë.

**10.1.3** Mos ofroni një benzodiazepinë në kujdesin parësor ose dytësor përveç si një masë afatshkurtër gjatë krizave.

**10.1.4** Mos ofroni një antipsikotik për trajtimin e ÇAGJ në kujdesin parësorë [2020].

**10.1.5** Përpara se të përshkruani ndonjë mjekim, diskutoni opsionet e trajtimit dhe çdo shqetësimin që ka personi me ÇAGJ në lidhje me marrjen e medikamenteve. Shpjegoni arsyet e përshkrimit dhe jepni informatën me shkrim dhe verbal për:

## Çrregullimin e ankthit të gjeneralizuar dhe çrregullimin e panikut- menaxhim

- ❖ Prirjet e ndryshme të çdo medikamenti për efekte anësore, sindrome të tërheqjes dhe ndërveprimet e medikamenteve.
- ❖ Rreziku i aktivizimit në SSRI dhe SNRI në paraqitjen e simptomave si: agjitacioni dhe probleme me gjumë.
- ❖ Zhvillim gradual mbi një javë ose më shumë i efektit të plotë anksiolitik.
- ❖ Rëndësia e marrjes së medikamentit siç përshkruhet dhe nevoja për të vazhduar trajtimin për ta shmangur rikthimin [2020].

**10.1.6** Merrni parasysh rrezikun e gjakderdhjes që lidhet me SSRI, veçanarisht për personat e moshuar ose për personat që marrin medikamente tjera që dëmtojnë mukozën gastrointestinale ose që kanë rol në mpiksje [shembull aspirina].  
Konsideroni të shkruani një medikament gastro-protektiv në këto rrethana.

**10.1.7** Për persona nën moshën 30 vjeçare, të cilëve ju ofrohet një SSRI ose SNRI

- ❖ Paralajmëroni ata se këto medikamente lidhen me rritjen e rrezikut të të menduarit për suicid dhe vetëdëmtimit të një numër i konsiderueshëm në një [pakicë] nën moshën 30 vjeçare.
- ❖ Vizitoni ata brenda një jave nga marrja e përshkrimit të parë.
- ❖ Monitoroni rrezikun e të menduarit suicid dhe të vetëdëmtimit çdo javë për muajin e parë.

**10.1.8** Për personat që zhvillojnë efekte anësore menjëherë pas fillimit të trajtimit me medikamente jepni informacionet dhe merrni parasysh strategjitë e mëposhtme:

- ❖ Monitorimin nga afër të simptomave të personit [nëse efektet janë të lehta dhe të pranueshme për personin].
- ❖ Reduktimin e dozës së medikamentit.
- ❖ Ndërprerjen e medikamenteve dhe sipas preferencës së personit ofrimin e njëres prej tyre.
- ❖ Një medikament alternativ.
- ❖ Një ndërhyrje psikologjike.

**10.1.9** Rishikoni efektivitetin dhe efektet anësore të medikamentit çdo 2-4 javë.

**10.1.10** Çrregullimin e gjeneralizuar të ankthit dhe çrregullimin e panikut tek të rriturit 3[ tre] muajt e parë të trajtimit dhe çdo 3 muaj më pas.

**10.1.11** Nëse medikamenti është efektiv këshillojeni personin që të vazhdojë ta marrë atë për të paktën një vit pasi që gjasat për rikthim janë të larta – përgjigje jo adekuate ndaj ndërhyrjeve në **hapin** ➡ e tretë.

**10.1.12** Nëse ÇAGJ në një person nuk i është përgjigjur një kursi të plotë të ndërhyrjeve psikologjike me intenzitet të lartë ofroni një trajtim medikamentoz.

Merrni parasysh referimin në **hapin** ➡ e katërt 4, nëse personi me ÇAGJ ka ankth të rëndë me dëmtim të theksuar funksional.

- ❖ Rrezik nga vetëdëmtim/suicidi.
- ❖ Kormobiditet i rëndësishëm si keqëpërdorimi i substancave, çrregullimi i personalitetit ose probleme komplekse shëndetësore dhe fizike.
- ❖ Vetë-neglizhim.

**Hapi i katërt** ➡ zakonisht i referohet ekipeve të shëndetit mendor në komunitet por mund të përfshijë shërbime të specializuara dhe mjekët e kujdesit parësor shëndetësor.

Vlerësimi – ofroni personit me ÇAGJ një vlerësim të specializuar të nevojave dhe rreziqeve

ÇAGJ dhe çrregullimi i panikut tek të rriturit-menaxhimi

- ❖ Kohëzgjatja dhe ashpërsia e simptomave, dëmtimet funksionale, sëmundjet shoqëruese, rreziku për vetën dhe vetë-neglizhimi.
- ❖ Një rishikim formal i trajtimit aktual dhe trajtimit në të kaluarën, duke përfshirë respektimin e trajtimeve me medikamente të përshkruara më parë, konfidencialitetin ndaj ndërhyrjeve të mëparshme psikologjike dhe ndikimin e tyre në paraqitjen e simptomave dhe dëmtimin funksional.
- ❖ Ambient shtëpiak.
- ❖ Mbështetje në komunitet.
- ❖ Marrëdhëniet në familje dhe ndikimi në komunitet.

