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

"ÇRREGULLIMET E STRESIT POST TRAUMATIK TRAUMA DHE ÇRREGULLIMET E LIDHURA ME TRAUMËN"

UDHËRRËFYES KLINIK

Udhërrëfyesi Nr.23 Prishtinë, 2023 Verzioni 1.0

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

MSc. Niman Bardhi, PhDc	Kryesues
Dr. Teuta Qilerxhiu	Anëtare
Dr. Fakete Hoxha	Anëtare
Z. Mentor Sadiku	Anëtar
Znj. Fatbardha Murtezi	Anëtare
Prof.Dr. Lul Raka	Anëtar
Dr. Driton Vela	Anëtar
Dr. Albana Morina	Anëtare
Dr. Elton Bahtiri	Anëtar
Dr. Edmond Haliti	Anëtar
Z. Agron Bytyqi	Anëtar
Dr. Hajrullah Fejza	Sekretari teknike

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, PhDc	Kryesues
Dr. Rina Hoxha	Anëtare
Znj. Zana Shabani	Anëtare

Grupi punues:

Dr. Laura Shehu	Kryesuese
Mr. Sci Ariana Qerimi	Anëtare
Dr. Rushit Ismajli	Anëtar
Dr. Afrim Cana	Anëtar
Dr. Faton Kutllovci	Anëtar
Dr. Shukrije Statovci	Anëtare
Mr.Ph Fatbardha Murtezi	Anëtar

Përmbajtja

I.Hyrje 4
1.1Qëllimi dhe fokusi 5
1.2 Të dhënat për çrregullimin e stresit postraumatik 5
1.3 Popullata e synuar 5
1.4 Dedikimi i udhërrëfyesit 5
1.5Pyetjet 6
II.Metodologjia 7
III.Përkufizimet 8
IV. Rekomandimet 11
V. Çrregullimet e Stresit Post Traumatik - Simptomet [ÇSPT] 27
VI. Ndikimi i Provave të Reja në Rekomandime 30
VII. Standardet e Auditueshme 50
VIII.Aplikim dhe Zbatimi i UPK-së në rrethana tona 51
IX.Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit 52
X.Referenca 53
XI.Shkurtesat 62
XII. Shtojca 63

I.Hyrje

Çrregullimi i Stresit Post-Traumatik [ÇSPT], është një gjendje e shëndetit mendor që shkaktohet nga një ngjarje e tmerrshme ose nga një përjetim i rëndë.

Është një çrregullim psikiatrik që mund të ndodhë tek personat që kanë përjetuar ose që kanë qenë dëshmitar të një ngjarje traumatike, një sëri ngjarjesh ose një sërë rrethanash si: fatkeqësitë natyrore, aksidentet e rënda, aktet terroriste, lufta, sulmi seksual, trauma historike, dhuna e partnerit intim dhe bulizmi.

Një individ mund ta përjetojë këtë si emocionalisht ose fizikisht të dëmshëm ose kërcënues për jetën dhe mund të ndikojë në mirëqenien mendore, fizike, sociale dhe/ose shpirtërore.

Trauma përfshin ngjarje që përbëjnë një kërcënim të rëndësishëm [fizik, emocional ose psikologjik] që mund të jenë dërrmuese dhe tronditëse.

Shumë individ të ekspozuar ndaj ngjarjeve traumatike përjetojnë një sërë reaksionesh psikofiziologjike post-traumatike edhe pse shumica e këtyre reagimeve kalojnë në mënyrë spontane përafërsisht brenda muajit të parë të shfaqjes [Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992; Nugent, Saunders, Williams, Hanson, Smith, & Fitzgerald, 2009; Orcutt, Erickson dhe Wolfe, 2004].

Nëse vazhdojnë, mund të plotësojnë kriteret për një ose më shumë diagnoza Post-Traumatike si Çrregullim i Stresit Akut [ÇSA] ose Çrregullim i Stresit Posttraumatik ÇSPT .

ÇSPT përbërëhet nga katër grupe simptomesh:

- Kujtimet ndërhyrëse dhe të përsëritura të traumës,
- Shmangia e stimujve të lidhur me traumën,
- Mpirja dhe/ose ndryshimet në disponim ose në njohjet që kanë të bëjnë me traumën,
- Ndryshime në reaktivitet dhe zgjim.

Disa individ me ÇSPT janë veçanërisht të rrezikuar nga sëmundje shoqëruese gjatë përdorimit dhe abuzimit me substanca, nga depresioni, ankthi, çrregullimet disociative, çrregullimet e personalitetit, psikozat, dëmtimet njohëse, dhuna ndaj vetes dhe të tjerëve, rreziku i shtuar i vetëlëndimit jo-suicidal dhe suicidet gjithashtu janë të zakonshme për diagnozën.

Të gjithë këta faktorë e bëjnë ÇSPT një çrregullim psikofiziologjik dhe psikosocial të ndërlikuar dhe sfidues për t'u trajtuar dhe sugjerohet nevoja për udhëzime të mëtejshme për të treguar se cilat trajtime janë efektive dhe për cilën kategori.

1.1Qëllimi dhe fokusi

Ky udhërrëfyes është hartuar për të mbështetur mjekët në diagnostikim, trajtim dhe vendimmarrje së bashku me preferencat e pacientëve.

Ky udhërrëfyes synon të ofrojë rekomandime për trajtimin e Çrregullimit të Stresit Posttraumatik [ÇSPT,] tek të rriturit, bazuar në rishikimin sistematik të provave për trajtim psikologjik dhe farmakologjik për të rriturit me çrregullim të stresit posttraumatik

Qëllimi i përgjithshëm i këtij udhërrëfyesi është të përmirësojë trajtimin e personave me çrregulllime të stresit post-traumatik.

1.2 Të dhënat për çrregullimin e stresit postraumatik

Në SHBA 7-8% e popullatës kanë çrregullime të stresit postraumatik në një moment të jetës së tyre. Përafërsisht 10% e femrave dhe 4% e meshkujve përjetojnë çrregullime të stresit postraumatik në një moment të caktuar të jetës së tyre. Përafërsishtë 2% deri në 5% e adoleshentëve i kanë plotësuar kriteret për përjetimin e çrregullimeve të stresit postraumatik gjatë jetës së tyre.

1.3 Popullata e synuar

Ky udhërrëfyes synon trajtimin e personave me çrregullime të stresit postraumatik në të gjitha moshat [fëmijët, adoleshentët, të rriturit dhe 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 çrregullimeve të stresit postraumatik.

1.5Pyetjet

- Çka nënkuptojmë me çrregullimet e stresit postraumatik [ÇSPT]?
- Kush e shkakton traumën dhe çrregullimet e stresit postraumatik [ÇSPT] ?
- Si menaxhohen krizat e çrregullimit të stresit postraumatik [ÇSPT] ?
- Cilat janë modalitetet specifike të trajtimit të ÇSPT?
- Cili është efikasiteti i trajtimeve psikologjike dhe medikamentoze për të rriturit me ÇSPT?
- Cili është efektiviteti i tyre krahasues [d.m.th., trajtimet psikologjike në krahasim me trajtimet e tjera psikologjike, trajtimet medikamentoze]?
- Cilat trajtime funksionojnë më mirë për pacientët?

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 konflikit 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:

- Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder [ÇSPT] in Adults 2017 2017ted as APA Policy February 24, 2017.
- "A Guide to Gudelines for the Treatment of Posttraumatic Sytress Disorderin Adult" : An Update 2019.
- https://www.who.int/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma

Metodologjia e përdorur në literaturën e përzgjedhur për adaptimin e udhërrëfyesit bazohet në Rishikimin Sistematik të RTI-UNC. Baza kryesore e provave për këtë udhërrëfyes ishte rishikimi sistematik, trajtimet psikologjike dhe farmakologjike për të rriturit me çrregullim të stresit posttraumatik (PTSD) (Jonas et al., 2013) nga "Research Triangle International- University of North Carolina Evidence Based Practice Center, gjithashtu është realizuar një kërkim gjithë përfshirës i bazave së të dhënave të përdorura nga rishikimi sistematik: Medline, Cochrane, International Pharmaceutical Abstracts (IPA), The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PsychINFO, Web of Science dhe Excerpta Medica database (EMBASE).

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).

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 ndërgjegjësim dhe kuptim i ndjenjave, sjelljes dhe motiveve të një personi tjetër, kombinuar me shqetësimin për atë person, pa vetë-identifikim me ato përvoja.

Ideja për suicid: nënkupton mendimet që përcaktojnë vdekjen e dikujt.

Idetë suicidale mund të ndryshojë në thellësin e seriozitetit në varësi të specifikës së planeve suicidale dhe shkallës së qëllimit suicidal.

Përpjekja për suicid: përkufizohet si një sjellje jo-fatale e drejtuar nga vetja, potencialisht dëmtuese me qëllim për të shkaktuar vdekjen si pasojë e sjelljes. Një tentativë suicidale mund ose nuk mund të rezultojë me lëndim.

Përpjekja e ndërprerë suicidale: përkufizohet si sjellje potencialisht vetë-dëmtuese me dëshmi/fakte (eksplicite ose të nënkuptuara) se personi kishte ndërmend të vdiste por e ndaloi përpjekjen para se të ndodhte dëmtimi fizik.