Zhvilloni një plan kujdesi gjithëpërfshirës në bashkëpunim me personin më ÇAGJ që t'i adresoj nevojat , rreziqet dhe dëmtimet funksionale.

### **Mjekimi**

- ❖ Informoni personat me ÇAGJ, të cilëve nuk ju është ofruar ose kanë refuzuar ndërhyrjet në hapat 1-3 ➡ për përfitimet e mundshme të këtyre ndërhyrjeve dhe ofroni atyre që nuk kanë provuar.

Merrni parasysh kombinimin e trajtimeve, ofrimin e trajtimeve psikologjike dhe medikamentoz kombininimet e medikamenteve antidepressive ose shtimin e medikamenteve kundër depresionit me medikamente tjera por bëni kujdes dhe kini parasysh se:



- ❖ Mungojnë dëshmitë për efektivitetin e trajtimeve të kombinuara
- ❖ Efektet anësore dhe ndërveprimet janë më të mundshme kur kombinohen medikamentet antidepressive.

Trajtimet e kombinuara duhet të ndërmeren vetëm nga praktikuesit me ekspertizë në trajtim psikologjik dhe medikamentoz te çrregullimet komplekse të ankthit refraktar ndaj trajtimit dhe pas diskutimit të plotë me personin rreth avantazheve dhe disavantazheve të mundshme të trajtimit të sygjeruar.

Kur trajtoni persona me ÇAGJ komplekse dhe refraktare ndaj trajtimit, informojini ata për kërkimet klinike përkatëse në të cilat ata mund të marrin pjesë në çdo kohë brenda udhëzimeve lokale dhe kombëtare.

## **Çrregullimi i përgjithësuar i ankthit dhe çrregullimi i panikut tek të rriturit**

### **Ndërhyrjet psikologjike**

**10.2.1** Duhet të përdoret TKS [terapia konjitive dhe e sjelljes].

**10.2.2** TKS duhet të ofrohet vetëm nga persona të trajnuar dhe të mbikëqyrur në mënyrë të përshtatshme që t'i përmbahen ngushtë trajtimit të bazuar në mënyrë empirike sipas protokoleve [2004].

**10.2.3** TKS duhet të ofrohet në intervalin optimal të kohëzgjatjes [7-14 orë në total] [2004].

**10.2.4** Për shumicën e personave, TKS duhet të realizohet në seanca javore prej 1-2 orësh dhe duhet të përfundojë brenda një maksimumi prej 4 muajsh nga fillimi [2004].

**10.2.5** Terapia më e shkurtër TKS duhet të plotësohet me informacione dhe detyra të fokusuara dhe të duhura [2004].

**10.2.6** Aty ku përdoret terapia më e shkurtër TKS, ajo duhet të jetë rreth 7 orë dhe e dizajnuar të integrohet me materiale të strukturuar vetëndihmëse [2004].

**10.2.7** Për disa persona [TKS] më intensive për një periudhë shumë të shkurtër kohore mund të jetë e përshtatshme [2004].

## Ndërhyrjet farmakologjike - Të përgjithshme

**10.3.1 Benzodiazepinat** shoqërohen me një rezultat më pak të mirë në terma afatgjatë dhe nuk duhet të përshkruhet për trajtimin e individëve me çrregullime paniku. [2004]

**10.3.2 Antihistaminet** qetësuese ose antipsikotikët nuk duhet të përshkruhen për trajtimin e çrregullimit të panikut. [2004].

### Medikamentet kundër depresionit

Medikamentet antidepressive duhet të jenë intervenimet e vetëm farmakologjike për përdorim në planin afatgjatë për menaxhimin e çrregullimit të panikut.

Grupet e medikamenteve antipresive që përdoren në trajtimin janë frenuesit selektivë të rimarrjes së serotoninës [SSRIs], serotonin-noradrenalinafrenuesit e rimarrjes [SNRIs] dhe antidepressantët triciklikë [ATc].

Në kohën e amendamentimit të këtij udhërrëfyesit [Qershor 2020], **fluxetina**, **escitalopram**, **sertralin\***, **citalopram**, **paroksetin\*** dhe **venlafaksin\***, **mirtazapin**, janë licencuara si medikamente për trajtimin e çrregullimit të panikut.

#### Kur vendoset të ofrohet mjekimi duhet të merret parasysh:

- ❖ Moshë e personit;
- ❖ Reagimi i mëhershëm në trajtim;
- ❖ Rreziket.

Mbidozimi aksidental nga personi që është në trajtim dhe nga ndonjë anëtarë i familjes.

Vetëlëndimi i qëllimshëm, nga mbidoza ose ndryshe [rreziku më i lartë është me TCA]].