Qëllimi për suicid: nënkupton pritjën dhe dëshirën subjektive për një veprim vetëshkatërrues që përfundon me vdekje.

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

Vdekshmëria/sjelljet suicidale: nënkupton rrezikshmërin objektive për jetën, e shoqëruar me një metodë ose veprim suicidal. Kujdes, se vdekshmëria është e ndryshme dhe nuk mund të përkojë gjithmonë me pritjen e një individi për atë që është e rrezikshme nga ana mjekësore.

Trauma: Trauma është një përgjigje emocionale ndaj një ngjarjeje të tmerrshme si një aksident, përdhunim ose fatkeqësi natyrore. Menjëherë pas ngjarjes, tronditja dhe mohimi janë manifestimet tipike për traumat.

Reagimet më afatgjata përfshijnë emocione të paparashikueshme, rikthime të prapambetura, marrëdhënie të tensionuara madje edhe simptome fizike si dhimbje koke ose vjellje.

Historia e traumës, një histori e ngjarjeve në jetën e pacientit me potencial për të qenë emocionalisht traumatike, duke përfshirë por pa u kufizuar në ekspozimin ndaj vdekjes aktuale ose kërcënimeve, lëndimeve të rënda, sëmundjeve ose dhunës seksuale.

Ekspozimi mund të ndodhë nëpërmjet përvojës së drejtpërdrejtë ose duke vëzhguar një ngjarje personalisht ose nëpërmjet teknologjisë [p.sh., regjistrimi televiziv, audio ose video] ose duke mësuar për një ngjarje që i ka ndodhur një anëtari të ngushtë të familjes ose një miku të ngushtë.

Trauma mund të përfshijë gjithashtu fatkeqësi të hershme, neglizhencë, keqtrajtim, abuzim emocional, abuzim fizik ose abuzim seksual që ndodh në fëmijëri dhe në moshën e rritur si shkak i ekspozimi ndaj fatkeqësive natyrore ose të shkaktuara nga njeriu, ekspozimi ndaj situatave luftarake, të qenit viktimë e një krimi të dhunshëm, përfshirja në një aksident të rëndë automobilistik, ose të paturit e përvojave të rënda ose të dhimbshme ose të zgjatura mjekësore [p.sh. qëndrimi në njësinë e kujdesit intensiv].

Trajtimi si zakonisht është në përputhje me kujdesin e marrë për një gjendje specifike në një kontekst johulumtues të botës reale. Trajtimi si zakonisht, ndonjëherë i referuar si kujdes i zakonshëm ose kujdes standard, përdoret shpesh si një kusht krahasimi.

Varësia: është një sindromë e karakterizuar nga përdorimi i detyrueshëm i një substance.

Tërheqja/Abstenenca: përfshinë një sërë simptomesh 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.

Përdorimi i Udhëzuesit – Praktika Klinike APA për Trajtim të Çrregullimit të Stresit Post Traumatik [ÇSPT] tek të rriturit

Pacienti i diagnostikuar me ÇSPT

A është shqyrtuar nga klinicisti çdo element i Praktikës së Bazuar në Prova të Psikologjisë (PBPP) për përdorim, në vendimmarrje të përbashkët? Shihni shiritin anësor 1.

Angazhohuni në vendimmarrje të përbashkët për të mbështetur pëlqimin e informuar dhe përzgjedhjen e trajtimit.

Referojuni:

- Shiriti anësor 2 këndvështrimi: multikulturor, udhëzime për të punuar me individë, popullatat dhe
- Shiriti anësor 3 për një përmbledhje të rekomandimeve të trajtimit.

A posedon klinicisti aftësitë për të ofruar trajtimin e rekomanduar? JO → Referoni pacientin te një ofrues tjetër.

↓ PO

A pranon pacienti të marrë trajtim? JO → Pacienti refuzon ose e shtyn trajtimin.

↓ PO

Të fillojë trajtimin në bazë të rezultatit të përbashkët të vendimarrjes

↓

Vlerësoni simptomet rregullisht sipas politikës

↓

A është pacienti duke u përmirësuar?

JO ↓

A është pacienti në remision të plotë dhe a janë arritur qëllimet fillestare të trajtimit? JO → Përfshirja në vendimmarrje të përbashkët për hapat e ardhshme

PO → Angazhohuni në vendimmarrje të përbashkët në lidhje me ndërprerjen e trajtimit ose vazhdimin e trajtimit për t'i adresuar

Duhet të ndryshohet plani i trajtimit?

PO ↓

Vazhdoni të përfshini udhëzimet e Shiritit anësor 2 në punë

Shirit anësor 1

Praktika e bazuar në dëshmi

Elementet e Psikologjisë

1. Hulumtimi më i mirë në dispozicion
(Shih seksionin Rekomandime si pikënisje).
2. Ekspertiza klinike.
3. Karakteri i pacientëve

Shiriti anësor 2 Udhëzime shtesë nga APA - Popullata

- Politika e PBPP
- Udhëzime multikulturore
- Raca dhe përkatësia etnike
- Djemtë dhe burrat
- Vajzat dhe gratë
- Transgjinor dhe personat me orientim të pakonfirmuar
- Personat me aftësi të kufizuara
- Personat me të ardhura dhe ekonomi të ulët, të margjinalizuara
- Udhëzime shtesë

Shiriti anësor 3 mbështetur Empirik

Rekomandime

Psikoterapia

- Rekomandim i fortë për terapi konjitive të sjelljes, terapi konitive, terapi konjitive të zgjatur,terapi ekspozimi.
- Rekomandim i kushtëzuar për, psikoterapi eklektike, lëvizje të syve, terapi desensibilizimi dhe ripërpunimi, dhe terapia narrative e ekspozimit.

Farmakoterapia

- Rekomandim i kushtëzuar për fluoksetinë, paroxetine, sertraline dhe venlafaxine.

Për të parë grupin e plotë të rekomandimeve, përfshirë ato ku nuk kishte prova të mjaftueshme për të rekomandoni pro ose kundër trajtimit.

IV. Rekomandimet

Ky udhërrëfyes synon të ofrojë rekomandime për trajtimin e Çrregullimit të Stresit Posttraumatik [ÇSPT,] tek të rriturit, bazuar në një rishikim sistematik të provave për trajtim psikologjik dhe farmakologjik për të rriturit me çrregullim të stresit posttraumatik.

Parasysh janë marrë:

1] Forca e përgjithshme e provave;

2] Balancimi i përfitimeve kundrejtë dëmeve;

3] Vlerat dhe preferencat e pacientit;

4] Zbatueshmëria.

Bazuar në kombinimin e këtyre faktorëve janë dhënë rekomandime të forta ose të kushtëzuar për ose kundër çdo trajtimi të veçantë/ose janë dhënë deklarata se nuk kishte prova të mjaftueshme për të qenë në gjendje për të bërë një rekomandim pro ose kundër.

Rekomandohet fuqimisht përdorimi i Psikoterapive/Intervenimeve për të Riturit.

- Pacientët me Çrregullime të Stresit Postraumatik [ÇSPT];
- Terapi Konjitive të Sjelljes [TKS/CBT];
- Terapi Përpunuese Konjitive [TPK/CPT];
- Terapi Konjitive [TK/CT] dhe Terapi me Ekspozim të Zgjatur [TEZ].

Nuk ka prova të mjaftueshme për të rekomanduar për ose kundër ofrimit të kërkimit të sigurisë [KS/SS] ose relaksimit [RLX].

Për medikamentet, sugjerohet ofrimi i medikamenteve si: fluoksetinë, paroksetinë, sertraline dhe venlafaksinë.

Nuk ka prova të mjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër ofrimit të risperidonit dhe topiramatit.

Tabela 1. Rekomandimet e Panelit

Rekomandimet e Panelit	
Për pacientët e rritur me [ÇSPT], fuqimisht rekomandohet që klinicistët të ofrojnë një nga psikoterapitë/intervenimet e mëposhtme [të renditura sipas alfabetit]: ❖ Terapia konjitive e sjelljes [TKS/CBT] ❖ Terapi përpunuese konjitive [TPK/CPT] ❖ Terapi konjitive [TK/CT] ❖ Terapi me ekspozim të zgjatur[TEZ]	Rekomandim i Fortë
Për pacientët e rritur me [ÇSPT], sygjerohen klinicistët që të ofrojnë një nga psikoterapitë/intervenimet e mëposhtme [të renditura sipas alfabetit]: ❖ Psikoterapi e Shkurtër Eklektike [PShE/ BEP] ❖ Terapi Desensibilizimi dhe Ripërpunimi i lëvizjeve të syve [TR/ EMDR] ❖ Terapi e Ekspozimit Narativ [TEN/NET]	R.Kushtëzuar
❖ Për pacientët e rritur me ÇSPT, nuk ka prova të mjaftueshme për të rekomanduar, për ose kundër klinicistëve që ofrojnë psikoterapitë/ndërhyrjet e mëposhtme [të listuara sipas alfabetit]: ❖ Relaksim [RX] ❖ Duke kërkuar siguri [KS/SS]	Prova të pamjaftueshme
Farmokoterapi	
Për pacientët e rritur me ÇSPT, sygjerohet që klinicistët të ofrojnë një nga medikamentet si në vijim [të renditur sipas alfabetit]: ❖ Fluoksetinë ❖ Paroksetinë ❖ Sertraline ❖ Venlafaksina	Rekomandim i Kushtëzuar
Nuk ka prova të mjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër klinicistëve që ofrojnë medikamentet e mëposhtme [të renditura sipas alfabetit] për trajtimin e të rriturve me ÇSPT. ❖ Risperidoni ❖ Topiramat	Prova të pamjaftueshme
Efiktivitetit Krahasuese	
Për pacientët e rritur me ÇSPT, rekomandohet që klinicistët të ofrojnë ose ekspozim të zgjatur ose ekspozim të zgjatur plus ristrukturim kognitiv kur të dyja merren parasysh.	Rekomandim i Fortë

Për pacientët e rritur me ÇSPT, rekomandohet, që mjekët të ofrojnë ose venlafaxine ER ose sertraline kur të dyja janë duke u marrë parasysh.[1]	Rekomandim i Fortë
Për pacientët e rritur me ÇSPT, sygjerohet që klinicistët të ofrojnë CBT në vend të teknikave relaksuese, kur merren parasysh si CBT ashtu edhe teknikat relaksuese.	Rekomandim i kushtëzuar
Për pacientët e rritur me ÇSPT, sygjerohet që mjekët të ofrojnë terapi me ekspozimi të zgjatur në vend të teknikave relaksuese kur merren parasysh si terapia e ekspozimit të zgjatur ashtu edhe teknikat relaksuese.	Rekomandim i kushtëzuar
Për pacientët e rritur me ÇSPT, arrihet në përfundimin se provat janë të pamjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër klinicistëve që ofrojnë kërkim sigurie kundrejtë kontrolleve aktiv	Prova të pamjaftueshme

[1]Rekomandimi për krahasimin midis venlafaksinës ER kundër sertralinës është i ndryshëm nga rekomandimi për Kërkimin e Sigurisë kundrejt kontrolleve aktive, edhe pse ka prova të moderuara të mungesës së dallimit midis dy trajtimeve që krahasohen për të dy krahasimet [d.m.th., venalfaksina ER kundër sertralinës dhe kërkimi i sigurisë kundër kontrolleve aktive]. Arsyeja që rekomandimet janë të ndryshme për venlafaksinën ER kundër sertralinës sesa për kërkimin e sigurisë kundrejt kontrolleve aktive është se paneli bëri një rekomandim të kushtëzuar për venlafaksinën në raport me mungesën e ndërhyrjes dhe një rekomandim të kushtëzuar për sertralinën krahasuar me asnjë ndërhyrje por nuk ka bërë asnjë rekomandim për Kërkimin e Sigurisë në krahasim me ndërhyrjen ose kontrollet aktive krahasuar me mungesën e ndërhyrjes sepse kishte prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta. Me fjalë të tjera, paneli besonte se për shkak se kishte prova për dy medikamentet: venlafaksina dhe sertralina të dy këto medikamente kishin treguar efikasitet në krahasim me ndërhyrjen joaktive, ishte e arsyeshme të rekomandohej secili trajtim kur të dyjat konsideroheshin.

Megjithatë, për shkak se as kërkimi i sigurisë dhe as kontrollet aktive nuk kishin treguar efikasitet në krahasim me asnjë ndërhyrje, paneli arriti në përfundimin se provat ishin të pamjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër secilit trajtim.

Rekomandimet e detajuara të APA për ÇSPT

Tabela.2 Rekomandimet e detajuara

Rekomandimet e Panelit		
Tema	Rekomandimet	Deklarata Përmbledhëse/ Arsyetimet
# Efikasiteti i Terapive Konjitive dhe të Sjelljes	Te pacientët e rritur me ÇSPT, klinicistët fuqimisht rekomandohen që të ofrojnë terapi konjitive të sjelljes në raport me intervenime tjera.	❖ Ekziston një forcë mesatare e provave të një përfitimi të përmasave nga mesatarja deri në përmasa më të mëdha për rezultatin kritik të ÇSPT për reduktimin e simptomeve. ❖ Ekziston një forcë e moderuar e provave të një përfitimi me magnitudë nga mesatarja

[redacted]		deri në përfitime më të mëdha për tri rezultatet të rëndësishme: ❖ Remisioni dhe parandalimi/reduktimi i depresionit komorbid. ❖ Kishte prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin kritik të dëmeve serioze. ❖ Nuk janë gjetë prova të interpretueshme të tjera për dëmtime serioze.[2] ❖ Përfitimet janë qartësisht më të mëdha se dëmet. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit janë marrë parasysh, por për shkak të ndryshueshmërive të paidentifikuara nuk janë përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.
# Efikasiteti konjitiv Terapia e përpunimit	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT, fuqishëm rekomandohet që klinicistët të ofrojnë terapi përpunuese konjitive në raport me intervenime tjera	❖ Ka prova të moderuara të një përfitimi të përmasave mesatare deri në përfitime më të mëdha për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT ❖ Ekziston një forcë e moderuar e provave të një përfitimi të përmasave mesatare deri në përfitime më të mëdha për dy rezultate shtesë të rëndësishme: remision dhe parandalimi/reduktimi i depresionit kormobid. ❖ Prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin kritik të dëmeve serioze. nuk janë gjetur dëshmi të interpretueshme të dëmeve serioze. ❖ Përfitimet qartësisht i tejkalojnë dëmet.

		❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën në konsideratë, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.

Këto rekomandime janë përshtatur si një ndërhyrje psikologjike në krahasim me mungesën e trajtimit, janë bazuar në të dhënat nga rishikimi sistematik i provave të rastësishme që krahasojnë ndërhyrjet psikologjike me kontrollin joaktiv të grupe. Grupet e kontrollit joaktiv morën ose trajtim të zakonishëm ose kontrolle në listën e pritjes [pa trajtim].
Paneli përdori një proces të strukturuar për të zhvilluar rekomandime për secilën ndërhyrje. Ai proces përfshinte elementët e mëposhtëm: 1] forcën e dëshmisë për përfitimet dhe dëmet e ndërhyrjes; 2] bilancin e përfitimeve kundrejt. dëmeve 3] vlerat dhe preferencat e pacientit; 4] zbatueshmërin. Procesi i vendimmarrjes u inkorporua në tabelën e vendimeve për çdo ndërhyrje.
14 Madhësia e përfitimit tregon madhësinë e efektit dhe bazohet në diferencat mesatare të standardizuara [SMD] të vazhdueshme për rezultatet, të vlerësuara duke përdorur të njëjtat kritere si rishikimi sistematik: afërsisht 0.2 ose më shumë u vlerësua si një efekt i vogël,0.5 si një efekt mesatar dhe 0.9 ose më i madh si një efekt i madh. Për rezultatet dikotomike në të cilat raportet e gjasave ishin matja e efektit, një raport prej 1.44 u vlerësua si një efekt i vogël, 2.47 një efekt mesatar dhe 5.10 si një efekt i madh,që korrespondon me madhësitë e efektit prej 0.2, 0.5 dhe 0.9 për efekte të vogla, të mesme dhe të mëdha për rezultate të vazhdueshme [Chin,2000]. Forca e evidencës [NSH] u vlerësua, ngjashëm me rishikimin sistematik, në shkallën vijuese: e pamjaftueshme/shumë e ulët, e ulët, e moderuar dhe e lartë.
[2] Bazuar në rishikimin e literaturës shtesë të kryer nga stafi i APA për të shqyrtuar më tej dëmet. Kjo vlen për çdo herë që është deklaruar në këtë dhe në tabelat pasuese.

# Efikasiteti i Terapia konjitive		
	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT fuqishëm rekomandohet që mjekët të ofrojnë terapi konjitive në raport me intervenime tjera	❖ Ka prova të moderuara të një përfitimi të përmasave mesatare deri në përmasa më të mëdha për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT. ❖ Ekziston një forcë e moderuar e provave të një përfitimi me magnitudë mesatare deri në përfitime më të madhe të katër rezultateve në vijim: remision, parandalim/reduktimi i depresionit kormobid,parandalimi/reduktimi i ankthit komorbid dhe paaftësia ose dëmtimi funksional. ❖ Ekziston një forcë mesatare e provave të një përfitimi të vogël për një rezultat të rëndësishëm: komponenti fizik i cilësisë së jetës. ❖ Kishte prova të pamjaftueshme/shumë të ulët për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Nuk u gjetën prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioze. ❖ Përfitimet janë qartësisht më të mëdha se dëmet.

		❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.
# Efikasiteti i i Ekspozimit të Zgjatur	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT. Fuqimisht rekomandohen mjekët që të ofrojnë terapi me ekspozim të zgjatur në raport me intervenime tjera	❖ Ekziston një provë e lartë e një përfitimi të përmasave mesatare deri në më të mëdha për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT. ❖ Ekziston një forcë e lartë e provave të një përfitimi të përmasave mesatare deri në të mëdha për një rezultat tjetër të rëndësishëm: parandalimi/reduktimi i depresionit shoqërues dhe forca e moderuar e provave të një përmasash mesatare deri në më të madhe përfitimi për një rezultat tjetër të rëndësishëm: humbja e diagnozës ÇSPT. ❖ Kishte prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Nuk janë gjetur prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioze. Kishte forcë të ulët të provave që terapia e ekspozimit të zgjatur shoqërohet me rritje të simptomeve të ÇSPT në disa pacientë. ❖ Përfitimet qartësisht i tejkalojnë dëmet. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.
# Efikasiteti i Shkurtër Eklektik Psikoterapia		❖ ÇSPT paneli , sugjeron që klinicistët të ofrojnë psikoterapi eklektike të shkurt krahasuar me MOS ndërhyrje. ❖ Ekziston një forcë e ulët e provave të një përfitimi të vogël për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT. ❖ Ka forcë të ulët të provave të një përfitimi të përmasave mesatare deri në përmasa më të mëdha për dy rezultate shtesë të rëndësishme: parandalimi/reduktimi i depresionit shoqërues dhe parandalimi/reduktimi i ankthit shoqërues] dhe forcë e ulët e provave të një përfitimi të përmasave të vogla për humbje të diagnozës së ÇSPT. ❖ Kishte prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin kritik të dëmeve serioze.

		Nuk janë gjetë prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioze ❖ Përfitimet janë pak më të mëdha se dëmet. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.
# Efikasiteti i Terapisë së Desensitizimit dhe Ripërpunimit të Lëvizjeve të Syrit	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT, sygjerohen klinicistët që të ofrojnë TR/EMDR në raport me intervenime tjera	❖ Ekziston një forcë e ulët e provave të një përfitimi të përmasave mesatare deri në përmasa më të mëdha për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT. ❖ Ekziston një forcë e moderuar e provave të një përfitimi të përmasave mesatare deri në më të mëdha për dy rezultate shtesë të rëndësishme: humbje e diagnozës së ÇSPT dhe parandalimi/reduktimi i depresionit komorbid. ❖ Kishte prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Paneli nuk gjeti prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioze. ❖ Përfitimet qartësisht i tejkalojnë dëmet. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshin në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.
# Efikasiteti i terapisë së ekspozimit narativ	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT sugjerohen klinicistët që të ofrojnë terapi të ekspozimit narativ në raport me intervenime tjera [3]	❖ Ekziston një forcë e moderuar e provave të një përfitimi me përmasa mesatare deri në përmasa më të mëdha për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT. ❖ Ka fuqi të ulët të dëshmive të një përfitimi të vogël për një rezultat tjetër të rëndësishëm: humbja e diagnozës së ÇSPT. ❖ Kishte prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Nuk u gjetën prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioze ❖ Përfitimet qartësisht i tejkalojnë dëmet. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.

EMDR/TR mori një rekomandim të kushtëzuar për shkak të forcës së ulët të provave për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT.
Të gjitha intervenimet që morën një rekomandim të fortë nga paneli kishin të paktën një forcë të moderuar, provë për reduktimin e simptomeve të ÇSPT dhe gjithashtu të paktën forcë të moderuar të provave për rezultate të tjera të rëndësishme, si p.sh remision ose humbje e diagnozës ÇSPT.
[3]Terapia e Ekspozimit Narativ mori një rekomandim të kushtëzuar, pavarësisht dëshmive të një shkalle të madhe/mesatare të përfitim për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT, sepse kishte forcë të ulët ose të pamjaftueshme/shumë të ulët të dëshmi për të gjitha rezultatet e tjera të rëndësishme të përfitimeve. Të gjitha intervenimet që morën rekomandim të fortë nga paneli kishin të paktën një forcë të moderuar të provave për reduktimin e simptomeve të ÇSPT dhe gjithashtu të paktën forcë mesatare të provave për rezultate të tjera të rëndësishme, të tilla si remision ose humbje e diagnozës së ÇSPT ose reduktimi/parandalimi i depresionit komorbid.

# Efikasitetit i Relaksimit	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT, provat janë të pamjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër klinicistëve që ofrojnë terapi të relaksimit në raport me trajtim jo - aktiv.	❖ Ka prova të pamjaftueshme me forcë shumë të ulët të një përfitimi për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT. ❖ Prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Nuk u gjetën prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioze. ❖ Paneli nuk ishte në gjendje të vlerësojë përfitimet kundrejt dëmeve. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të ndryshueshmërisë së paidentifikuar dhe sigurisë së moderuar, nuk u përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.

Tabela3. Efikasiteti i intervenimeve farmakologjike në krahasim me rekomandimet e MOS intervenimeve

Tema:	Rekomandim :	Deklaratë përmbledhëse e arsyetimit[20]
# Efikasiteti i Fluoksetines	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT, sygjerohen klinicistët që të ofrojnë fluoksetinë në raport me intervenime tjera.	❖ Ekziston një forcë e moderuar e provave të një përfitimi të vogël për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT. ❖ Ekziston një provë e moderuar e një përfitimi të vogël deri në përmasa më të mëdha për dy rezultate të rëndësishme shtesë: parandalimi/reduktimi i depresionit shoqërues dhe parandalimi/reduktimi i ankthit komorbid. ❖ Ekziston forcë e ulët e provave për një dëm të vogël për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Nuk u gjetën prova tjera të interpretueshme për dëmtime serioze. ❖ Përfitimet janë pak më të mëdha se dëmet. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.
#Efikasiteti i paroxetines	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT, sygjerohen klinicistët që të ofrojnë paroxetine në raport me intervenime tjera.	❖ Ekziston një forcë e moderuar e provave të një përfitimi të vogël për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT. ❖ Ekziston një forcë e moderuar e provave të një përfitimi me magnitudë mesatare deri në më të madhe për një rezultat tjetër të rëndësishëm si: remisioni. ❖ Ekziston një forcë mesatare e provave të një përfitimi të vogël për dy rezultate shtesë të rëndësishme: parandalimi/reduktimi i

[redacted]		depresionit shoqërues dhe paaftësia/dëmtimi funksional ❖ Ekziston në forcë e moderuar e dëshmisë për mungesën e efektit të rezultatit kritik të dëmeve serioze. Nuk u gjetën prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioze. ❖ Përfitimet qartësisht i tejkalojnë dëmet. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.

Këto rekomandime janë cilësuar si intervenime farmakologjike në raport me mungesën e trajtimit, ky është vendimi me të cilin përballen klinicistët, por ato bazohen në rishikimin sistematik të sprovave të rastësishme që krahasojnë intervenimet farmakologjike në placebo.
Madhësia e përfitimit tregon madhësinë e efektit dhe bazohet në dallimet mesatare të standardizuara [DMS/SMD], të vlerësuara duke përdorur të njëjtat kritere si rishikimi sistematik: afërsisht 0.2 ose më pak u vlerësua si një efekt i vogël, 0.5 si një efekt mesatar, dhe 0.9 ose më shumë si një efekt i madh. Forca e evidencës [FE/NSH] u vlerësua, ngjashëm me rishikimin sistematik, në shkalla e mëposhtme: e pamjaftueshme/shumë e ulët, e ulët, e moderuar dhe e lartë. Shihni seksionin e metodave për një shpjegim të faktorëve që vlerësimet e përcaktuara të FE/NSH-ve.

[redacted] #Efikasiteti i Sertralines	Midis pacientëve të rritur me ÇSPT, sugjerohen klinicistët që të ofrojnë sertraline në raport me intervenime tjera.	❖ Ekziston një forcë e moderuar e provave të një përfitimi të vogël për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT. Ka forcë të ulët të provave të mungesës së efektit për një rezultat tjetër të rëndësishëm: parandalimin/reduktimin e depresionit shoqërues. ❖ Ekziston provë për një forcë të ulët të një dëmi me përmasa të vogla për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Nuk u gjetën prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioze.

[redacted]		❖ Përfitimet janë pak më të mëdha se dëmet. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u ndikuan në rekomandim. Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.
#Efikasiteti i Topiramatit	Midis pacientëve të rritur me ÇSPT, provat janë të pamjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër klinicistëve që ofrojnë topiramat në raport me intervenime tjera.	❖ Ka prova të moderuara të një përfitimi të përmasave mesatare deri në përmasa më të mëdha për rezultatin kritik të ÇSPTpër reduktimin e simptomeve. ❖ Kishte forcë të pamjaftueshme/shumë të ulët dëshmi për të gjitha rezultatet e tjera të përfitimeve. ❖ Kishte prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Nuk u gjetë asnjë dëshmi tjetër e interpretueshme të dëmeve serioze. ❖ Përfitimet dhe dëmet janë balancuar. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.