- ❖ Toleranca;
- ❖ Mundësinë e ndërveprimeve me mjekime shoqëruese;
- ❖ Preferencën e personit që trajtohet;
- ❖ Kosto.

**10.4. 1 Të gjithë personave** të cilëve ju përshkruhen antidepressivë duhet të informohen me kohë për efekte anësore të mundshme [përfshirë rritjen e përkohshme të ankthit në fillim të trajtimit] dhe të rrezikut të ndërprerjes/simptomat e tërheqjes nëse trajtimi ndërpritet papritur ose në disa raste nëse një dozë është humbur ose herë pas here, në uljen e dozës së medikamentit.

**10.4.2** Personat që kanë filluar të marrin medikamente antidepresive duhet të informohen për vonesën e fillimit të efektit, kohëzgjatjen e trajtimit, nevojën për marrjen e medikamenteve sipas përshkrimit si dhe për rreziqet që mund të paraqiten në rast të ndërprerjes së medikamenteve pas ndërprerjes/tërheqjes.

**10.4.3** Nëse nuk jep rezultat trajtimi duhet të ofrohet një SSRI tjetër i licencuar për çrregullime paniku.

**10.4.4.**Nëse një SSRI nuk është i përshtatshëm ose nuk ka përmirësim pas një kursi 12-javor dhe nëse një mjekim tjetër është i përshtatshëm, mund të konsiderohen antidepresiv nga grupe tjera.

Kur përshkruhet një antidepressant, profesionisti i kujdesit shëndetësor duhet merr parasysht:

- ❖ Efektet anësore në fillimin e antidepressantëve mund të minimizohen duke filluar me një dozë të ulët dhe duke e rritur dozën ngadalë derisa të arrihet një përgjigje terapeutike e kënaqshme.
- ❖ Në disa raste, dozat me të lartë terapeutike mund të jenë të nevojshme dhe duhet të ofrohet nëse është e nevojshme.
- ❖ Trajtimi afatgjatë mund të jetë i nevojshëm për disa persona dhe duhet të ofrohet nëse është i nevojshëm
- ❖ Nëse personi tregon përmirësim në trajtimin me një antidepressant, mjekimi duhet të vazhdohet për të paktën 6 muaj pasi të arrihet doza optimale, pas së cilës doza mund të zvogëlohet. [2004].

**10.4.5** Nëse nuk ka përmirësim pas një afati kohor prej 12-javë, një antidepressant nga klasa alternative [nëse një mjekim tjetër është i përshtatshëm] ose një formë tjetër duhet të ofrohet si terapi.

**10.4.6** Personat duhet të këshillohen që t'i marrin mjekimet e tyre siç ju përshkruhet. Kjo mund të jetë veçanërisht e rëndësishme me mjekimin me medikamente me gjysmë jetë të shkurtër për të shmangur simptomat e ndërprerjes/tërheqjes. [2004].

**10.4.7** Ndërprerja e papritur e medikamenteve kundër depresionit mund të shkaktojë simptome të ndërprerjes/tërheqjes.

Për të minimizuar rrezikun e simptomeve të ndërprerjes/tërheqjes, kur ndaloni medikamentet kundër depresionit, doza duhet të reduktohet gradualisht për një periudhë të gjatë kohore. [2004]

**10.4.8** Të gjithë personat të cilëve u përshkruhen medikamente kundër depresionit duhet të informohen se, edhe pse medikamentet nuk shoqërohen me tolerancë dhe dëshirë, simptomat e

ndërprerjes/tërheqjes mund të shfaqen me ndalimin ose mungesën e dozave ose, herë pas here, me uljen e dozës së medikamentit.

Këto simptoma janë zakonisht të lehta dhe vetëkufizuese, por herë pas here mund të jenë të rënda, veçanërisht nëse medikamenti ndërpritet papritur. [2004]

**10.4.9** Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të informojnë personat se më së shpeshti simptomat e përjetuara të ndërprerjes/tërheqjes janë marramendje, mpirje dhe ndjesi shpimi gjilpërash, shqetësime gastrointestinale [veçanërisht nauze dhe të vjella], dhimbje koke, djersitje, ankth dhe shqetësime të gjumit.

**10.4.10** Profesionistët e kujdesit shëndetësor duhet të informojnë personat se duhet të kërkojnë këshilla nga mjeku i tyre nëse përjetojnë ndërprerje të konsiderueshme/simptomat e tërheqjes.

**10.4.11** Nëse simptomat e ndërprerjes/tërheqjes janë të lehta, mjeku duhet ta qetësojë personin dhe të monitorojë simptomat.

Nëse shfaqen simptoma të rënda pas ndërprerjes së një antidepressivi, mjeku duhet të marrë në konsideratë rikthimin e medikamentit [ose të përshkruajë një tjetër nga e njëjta grupi që ka një gjysmë jetë më të gjatë], dhe të zvogëlojë gradualisht dozën gjatë monitorimit të simptomeve.