Topiramati mori një rekomandim të pamjaftueshëm, pavarësisht forcës së moderuar të provave të një mesatare më të madhe, përfitimi i madhësisë për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT kryesisht për shkak të ashpërsisë së efekteve negative; kjo bëri që paneli të arrinte në përfundimin se kishte një ekuilibër të përfitimeve ndaj dëmeve. Forca e provave për efekte anësore ishin të pamjaftueshme / shumë të ulëta, për efektet anësore si dhe për trajtime të tjera, sepse disa nga ato prova ishin nga studime jo të rastësishme dhe të dhëna nga klinicistët në panel. Megjithatë, efekte të padëshiruara, kryesisht efektet

në SNQ [p.sh.vështirësit e kujtesës, marramendja, somnolenca], mendohej të ishin më serioze dhe më të zakonshme sesa efektet anësore për medikamente të tjera që morën rekomandime thelbësore nga paneli.

Tabela.4 Efektiviteti krahasues i ndërhyrjeve psikologjike dhe i ndërhyrjeve farmakologjike

Tema:	Rekomandim :	Deklaratë përmbledhëse e arsyetimit[23]
# Terapia e ekspozimit të zgjatur dhe relaksimit	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT sugjerohen klinicistët që të ofrojnë terapi të ekspozimi të zgjatur dhe jo relaksim kur të dyja po merren parasysh terapia e ekspozimit të zgjatur dhe relaksimi.	❖ Ka prova me forcë të pamjaftueshme /shumë të ulët që rezultati kritik i reduktimit të simptomeve të ÇSPT është i njëjtë në terapinë e bazuar në ekspozim të zgjatur dhe terapinë relaksuese. ❖ Ekziston një forcë mesatare e provave të një përfitimi të përmasave mesatare deri në më të mëdha të ekspozimit të zgjatur në lidhje me relaksimin për një rezultat tjetër të rëndësishëm: humbja e diagnozës së ÇSPT. ❖ Ekziston një provë e moderuar e një përfitimi të përmasave të vogla të ekspozimit të zgjatur në lidhje me relaksimin për një rezultat tjetër të rëndësishëm: parandalimin/reduktimin i depresionit shoqërues. ❖ Prova të pamjaftueshme/shumë të ulët për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Nuk u gjetën prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioze. ❖ Bilanci i përfitimeve ndaj dëmeve favorizon lehtë ekspozimin e zgjatur mbi relaksimin.

[redacted]		❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.
[redacted] #Ekspozimi i zgjatur v.s kundrejt Ekspozimit të zgjatur plus Ristrukturimi konjitiv	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT rekomandohen klinicistët që të ofrojnë ose ekspozim të zgjatur ose ekspozim të zgjatur plus ristrukturim konjitiv kur të dyja merren parasysh.	❖ Ka forcë të pamjaftueshme/shumë të ulët të provave që rezultati kritik i reduktimit të simptomeve të ÇSPT është i njëjtë në ekspozimin e zgjatur dhe ekspozimin e zgjatur plus ristrukturimin konjitiv. ❖ Ka prova të moderuara se humbja e diagnozës së ÇSPT është e njëjtë në ekspozim dhe ekspozimin e zgjatur plus ristrukturimin konjitiv. ❖ Kishte prova të pamjaftueshme/shumë të ulët për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Nuk u gjetë asnjë dëshmi tjetër e interpretueshme e dëmeve serioze ❖ Bilanci i përfitimeve ndaj dëmeve është i njëjtë për ekspozimin e zgjatur plus ristrukturimin konjitiv. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u ndikuan në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.

Madhësia e përfitimit tregon madhësinë e efektit dhe bazohet në diferencat mesatare të standardizuara [SMD], të vlerësuara duke përdorur të njëjtat kritere si rishikimi sistematik: afërsisht 0.2 ose më pak u vlerësua si një efekt i vogël, 0.5 si një efekt mesatar dhe 0.9 ose më i madh si një efekt i madh. Forca e

evidencës [FE/NSH] u vlerësua, ngjashëm me rishikimin sistematik, në shkallën vijuese: e pamjaftueshme/shumë e ulët, e ulët, e moderuar dhe e lartë.

#Terapia konjitive e sjelljes kundër relaksimit	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT, sygjerohen klinicistët që të ofrojnë TKS/CBT në vend të relaksimit kur si TKS/CBT ashtu edhe relaksimi janë duke u konsideruar.	❖ Ekziston një forcë e ulët deri në mesatare e provave të një përfitimi të përmasave mesatare deri në përmasa më të mëdha për TKS/CBT krahasuar me relaksimin për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT. ❖ Ekzistojnë prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin kritik të dëmeve serioze. Nuk gjetën prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioz. ❖ Bilanci i përfitimeve ndaj dëmeve favorizon qartë TKS/CBT mbi relaksimin. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u ndikuan në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.
#Kërkimi i Sigurisë 25 v.s kundrejtë kontrolleve aktive	Midis pacientëve të rritur me ÇSPT, provat janë të pamjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër klinicistëve që ofrojnë kërkim sigurie kundrejtë kontrolleve aktive	❖ Ekzistojnë prova të moderuara se rezultati kritik i reduktimit të simptomeve të ÇSPT është i njëjtë në kërkimin e sigurisë dhe kontrolleve aktive. ❖ Ekzistojnë prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin

[redacted]		kritik të dëmeve serioze. Nuk u gjetën prova të tjera të interpretueshme për dëmtime serioze. ❖ Bilanci i përfitimeve ndaj dëmeve është i njëjtë për kërkimin e sigurisë si kontroll aktiv. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.
# Venlafaksina ER kundrejt Sertralinë	Në mesin e pacientëve të rritur me ÇSPT, rekomandohen klinicistët që të ofrojnë ose venlafaxine ER ose sertraline kur të dyjat janë duke u shqyrtuar.[26]	❖ Ekzistojnë prova të moderuara se rezultati kritik i reduktimit të simptomeve të ÇSPT është i njëjtë në venlafaxine ER dhe sertraline. ❖ Ekzistojnë prova të ulëta deri në mesatare që katër rezultate shtesë [remisioni, parandalimi/reduktimi i depresionit shoqërues, cilësia e jetës, paaftësia /dëmtimi funksional] ishin të njëjta në venlafaksinën ER dhe sertralinën.[27] ❖ Ekzistojnë prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta për rezultatin kritik të dëmeve serioze për të dy trajtimet. Nuk u gjetën prova të tjera të

[redacted]		interpretueshme për dëmtime serioze. ❖ Bilanci i përfitimeve ndaj dëmeve është i njëjtë si për Venlafaxine ER ashtu edhe për Sertralinën. ❖ Vlerat dhe preferencat e pacientit u morën parasysh, por për shkak të sigurisë së ulët nuk u përfshinë në rekomandim. ❖ Nuk ka asnjë provë që të ngrisë shqetësimin në lidhje me zbatueshmërin.

Provat e reja në rekomandime

Rekomandimi për krahasimin midis venlafaksinës ER dhe sertralinës është i ndryshëm nga rekomandimi për kërkimin e sigurisë kundrejt kontrolleve aktive, edhe pse ka prova të moderuara të mungesës së ndryshimit midis dy trajtimeve [d.m.th., venalfaksina ER kundrejt sertralinës dhe kërkimi i sigurisë kundrejt kontrolleve aktive]. **Arsyeja** -Rekomandimet janë të ndryshme për venlafaksinën ER kundrejt sertralinës sesa për kërkimin e sigurisë kundrejt kontrolleve aktive është se paneli bëri një rekomandim të kushtëzuar për venlafaksinën krahasuar me mungesën e intervenimeve dhe një rekomandim të kushtëzuar për sertralinën krahasuar me asnjë intervenim por nuk ka bërë asnjë rekomandim për Kërkimin e Sigurisë në krahasim me intervenimet ose kontrollet aktive, krahasuar me mungesën e intervenimeve sepse kishte prova të pamjaftueshme/shumë të ulëta. Me fjale të tjera, paneli besonte se për shkak se kishte prova që venlafaksina dhe sertralina kishin treguar efikasitet krahasuar me intervenimet joaktive, ishte e arsyeshme të rekomandohej një nga trajtimet kur të dyja konsideroheshin. Megjithatë, për shkak se as kërkimi i sigurisë dhe as kontrollet aktive nuk kishin treguar efikasitet në krahasim me asnjë intervenim, paneli arriti në përfundimin se provat ishin të pamjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër secilit trajtim. Në deklaratat përmbledhëse të arsyetimit për rekomandimet e trajtimit në këto tabela, paneli përdori vlerësimet e FE/SOE/NSH-ve që ishte caktuar nga rishikimi sistematik për të përshkruar rezultatet individuale. Kur përshkruhen më shumë se një rezultat në të njëjtën fjali në këto deklarata të arsyeshme, paneli përdori një sërë pikash të forta të provave kur pikat e forta për rezultate të ndryshme ishin të ndryshme. Për Venlafaxine ER kundrejt sertraline, FE/SOE për parandalimin/reduktimin e komorbidit, depresioni ishte i ulët dhe FE/NSH për remisionin e ÇSPT, cilësinë e jetës dhe paaftësinë/dëmtimet funksionale ishin të moderuara. Prandaj, në deklaratën arsyetuese, paneli thekson se për ato rezultate, "Ka prova të ulëta deri në mesatare".