**Hapi** ➡ **personat me çrregullim paniku:** rishikoni dhe ofroni referim nga kujdesi parësor nëse është e përshtatshme

**10.5.1** Në shumicën e rasteve, nëse ka pasur dy intervenime [ndonjë kombinimi i ndërhyrjes psikologjike, mjekimi ose terapi e kombinuar] dhe personi ka ende simptoma të rëndësishme, atëherë duhet t'i ofrohet referimi tek shërbimet e specializuara të shëndetit mendor. [2004]

**Hapi** ➡ **për personat me çrregullime paniku:** kujdesi në shërbimet e specializuara të shëndetit mendor

**10.5.2** Shërbimet e Specializuara të shëndetit mendor duhet të kryejnë një rivlerësim gjithëpërfshirës të individit, mjedisit të tij dhe rrethanave sociale. Ky rivlerësim duhet të përfshijë vlerësimin e trajtimit:

- ❖ Trajtimet e mëhershme, duke përfshirë efektivitetin dhe përshtatshmërin;
- ❖ Çdo përdorim të substancave, duke përfshirë nikotinën, alkoolin, kafeinën dhe drogat rekreative;
- ❖ Komorbiditetet;
- ❖ Funksionimin e përditshëm;
- ❖ Rrjetet social;
- ❖ Stresorët kronikë të vazhdueshëm;

- ❖ Roli i simptomeve agorafobike dhe të tjera shmangëse.

**10.5.3** Duhet të ndërmerret një vlerësim gjithëpërfshirës i rrezikut dhe të hartohet një plan i duhur i menaxhimit të rrezikut.

**10.5.4** Duhet pasur kujdes kur përshkruani SSRI, nevojitet për të pyetur për përdorimin e kokainës duke parasysh ndërveprimin drogë-drogë dhe nevojën për të shmangur përdorimin e njëkohshëm të medikamenteve të shumta serotonergjike.

**10.5.5** Për të ndërmarrë këto vlerësime dhe për të zhvilluar dhe marr këtë trajtim mund të kërkohet më shumë se një seancë dhe duhet të jetë e disponueshme [2004].

**10.5.6** Kujdesi dhe menaxhimi duhet të bazohen në rrethanat e individit dhe në vendimet e përbashkëta të marra.

### **Opsionet përfshijnë:**

- ❖ Trajtimi i gjendjeve shoqëruese;
- ❖ TKS nëse për shkaqe të ndryshme nuk mund të ofrohet TKS në klinik me një terapist me përvojë kjo mund ta ofrohet në kushte shtëpiake;
- ❖ Eksplorimi i plotë i farmakoterapisë;
- ❖ Mbështetje ditore për të lehtësuar kujdestarët dhe anëtarët e familjes;
- ❖ Referim për këshilla, vlerësim ose menaxhim në qendrat terciare. [2004].

**10.5.7** Duhet të ketë komunikim të saktë dhe efektiv midis të gjithë profesionistëve të kujdesit shëndetësor të përfshirë në kujdesin e çdo personi me çrregullim paniku, veçanërisht midis klinikistëve të kujdesit parësor [GP dhe ekipeve] dhe klinikistëve të kujdesit dytësor [ekipeve të shëndetit mendor në komunitet] nëse ekzistojnë kushte ekzistuese të shëndetit fizik që kërkojnë gjithashtu menaxhim aktiv.

## **Monitorimi dhe percjellja e individeve me çrregullim paniku**

### **Ndërhyrjet psikologjike**

Duhet të ketë një proces brenda çdo praktike për të vlerësuar progresin e një personi që i nënshtrohet TKS.

### **Ndërhyrjet farmakologjike**

**10.7.1** Kur fillon një mjekim të ri, efikasiteti dhe efektet anësore duhet të rishikohen brenda 2 javësh nga fillimi i trajtimit dhe përsëri në javën 4, 6 dhe 12-të.

**10.7.2** Në fund të 12 javëve, duhet të bëhet një vlerësim i efektivitetit të trajtimit dhe të merret një vendim nëse do të vazhdohet apo do të konsiderohet një ndërhyrje alternative [2004].

**10.7.3** Nëse mjekimi duhet të vazhdojë përtej 12 javësh, individi duhet të vazhdojë të rishikohet në intervale 8 deri në 12 javë, në varësi të progresit klinik dhe rrethanave individuale [2004].

### **Vetëndihma**

Individëve që marrin intervenime vetëndihme duhet t'u ofrohet kontakt me profesionistët e kujdesit parësor shëndetësor, në mënyrë që progresi të monitorohet dhe të konsiderohen intervenime alternative nëse është e përshtatshme. Frekuenca përcaktohet për secilin rast në veçanti që duhet të jetë çdo 4 deri 8 javë. [2004].

### **Matja e rezultatit**

Pyetësorë të shkurtër, të vetë-plotësuar [siç është nënshkalla e panikut të inventarit të lëvizshmërisë agorafobike për individët me çrregullim paniku] duhet të përdoren për të monitoruar rezultatet kudo që të jetë e mundur [2004].

## **XI. Standardet e Auditueshme**

- ❖ Numri i personave që përjetojnë ankth brenda një viti kalendarik
- ❖ Numri i personave me sëmundjet të ndryshme fizike që bashkërendohen me ankthin ose gjendje ankthi brenda një viti kalendarik.
- ❖ Numri i abuzuesve të substancave që përjetojnë ankth brenda një viti kalendarik

## **XII. Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit**

Udhërrëfyesi do të jetë në dispozicion për të gjithë profesionistët shëndetësor në institucione shëndetësore në Kosovë. Udhërrëfyesi duhet të gjejë zbatim në të gjitha Institucionet ku ka burime të mjaftueshme, përfshirë burimet njerëzore dhe infrastrukturën relevante për trajtimin e rekomanduara në udhërrëfyes.

Terapia sigurohet përmes Ministrisë së Shëndetësisë [MSh] dhe Shërbimit Spitalor Klinik Universitar të Kosovës [ShSKUK], nga buxheti i Republikës së Kosovës.

Nevojat përcaktohen nga Institucionet relevante që mirren me trajtimin e klientëve.

Shumica e medikamenteve si: fluxetina, escitalopram, citalopram, mirtazapin që rekomandohen në këtë udhërrëfyes janë përfshirë në listën esenciale të barnave, ndërsa me fusnot janë paraqitur medikamentet \* të cilat nuk janë të përfshira në Listën Esenciale të Barnave [LEB] paroksetin,\* sertralin\* dhe venlafaksin\*.

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyesi janë resurset e mjaftueshme njerëzore, materiale infrastruktura, rastet shqyrtohen nga konziliumi mjekësor dhe që shumica e medikamenteve që rekomandohen në këtë udhërrëfyes janë të përfshira në listën esenciale të barnave.

Zbatimi i UK është pjesë e sigurimit të praktikës së mirë mjekësore të bazuar në dëshmi për të gjithë profesionistët shëndetësorë të kësaj fushe.

Udhëheqësit e institucioneve shëndetësore relevante janë përgjegjës për sigurimin e zbatimit të tyre.

Çdo institucion shëndetësor duhet të kryej monitorimin e brendshëm duke zbatuar auditin klinik si mjet për monitorimin e përmirësimit të cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe sigurisë së pacientit.

### **XIII. Aplikim dhe Zbatimi i UPK-së në rrethana tona**

Gjatë procesit të analizës dhe shqyrtimit të Udhërrëfyesve klinik, grupi punues është përcaktuar në adaptimin e të dhënave më të reja nga udhërrëfyesit "Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management, published 2011 NICE 2021 [Last updated 26 July 2019]". "Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders 2014.

Procesi i adaptimit të Udhërrëfyesit është realizuar përmes mbajtjes të takimeve të rregullta virtuale/online dhe takimeve fizike. Mbajtja e takimeve të grupit punues është dokumentuar me procesverbalet e takimeve të mbajtura.

Udhërrëfyesi i është nënshtruar vlerësimit nga komisioni recensent në përbërje të:

1. Dr. Valdete Serreqi, Psikiatër
2. Dr. Islam Kallaba, Psikiatër

Sa i përket vlerësimit të udhërrëfyesit nga recenzentët nuk ka pasur komente për ndryshime në kontekstin përmbajtësor të udhërrëfyesit, recenzentët kanë ofruar mendimin e tyre profesional se ky udhërrëfyes i plotëson kriteret për procedim të mëtutjeshëm.

Drafti final i Udhërrëfyesit i është dërguar klientëve/pacientëve që trajtohen për ankth, të cilët nuk kanë dhënë ndonjë koment.

Gjithashtu, pytësori shëndetësor ju është shpërndarë klientëve/pacientëve për të shqyrtuar ankthin specifik dhe çrregullimet e ngjajshme.

Udhërrëfyesi klinik është publikuar në web faqe të MSh-së sipas procedurave të parapara në Udhëzimin Administrativ për "Udhërrëfyes dhe Protokole Klinike" Nr.12/2010, dhe ka qenë i hapur për komente nga të gjitha palët e përfshira dhe grupet e interesit.

Udhërrëfyesi i miratuar do të shpërndahet dhe prezantohet tek të gjithë profesionistët shëndetësorë, të cilët bazuar në kompetencat e tyre profesionale të përcaktuara do t'a bëjnë zbatimin e tij në praktik.