V. Çrregullimet e Stresit Post Traumatik - Simptomet [ÇSPT]

Kujdesi Parësor Shëndetësor

Çrregullimet e stresit të cilat perzistojnë për më shumë se një muaj paraqesin një barrë mjaft të rendë në funksionimin social dhe profesional të personit.

Edhe pse ÇSPT shpeshherë paraqitet pas një kohe të shkurtër pas ekspozimit ndaj stresorit traumatik, mund të kenë edhe paraqitje të vonuar, duke mos pasur shkaktar të qartë.

Mendohet se ÇSPT paraqiten më shpesh tek femrat.

Çrregullimi i stresit pas traumatik ÇSPT, shfaqet tek ata persona që kanë mbijetuar pas ngjarjeve traumatike të cilat :

- Kanë shkaktuar vdekje, kërcenim me vdekje ose dëmtime serioze të tyre ose të njerëzve të tjerë
- Kanë provokuar një përgjigje frike të skajshme, pazotësi dhe tmerr.

Personi i dëmtuar ripërjeton traumën me anën e rikujtimeve të dhimbshme.
Fëmijet me ÇSPT mund të shprehin shqetesimin me sjellje të çorganizuar ose të agjituar.

Episodet mund të zgjasin nga disa minuta deri në disa ditë. Pacientet me ÇSPT me rrallë mund të kenë episode disociative, gjatë të cilave besojnë se janë duke e rijetuar ngjarjen.

Personat me ketë çrregullim kanë simptome të qëndrueshme të ngacmueshmërisë autonome të shtuar ku futen: pagjumësia, irritabiliteti, vështirësia për tu përqëndruar, hipervigjilenca dhe përgjigjia frikësuese e ekzagjeruar.
Ankthi dhe depresioni zakonisht e shoqërojnë ÇSPT-në, ndërsa abuzimi i substancave është komplikacion i zakonshëm.

SIMPTOMET E ÇRREGULLIMIT TË STRESIT POST TRAUMATIK [ÇSPT]

SIMPTOMET E ÇRREGULLIMIT TË STRESIT POST TRAUMATIK [ÇSPT]	
Simptomet e ri- përjetuara [të paktën dy simptome]	❖ Mendime ose kujtime ndërhyrëse të përsëritura ❖ Rikthimi në të kaluarën, duke u ndjerë sikur po përjetoni përsëri ngjarje traumatike. ❖ Makthe në lidhje me ngjarjen traumatike.
Simptomet e shmangies [të paktën dy simptome]	❖ Shmangia e mendimeve, kujtimeve ose ndjenjave që bëjnë të kujtojmë ngjarjen. ❖ Shmangia e situatave, vendeve ose personave që kanë të bëjnë me ngjarjen.
Përceptimet negative dhe simptomet e disponimit [të paktën dy simptome]	❖ Humbje e theksuar e interesit për aktivitetet që gëzonin më pare. ❖ Besime negative të vazhdueshme për veten ose botën. ❖ Emocione negative të vazhdueshme si frika, faji ose turpi. ❖ Pamundësia për të përjetuar emocione positive. ❖ Njohjet e shtrembëruara për shkakun ose pasojat të ngjarjes. ❖ Pamundësia për të kujtuar pjesë të rëndësishme të ngjarjes. ❖ Ndjenjë e shkëputur ose shkëputje nga personat e tjerë.
Simptomet e hipereksitimit [të paktën dy simptome]	❖ Hipervigjilencë, vazhdimisht vigjilent për shenja rreziku ose kërcënim. ❖ Përgjigje e ekzagjeruar e befasisë. ❖ Çrregullime të gjumit si pagjumësia. ❖ Përqendrimi i dëmtuar. ❖ Ndjenjë nervozizmi ose shpërthime zemërimi.

Personat që përjetojnë ngjarje traumatike së bashku me të tjerët, mund të ndjehen gjithashtu fajtorë se kanë mbijetuar ndërsa të tjerët jo.

Disa persona dëmtohen fare pak nga ky çrregullim, ndërsa ka të tjerë që invalidizohen seriozisht nga shmangia fobia ndaj të gjitha situatave që mund të ja rikujtojnë ngjarjen traumatike dhe të nxisin episode të tjera.
Pacientët me ÇSPT mund të tërhiqen nga çdo pjesëmarrje në veprimtaritë jetike, duke besuar se nuk ka më vlerë të investojnë për familjen ose të punojnë për jetën.

Çrregullimi mund të fillojë me një reaksion të ekzagjeruar ndaj traumës dhe me një preokupacion pas saj.

Diagnoza e ÇSPT përcaktohet nëse simptomet vazhdojnë 1 muaj pasi të ketë ndodhur ngjarja, në të cilat përfshihen: ngacmueshmëria autonome dhe hiperaktiviteti, mpirja psikike, sjellja shmangëse dhe ripërjetimi i traumës.

Jeta përqendrohet rreth ngjarjes traumatike, ndërsa stili i jetës së personit dhe funksionimi i tij në shtëpi dhe në punë mund të fillojë të ndryshojë.
Personat që zhvillojnë ÇSPT kronike janë të preokupuar me paaftësinë fizike që rrjedh nga trauma.

Gjatë kësaj periudhe, shpesh ata manifestojnë simptome somatike si ankth kronik dhe depresion.

Të zakonshme janë gjithashtu abuzimi me substanca, paaftësia për të punuar dhe përkeqësim i marrëdhënjeve me përsonat e afërt, të dashur.

Ndonëse shkaku imediat i ÇSPT-se duket se është stresi specifik, ende nuk dihet se pse disa persona zhvillojnë çrregullimin pas traumës së rëndë, ndërsa disa të tjerë jo.

Mbështetja e pamjaftueshme nga rrethi, shoqëria mund të rrisin shansin që te një person i traumatizuar të zhvillohet ÇSPT, por nuk ka të dhëna bindëse që e favorizojnë këtë teori.

SKRENINGU I STRESIT POST TRAUMATIK NË KUJDESIN PRIMAR [ÇSPT - KPSh]		
Instruksionet: Në jetën tuaj a keni pasur ndonjëherë ndonjë eksperiencë [përjetim] i cili ka qenë aq i frikshëm, i keq apo i mërzitshëm, sa që në muajin e fundit JU:		
	PO	JO
1. Keni pasur makthe [ëndrra për ate ose keni menduar për ate kur ju nuk keni dashtë?		
2. Jeni munduar shumë të mos mendoni për te ose keni dal jashtë vetës për të evituar situatën që ju ka kujtuar ate?		
3.Keni qenë vazhdimisht duke u mbrojtuar keni qenë vigjilent ose lehtë i alarmuar?		
4. Jeni ndjerë i shtangur i shkëputur nga të tjerët prej aktiviteteve ose prej rrethi?		

Stresi post traumatic [SPT] duhet të konsiderohet "POZITIV" nëse një pacient jep përgjigje " PO " në tri nga opcionet.

VI. Ndikimi i Provave të Reja në Rekomandime

Tabela 5: Efekti në provat e reja mbi rekomandimet

Rekomandimi	Forca dhe drejtimi i rekomandimit	Efekti në provat e reja mbi rekomandimet
#1: Efektshmëria e terapisë konjitive dhe sjelljes	E fortë	Rekomandimi nuk ndryshon
#2: Efektshmëria e terapisë përpunuese konjitive	E fortë	Rekomandimi nuk ndryshon
#3: Efektshmëria e terapisë konjitive	E fortë	Rekomandimi nuk ndryshon
#4: Efektshmëria e ekspozimit të zgjatur	E fortë	Rekomandimi nuk ndryshon
#5: Efektshmëria e psikoterapisë së shkurtër eklektike	E kushtëzuar	Nuk ka prova të reja për krahasim
#6: Efektshmëria e terapisë së desensitizimit dhe ripërpunimit të lëvizjes së syve	E kushtëzuar	Prova te pamjaftueshme
#7: Efektshmëria e terapisë së ekspozimit të provave narative	E kushtëzuar	Prova te pamjaftueshme
#8: Efektshmëria e teknikave të relaksimit	E kushtëzuar	Nuk ka prova të reja për krahasim
#9: Efektshmëria e Fluoxetinës	E kushtëzuar	Nuk ka prova të reja për krahasim
#10: Efektshmëria e Paroxetinës	E kushtëzuar	Nuk ka prova të reja për krahasim
#11: Efektshmëria e Sertralinës	E kushtëzuar	Nuk ka prova të reja për krahasim
#12: Efektshmëria e Topiramatit	Provat janë të pamjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër	Rekomandimi nuk ndryshon
#13: Efektshmëria e Venlafaxinës	E kushtëzuar	Nuk ka prova të reja për krahasim
#14: Efektshmëria e Risperidonit	Provat janë të pamjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër	Nuk ka prova të reja për krahasim

#15: Efektiviteti krahasues i ekspozimit të zgjatur kundrejt teknikave të relaksimit	Paneli rekomandon ekspozim të zgjatur kundrejt relaksimit	Rekomandimi nuk ndryshon
#16: Efektiviteti krahasues i ekspozimit të zgjatur kundrejt ekspozimit të zgjatur plus ristrukturimi njohës	Paneli sugjeron ofrimin ose ekspozimin e zgjatur ose ekspozimin e zgjatur plus ristrukturimin konjitiv	Rekomandimi nuk ndryshon
#17: Efektiviteti krahasues i terapisë së sjelljes njohëse kundrejt teknikave relaksuese	Paneli sugjeron ofrimin e CBT kundrejt relaksimit	Nuk ka prova të reja për krahasim
#18: Efektiviteti krahasues i kërkimit të sigurisë kundrejt kontrolleve aktive	Provat janë të pamjaftueshme për të rekomanduar pro ose kundër klinicistët që ofrojnë kërkimin e sigurisë kundrejt kontrolleve aktive	Nuk ka prova të reja për krahasim
#19: Efektiviteti krahasues i Venlafaxine ER kundrejt Sertraline	Paneli rekomandon klinicistët që ofrojnë ose venlafaxine ER ose sertraline	Nuk ka prova të reja për krahasim

Të gjitha këto të gjetura dhe rekomandime kanë implikime për trajtim dhe diskutohen në seancën tjetër.