## XIV.Referencat

- ❖ Albano AM, Kendall PC: Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *Int Rev Psychiatry* 2002, 14:129-134.
- ❖ Albano A, Chorpita B, Barlow D: Childhood anxiety disorders. In *Child psychopathology.. 2 edition*. New York, NY: Guilford; Mash E, Barkley R 2003:279-329.
- ❖ Aliyev NA, Aliyev ZN: Valproate [depakine-chronol] in the acute treatment of outpatients with generalized anxiety disorder without psychiatric comorbidity: randomized, double-blind placebo-controlled study. *Eur Psychiatry* 2008, 23:109-114.
- ❖ Ansseau M, Fischler B, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A: Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study [Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II]. *Depress Anxiety* 2008, 25:506-513.
- ❖ Allgulander C, Hartford J, Russell J, Ball S, Erickson J, Raskin J, Rynn M: Pharmacotherapy of generalized anxiety disorder: results of duloxetine treatment from a pooled analysis of three clinical trials. *Curr Med Res Opin* 2007, 23:1245-1252.
- ❖ Allgulander C, Nutt D, Detke M, Erickson J, Spann M, Walker D, Ball SG, Russell JM: A non-inferiority comparison of duloxetine and venlafaxine in the treatment of adult patients with generalized anxiety disorder. *J Psychopharmacol* 2008, 22:417-425.
- ❖ Borkovec T, Ruscio A: Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001, 62(Suppl 11):37-42, discussion 43-35.
- ❖ Beesdo K, Pine DS, Lieb R, Wittchen HU: Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010, 67:47-57. 508.
- ❖ Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML: High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2010, 67:489-496
- ❖ Bernstein GA, Bernat DH, Davis AA, Layne AE: Symptom presentation and classroom functioning in a nonclinical sample of children with social phobia. *Depress Anxiety* 2008, 25:752-760.
- ❖ Bielski RJ, Bose A, Chang CC: A double-blind comparison of escitalopram and paroxetine in the long-term treatment of generalized anxiety disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2005, 17:65-69.
- ❖ Boschen MJ, Oei TP: A cognitive behavioral case formulation framework for treatment planning in anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2008, 25:811-823.
- ❖ Buist A, Gotman N, Yonkers KA: Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *J Affect Disord* 2011, 131:277-283.

- ❖ Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. 2014.
- ❖ Ciraulo DA, Nace EP: Benzodiazepine treatment of anxiety or insomnia in substance abuse patients. *Am J Addict* 2000, 9:276-279, discussion 280-274
- ❖ Coull G, Morris PG: The clinical effectiveness of CBT-based guided self-help interventions for anxiety and depressive disorders: a systematic review. *Psychol Med* 2011, 41:2239-2252.
- ❖ Craske MG, Rose RD, Lang A, Welch SS, Campbell-Sills L, Sullivan G, Sherbourne C, Bystritsky A, Stein MB, Roy-Byrne PP: Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depress Anxiety* 2009, 26:235-242.
- ❖ Chessick CA, Allen MH, Thase M, Batista Miralha da Cunha AB, Kapczinski FF, de Lima MS, dos Santos Souza JJ: Azapirones for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006, 3:CD006115.
- ❖ Davidson J, Du Pont R, Hedges D, Haskins J: Efficacy, safety, and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999, 60:528-535. 573.
- ❖ Donovan MR, Glue P, Kolluri S, Emir B: Comparative efficacy of antidepressants in preventing relapse in anxiety disorders - a meta-analysis. *J Affect Disord* 2010, 123:9-16.
- ❖ Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S: Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, CD008120.
- ❖ Doyle A, Pollack M: Establishment of remission criteria for anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2003, 64(Suppl 15):40-45
- ❖ Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. The Research Unit on Pediatric Psychopharmacology Anxiety Study Group. *N Engl J Med* 2001, 344:1279-1285.
- ❖ Frojd S, Ranta K, Kaltiala-Heino R, Marttunen M: Associations of social phobia and general anxiety with alcohol and drug use in a community sample of adolescents. *Alcohol Alcohol* 2011, 46:192-199.
- ❖ Heider D, Matschinger H, Bernert S, Alonso J, Brugha TS, Bruffaerts R, de Girolamo G, Dietrich S, Angermeyer MC: Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders : a study in six European Countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008, 43:266-272.
- ❖ Hecker J, Losee M, Fritzler B, Fink C: Self-directed versus therapist directed cognitive behavioural treatment for panic disorder. *J Anxiety Disord* 1996, 10:253-265.
- ❖ Hoehn-Saric R, McLeod D, Zimmerli W: Differential effects of alprazolam and imipramine in generalized anxiety disorder: somatic versus psychic symptoms. *J Clin Psychiatry* 1988, 49:293-301.
- ❖ Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D: The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010, 78:169-183.

- ❖ Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V: Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, CD001848.
- ❖ Ferrero A, Piero A, Fassina S, Massola T, Lanteri A, Daga GA, Fassino S: A 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalised anxiety disorders in a community setting. *Eur Psychiatry* 2007, 22:530-539.
- ❖ Garcia-Campayo J, Caballero F, Perez M, Lopez V: Pain related factors in newly diagnosed generalized anxiety disorder patients. *Actas Esp Psiquiatr* 2012, 40:177-186.
- ❖ Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management, published 2011 NICE 2021. Last updated 26 July 2019. NICE 2021, (<https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights>). Last updated 26 July 2019.
- ❖ Kasper S, Herman B, Nivoli G, Van Ameringen M, Petralia A, Mandel FS, Baldinetti F, Bandelow B: Efficacy of pregabalin and venlafaxine-XR in generalized anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled 8-week trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2009, 24:87-96.
- ❖ Kagan J, Snidman N: Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biol Psychiatry* 1999, 46:1536-1541.
- ❖ Klein Hofmeijer-Sevink M, Batelaan NM, van Megen HJ, Penninx BW, Cath DC, van den Hout MA, van Balkom AJ: Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: a report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* 2012, 137:106-112.
- ❖ Kim YW, Lee SH, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, Cho SJ, Kim MJ, Yook K, Ryu M, et al: Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2009, 26:601-606
- ❖ Kjernisted KD, Bleau P: Long-term goals in the management of acute and chronic anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2004, 49:51S-63S.
- ❖ Kiropoulos LA, Klein B, Austin DW, Gilson K, Pier C, Mitchell J, Ciechomski L: Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *J Anxiety Disord* 2008, 22:1273-1284.
- ❖ LaLonde CD, Van Lieshout RJ: Treating generalized anxiety disorder with second generation, antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2011, 31:326-333.
- ❖ Lenze EJ, Rollman BL, Shear MK, Dew MA, Pollock BG, Ciliberti C, Costantino M, Snyder S, Shi P, Spitznagel E, et al: Escitalopram for older adults with generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009, 301:295-303.
- ❖ Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, Kachele H, Kreische R, Leweke F, Ruger U, Winkelbach C, Leibing E: Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2009, 166:875-881.

- ❖ Lewis C, Pearce J, Bisson JI: Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. *Br J Psychiatry* 2012, 200:15-21.
- ❖ Lucock M, Padgett K, Noble R, Westley A, Atha C, Horsefield C, Leach C: Controlled clinical trial of a self-help for anxiety intervention for patients waiting for psychological therapy. *Behav Cog Psychother* 2008, 36:541-551.
- ❖ Nauta M, Scholing A, Emmelkamp P, Minderaa R: Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: no additional effect of a cognitive parent training. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003, 42:1270-1278.
- ❖ Newman MG, Castonguay LG, Borkovec TD, Fisher AJ, Boswell JF, Szkodny LE, Nordberg SS: A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *J Consult Clin Psychol* 2011, 79:171-181.
- ❖ Nimatoudis I, Zissis N, Kogeorgos J, Theodoropoulou S, Vidalis A, Kaprinis G: Remission rates with venlafaxine extended release in Greek outpatients with generalized anxiety disorder. A double-blind, randomized, placebo controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 2004, 19:331-336.
- ❖ Mackenzie CS, Reynolds K, Cairney J, Streiner DL, Sareen J: Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depress Anxiety* 2012, 29:234-242.
- ❖ Marshall EC, Zvolensky MJ, Sachs-Ericsson N, Schmidt NB, Bernstein A: Panic attacks and physical health problems in a representative sample: singular and interactive associations with psychological problems, and Interpersonal and physical disability. *J Anxiety Disord* 2008, 22:78-87
- ❖ Merideth C, Cutler AJ, She F, Eriksson H: Efficacy and tolerability of extended release quetiapine fumarate monotherapy in the acute treatment of generalized anxiety disorder: a randomized, placebo controlled and active-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 2012, 27:40-54.
- ❖ Marshall RD, Lewis-Fernandez R, Blanco C, Simpson HB, Lin SH, Vermes D, Garcia W, Schneier F, Neria Y, Sanchez-Lacay A, Liebowitz MR: A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depress Anxiety* 2007, 24:77-84.
- ❖ McLaughlin T, Geissler E, Wan G: Comorbidities and associated treatment charges in patients with anxiety disorders. *Pharmacotherapy* 2003, 23:1251-1256.
- ❖ Montgomery SA, Tobias K, Zornberg GL, Kasper S, Pande AC: Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 2006, 67:771-782.
- ❖ P, van Brakel AM, Arntz A, Schouten E: Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: A longitudinal study. *J Child Fam Stud* 2011, 20:157-170.

- ❖ Pollack MH, Lepola U, Koponen H, Simon NM, Worthington JJ, Emilien G, Tzanis E, Salinas E, Whitaker T, Gao B: A double-blind study of the efficacy of venlafaxine extended-release, paroxetine, and placebo in the treatment of panic disorder. *Depress Anxiety* 2007, 24:1-14.
- ❖ Rickels K, Shiovitz TM, Ramey TS, Weaver JJ, Knapp LE, Miceli JJ: Adjunctive therapy with pregabalin in generalized anxiety disorder patients with partial response to SSRI or SNRI treatment. *Int Clin Psychopharmacol* 2012, 27:142-150.
- ❖ Ross LE, McLean LM: Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006, 67:1285-1298.
- ❖ Rocca P, Fonzo V, Scotta M, Zanalda E, Ravizza L: Paroxetine efficacy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1997, 95:444-450.
- ❖ Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC, Baldwin SA, Stein MB, Roy-Byrne P: Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety* 2011, 28:560-567.
- ❖ Silverstone P, Salinas E: Efficacy of venlafaxine extended release in patients with major depressive disorder and comorbid generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2001, 62:523-529
- ❖ Sutter-Dallay AL, Giacomme-Marcésche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H: Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004, 19:459-463.
- ❖ Wood JJ, Piacentini JC, Southam-Gerow M, Chu BC, Sigman M: Family cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006, 45:314-321.
- ❖ Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA, Craske MG: Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety* 2010, 27:113-133.