6.1 Rëndësia e Zbatimit të Trajtimit

Siç është detajuar më lartë, këto rekomandime për trajtim të ÇSPT, janë zhvilluar duke shfrytëzuar proceset strikte të promovuara nga Instituti i Mjekësisë dhe bazuar në dëshmi që rrjedhin nga një vlerësim sistematik, transparent i kryer nga RTI-UNC Qendra për Dëshmi [Jonas et al. 2013].

Në pajtim me *qasjen tripalëshe* të dëshmive e cila ka qenë standard i APA-së, [që konsiston në hulumtimin e dëshmive, të dhënat dhe vlerësimet klinike, si dhe preferencat dhe vlerat e pacientit [Asociacioni Amerikan i Psikologjisë, 2006], është konsideruar që psikoterapia është një veprim kompleks prandaj faktor të rëndësishëm kontribuojnë në një implementim efikas dhe etik të të gjitha trajtimeve përkatëse.

Më poshtë janë marrë në konsideratë, faktorët e informimit adekuat, karakteristikat e klientit si dhe marrëdhëniet terapeut-klient [të njohura gjithashtu si "faktor të zakonshëm], së bashku me kompetencën e terapeutit, diversitetin kulturorë, çështjet ekonomiko-sociale dhe demografike

6.2 Informimi adekuat

Klientët përfitojnë nga marrja e informatave të disponueshme në lidhje me trajtimin, përfshirë efikasitetin, procedurat dhe proceset e përfshira, risk-përfitimet e tyre, si dhe kërkesat e tyre praktike dhe emocionale.

Informimi adekuat rekomandohet të zbatohet në fillim të psikoterapisë apo trajtimit me medikamente, siç rekomandohet nga Benet et al. [2006], veçmas atëherë kur merren ne konsiderim aplikimi me teknikat e specializuara.

Besohet që ÇSPT rezulton me [të paktën në disa instanca] evitim/anashkalim të disa kujtimeve dhe emocioneve traumatike dhe të dhimbshme, sygjerohet që klientët të informohen që shumica [nëse jo të gjitha tipet e trajtimeve të rekomanduara psikologjike, në veçanti ato me efikasitet të dëshmuar, të përfshira edhe në udhëzues të shumtë, kërkojnë një shkallë të ekspozimit/konfrontimit me mënyrën e ndieshëm të trajtimit që të tejkalojnë vështërsitë.

Kjo është pjesë e qëllimit specifik për të ri-procesuar emocionet dhe njohjen konjitive deri në pikën e zgjidhjes dhe uljes së simptomeve apo edhe deri në përmirësim të plotë.

Klientët mund të ndihen keq gjatë procesit të trajtimit për një kohë, për të cilën ata duhet të jenë të informuar para se të fillojnë me trajtimin.

Sidoqoftë, ata duhet të informohen që të ndjerit keq ata i vë në rrezik [p.sh. rritë shqetësimin dhe impulsivitetin, dhunën ndaj vetes apo të tjerëve, kthimin në marrjen e substancave], dhe krejt kjo për pasojë mundë të mbingarkojë trajtimin.

Të gjitha këto çështje duhet t'i parashtrohen terapeutit i cili pastaj mund të ndërmerrë veprime që kanë për qëllim të përshtasin ritmin dhe intenzitetin e trajtimit, duke e ndalë atë plotësisht apo duke inicuar nje trajtim plotësisht të ri.

Në mënyrë optimale, informimi adekuat rezulton në bashkëpunim të ndërsjellë në mes të pacientit dhe terapeutit gjatë tërë procesit të trajtimit dhe si i tillë njihet si faktor që kontribon në suksesin e përgjithshëm të trajtimit.

6.3 Roli i marrëdhënies në mes të terapeutit dhe klientit në trajtimin e ÇSPT

Ekziston një hulumtim i procesit psikoterapeutik i ndryshëm nga të gjeturat e hulumtimit për efikasitetin e trajtimeve që kanë qenë në fokus të RTI-UNC. Vlerësimi Sistematik ka shërbyer si bazë për rekomandimet e udhëzuesit. Hulumtimi ka treguar një lidhje në mes të ***faktorëve të klientit*** **dhe** ***faktorëve klient-terapeut*** [përfshirë trajtimin e marrëdhënies terapeutike] dhe rezultatin e trajtimit te personat me çrregullime të ndryshme mendore, pavarësisht nga lloji i psikoterapisë së tyre.

Gjendja e klientit në raport me rezultatin e psikoterapisë përfshijnë:

- Nivelin e rezistencës;
- Shkallët e ndryshimit;
- Preferencat;
- Stilin;
- Kulturën;
- Karakteristikat e personit;
- Religjionin/Spiritualitetin.

Ndërsa variablet e marrëdhënies të lidhura me rezultatin e trajtimit përfshijnë:

- Ndërveprimin terapeutik;
- Bashkëndjenjën;
- Marrjen dhe shfrytëzimin e "fidbekut" apo të dhënave nga klienti [shiko Nocross 2011; Nocross &Wampold 2011].

Një diskutim i detajuar është jashtë domenit të këtij udhëzuesi, sidoqoftë përmendja e këtyre faktorëve shërben si përkujtim që burime të ndryshme të të dhënave janë në disponim për aspektet tjera të psikoterapisë që kontribojnë në sukses.

Fatkorët: si shpresa dhe pritshmëritë për ndryshim janë komponente të pritshme për shumicën edhe pse jo për të gjitha procedurat terapeutike. Shumë individ me ÇSPT, janë të pashpresë, përjetojnë dëshprim, izolim në vetvete, cinizëm dhe padyshim që kjo ndikon në mënyrën që ata i qasen trajtimit po edhe në mënyrën që ata përjetojnë figurat autoritative.

Këto çështje së bashku me motivin e klientit janë çështje të cilat terapeuti duhet t'i ketë parasysh sepse mund të ballafaqohet me to prandaj duhet t'i diskutoj me klientin dhe të punoj me të në këtë drejtim.

Shpresa dhe pritshmëritë pozitive mund të krahasohen me *efektin placebo* [besimi i pacientit në trajtim], i cili është identifikuar gjatë trajtimeve farmaceutike ne çrregullimet e shëndetit mendor.

Efekti placebo ndodhë kur një trajtim aktiv me medikamente bazohet në një medikament / tabletë inerte dhe individi që e merr atë medikament shfaqë apo ndien përmirësim.

Psikoterapia, njejtë si dhe medikamentet, kanë efekte specifike dhe jo specifike në shumë rezultate të rëndësishme.

Mbi dhe përtej aplikimit të tyre të përgjithshëm, ka një racionalitet teorik në të besuarit që klientët dhe faktorët e marrëdhënies mund të jenë të rëndësisë së veçant në psikoterapin e ÇSPT, veçmas kur trauma ka qenë ndërpersonale dhe ka ndodhë në kontekst të një marrëdhënie të rëndësishme.

Është e zakonshnme që personat me ÇSPT të kenë vështirësi që tu besojnë të tjerëve, një gjendje që pengon zhvillimin e marrëdhënieve të qëndrueshme brenda dhe jashtë psikoterapisë. [Zubriggen, Gobim&Kaehler, 2012].

Për më tepër shumë studime empirike edhe pse jo të gjithë të cilët kanë kontrolluar variablen e marëdhënieve në trajtimin e të rriturve me ÇSPT tregojnë që aleanca/bashkëveprimi terapeutik është i lidhur ngushtë me rezultate pozitive të trajtimit.

Një studim i vonshëm i literaturës specifike për trajtimin psikologjik të çrregullimit traumatik ka vërtetuar se aleanca terapeutike ka sjellë edhe zvogëlimin e simptomeve [Ellis, Simola Broën, Cpurtois & Cook]. Prandaj është me shumë rëndësi për terapeutin t'i ketë parasysh këto çështje në psikoterapi gjate trajtimit të personave me ÇSPT.

Mund të ju duhet që ti kushtojnë vëmendje të veçant ndërtimit të një marëdhenie, veçmas duke pas parasysh mosbesimin me të cilin mund të ballafaqohen.