## XV.Shkurtesat

ATC	Antidepresant Treciklik
ÇMD/MDD	Çrregullime të Mëdha Depresive
KP	Klinika Psikiatrike
KPSh	Kujdesi Parësor Shëndetësor
M&V	Monitorim dhe Vlerësim
ÇMNS/MNS	Çrregullime Mendore Neurologjike të Përdorimit të Substancave
MSH	Ministria e Shëndetësisë
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
PTSD/ÇSPT	Çrregullim i Stresit Post Traumatik
SSRI	Frenues selektiv i rimarrjes së serotoninës
SRK	Studime të Randomizuara “cluster”
ShM	Shëndeti Mendor
ShShM	Shërbimet e Shëndetit Mendor
TA	Trajtim Ambulantor
TFF	Terapia e Fokusuar në Familje
TNA	Terapia Ndërpersonale e Adoleshentëve
TKS	Terapia Konjitive e Sjelljes
TS	Trajtim Spitalor
SAD	Çrregullim i ankthit
SUD	Çrregullim i Kontrollit të Impulsit
SSRI-ISRS	Inhibitorët selektivë të Rimarrjes së Serotoninës
SNRIs	Serotonin-Noradrenalina Frenuesit e Rimarrjes

**Shtojca**

# Pyetësor



Pyetjet për shqyrtimin e ankthit specifik dhe çrregullimeve të ngjajshme ?

A keni episode, sulme të papritura frikë ose shqetësime të forta të papritura ose të paqarta?

Nëse ----- "PO"-----

Atëherë vazhdoni me?



- ❖ A keni pasur më shumë se një nga këto sulme?
- ❖ A bëhen këto sulme më të rënda zakonisht brenda disa minutave?
- ❖ A keni pasur ndonjëherë frikë nga këto sulme që edhe në muajin e ardhshëm do të ju përsëriten, duke jetuar me frikën se mos do të keni një atak tjetër ose jeni shqetësuar për pasojat e sulmit?
- ❖ A ju bën frika në pozitë/të sikletshme të shmangni të bëni gjëra ose të flisni me njerëzit?
- ❖ A i shmangni aktivitetet në të cilat jeni në qendër të vëmendjes?
- ❖ A ndiheni në siklet mos po dukeni i çuditshëm kur jeni i frikësuar?
- ❖ Gjatë 4 javëve të fundit, a jeni shqetësuar nga ndjenja e shqetësimit, tensionit ose ankthit në shumicën e kohës?
- ❖ A jeni shpesh të tensionuar, nervoz dhe keni probleme me gjumë?
- ❖

## Obsesioni

- ❖ A jeni të shqetësuar nga mendimet e përsëritura dhe të padëshiruara të ndonjë prej llojeve të mëposhtme:
- ❖ Mendime për të lënduar dikë tjetër



- ❖ Mendime seksuale
- ❖ Shqetësim i tepruar për kontaminimin/mikrobet/sëmundjet
- ❖ Preokupim me dyshimet [pyetjet "po sikur"] ose paaftësia për të marrë vendime
- ❖ Ritualet mendore [p.sh., numërim, lutje, përsëritje].
- ❖ Mendime të tjera të padëshiruara ndërhyrëse

#### **Nëse i jeni përgjigjur "PO" ndonjërës nga pyetjet e më sipërme...**

- ❖ A keni vështirësi t'i rezistoni këto mendime, imazhe ose impulse kur ato vijnë në mendjen tuaj?

### **Detyrimet**

A ndiheni të shtyrë për të kryer veprime të caktuara vazhdimisht?

Të tilla si:

- ❖ Larja
- ❖ Pastrimi
- ❖ Kontrolli [p.sh., dyert, bravat, pajisjet]
- ❖ Renditja/rregullimi
- ❖ Përsëritje [p.sh., numërim, prekje, lutje]
- ❖ Mbledhje [grumbullim, kursim]

#### **Nëse i jeni përgjigjur "PO" ndonjërës nga pyetjet e më sipërme:**

- ❖ A e keni të vështirë t'i rezistoni dëshirës për t'i bërë këto gjëra

A keni përjetuar ose parë një ngjarje kërcënuese për jetën ose ngjarje traumatike si: përdhunim, aksident, dikë të lënduar ose vrarë rëndë, sulme të shkaktuar nga njerëzit, fatkeqësi natyrore, luftë apo torturë?

#### **Nëse jeni përgjigjur "PO", atëherë vazhdoni**

- ❖ A e/i ripërjetoni ngjarjet në mënyra shqetësuese [shqetësuese] siç janë ëndrrat, kujtimet ndërhyrëse, rikthimet ose reagimet fizike ndaj situatave që ju kujtojnë ngjarjen.