6.4 Kompetencat profesionale

Hulumtime të shumta dokumentojnë që një përqindje e madhe e klientëve shëndetësor dhe mendor kanë pasur një përvojë traumatike në të kaluarën e tyre dhe kjo në mënyrë direkte apo indirekte lidhet me arsyen që ata kërkojnë trajtim [Felliti & Anda 2010].

Terapeutët, të paktën duhet të jenë të vetëdijshëm për këtë mundësi dhe t'i qasen klientëve nga perspektiva trauma-informuese [për informata të trauma-informimit shiko Clark, Classen, Fourt & Shetty 2015, Fallot & Harris 2001]/

Ekziston një pajtim i përgjithshëm që trajtimi i individëve të traumatizuar kërkon një njohuri dhe aftësi të specializuar nga ana e terapeutit në lidhje me traumën dhe psikologjinë e sajë [shiko Cook, Neman & Then New Haven Trauma Competency Group, 2014 për rënditjen e pesë kompetencave dhe disa kategorive, secila e kategorizuar për shkallë të ndryshme të ekspertizës, prej asaj bazikës deri te ajo e avansuara për terapeutët e traumës].

Ekziston gjithashtu një konsensus i përgjithshëm klinik që krahas aftësisë klinike dhe profesionale kërkohen gjithashtu edhe trajnime te specializuara ne kuadër të shëndetit mendor bazuar në teknika specifike pa marrë parasysh fokusin e trajtimit.

Edhe pse, mund të ketë më pak nevojë për trajnime të specializuara në psikofarmakologji një numër i psikiatërve që specializohen ne psikofarmakologji i shohim si të dobishme trajnimet e specializuara [veçmas për shkak të kompleksicitetit të pasqyrës së simptomeve te ÇSPT dhe reagimi ndaj medikamenteve, Fridman & Davidson 2014].

6.5 Monitorimi i reagimit ndaj trajtimit përmes matjes së trajtimit

Kujdesi i Bazuar në Matje [KBM], është praktikë ë mbështetjes së kujdesit në të dhënat e pacientit të cilat mblidhen përgjatë trajtimit [Scott &Leis 2015].

Edhe pse shrytëzimi i [KBM], ka siguruar një mbështetje empirike në menaxhimin e sëmundjeve kronike [p.sh. shtypja e gjakut, diabeti], ende nuk është hulumtuar sa duhet tek trajtimet ne shëndetin mendor dhe ende nuk konsiderohet si praktike klinike standarde [Hardingn, Rushm Arbuckle, Trivedi & Pincus 2011].

Ekzistojnë disa hulumtime në lidhje me kujdesin e bazuar në matje[KBM]. efikasitetin në trajtimin e depresionit [p.sh. Guo et al, 2015] por ka pak informata në shfrytëzimin e matjeve të detajuara përgjatë një periudhe të caktuar dhe paraqitjen e simptomeve specifike në shkallë të ndryshme në mënyrë që të rritet efikasiteti ose kualiteti i trajtimit të ÇSPT [një variacion eshtë modeli i zhvilluar nga Briere dhe Lanktre të cilët përfshijnë vlerësimin e vazhdueshëm dhe përshtatjen e trajtimit, qëllimin final si komponent kryesore e modelit të tyre. [Briere & Langtree 2012].

Përderisa Departamenti i Çështjeve të Veteranëve [VA] së fundi ka përpiluar një udhëzues për kujdesin e bazuar në matje [KBM] në shëndetin mendor, përfshirë edhe ÇSPT [Landes et al, 2015] nuk ka ende të dhëna nga kërkimet të cilat mbështesin këtë praktikë të veçantë.

Edhe pse monitorimi i simptomeve të ÇSPT, përgjatë trajtimit ofron të dhëna për progresin dhe spikat në dukje të targetave klinike në vazhdimësi, ende kërkohen studime dhe hulumtime adekuate nëse monitorimi i ÇSPT simptomeve e përmirëson gjendjen e pacientit.

Për ata terapeutët që nuk aplikojnë të dhënat përgjatë trajtimit, mbledhja sistematike e të dhënave në rezultatet e klientëve bëhet kusht i domosdoshëm jo vetëm për të demonstruar kualitetin e kujdesit ndaj klientit por edhe për të kontribuar në një bazë më të madhe të të dhënave për vlerësimin e trajtimit të ÇSPT.

6.6 Kompetenca kulturore dhe e diversitetit

Kompetenca kulturore dhe diversitetit ngritë kërkesën e pranimit të faktit se të gjitha qeniet njerëzore kanë identitete të ndryshme sociale të bazuara në variable të ndryshme si:

- Gjinia;
- Raca;
- Etnia;
- Orientimi seksual;
- Statusi shoqërorë ekonomik;
- Karakteristikat shoqërore domografike;
- Religjioze dhe shpirtërore;
- Gjuhësore [Hays 2015] të cilat mund të jenë të njëjta apo të ndryshme me terapeutin.

Për më tepër variablet të lidhura me identitetet shoqërore, ekonomike dhe seksuale reflektojnë në përjetime të ndryshme të përvojave gjatë jetës, dhe të cilat bazohen në këto orientime të përbashkëta, kuptime dhe preferenca që burojnë nga një kulturë e caktuar.

Në kontekst të intervenimit klinik kuptimet, praktikat kulturore mund të ofrojnë mundësi terapeutike edhe pse komplikojnë mënyrën se si klientët i kuptojnë veprimet dhe rekomandimet e terapeutit: të kuptueshme, të dobishme dhe të vlefshme.

Kompetenca kulturore dhe e diversitetit [gjithashtu janë të njohura edhe si përulësi - shiko Hunt 2011], përfshinë vullnetin e terapeutit jo vetëm që të mëson drejtëpërsëdrejti nga klienti dhe nga burimet tjera të informimit por edhe të përfshihet në një vet-reflektim të vazhdueshëm në lidhje me aftësinë që të jetë i respektueshëm dhe i kuptueshëm për dallimet dhe diversitetin gjatë trajtimit të klientit/es [Comas-Diaz 2012].

Shumë çështje të tjera përfshihen gjatë adresimit të kulturës dhe diversitetit në përgjithësi por edhe në veçanti për të traumatizuarin.

Broën [2008] dhe të tjerët kanë shkruar shumë për rëndësinë e integrimit, parimet e kompetencës kulturore ne trajtimin e traumës të cilat përfshinë edhe ÇSPT. Ajo gjithashtu ka vërejtur që barierat në trajtim - në veçanti mosbesimi, qasja, karakteristikat socio demografike, kulturore, gjuhësore duhet të kihen parasysh dhe adresohen.

Këto janë komponente të rëndësishme në marrëdhënien dhe kontekstin terapeutik që mbështesin trajtimin.

Çështjet e gjeneralizimit dhe aplikimit janë adresuar në këtë udhërrëfyes por ende kërkojnë vëmendje në hulumtime të tjera. Për lexim shtesë shiko Broën [2006], Comas-Diaz [20122] dhe Hays [2015].

Diskutim

Pse udhëzimet APA- ÇSPT janë të ngjashme apo të ndryshme nga udhëzimet e tjera të ÇSPT-së?

Udhëzues i trajtimit APA- ÇSPT

a] Fuqishëm rekomandon, bazuar në evidencën e të dhënave, aplikimin e psikoterapisë tek të rriturit me ÇSPT, si në vijim:

- Terapinë konjitive dhe të sjelljes [TKS/CBT],
- Terapinë konjitive të përpunimit [TKP/CPT],
- Terapinë konjitive [TK/CT],
- Terapinë e ekspozimit të zgjatur/prolonguar [TEZ/ PE], si dhe

b] Sygjeron shfrytëzimin e shkurtë të terapisë eklektike [TE/BEP], desensitizimin e lëvizjeve të syrit dhe terapinë e riprocesimit [TR/EMDR] si dhe terapinë e ekspozimit narativ [TEN/ NET].

Me disa përjashtime këto përfundime në të shumtën e rasteve janë në pajtim me rekomandimet e udhëzuesit të publikuar me herët: Australian National Health and Medical research Council 9NHMRC 2013, 2017], the World Health Organization [WHO 2013], US Department of Veteran Affairs/Department of Defense [VA/DoD, 2010], the International Society for Traumatic Stress Studies [STSS 2009, 2000], the UK National Institute for Health and Care Excellence [NICE 2005] and the American Psychiatric Association [2004].

Edhe pse disa udhëzues prioritizojnë trajtimet në ato të "linjës së parë" dhe "linjës së dytë" APA ka vendosur që .të mos zgjedhë këto kushte në rekomandimet e saja sepse mjaft dëshmi krahasuese të efikasitetit kanë dështuar të justifikojnë shfrytëzimin e tyre.

Rekomandime të fuqishme ofrohen për disa trajtime ÇSPT dhe rekomandime të kushtëzuara për të tjera.

Në këtë udhërrëfyes rekomandohen fuqimisht psikoterapi të bazuara në evidencë për ÇSPT tek të rriturit që janë paraqitur në vijim:

- Terapia konjitive dhe e sjelljes [TKS/CBT],
- Terapia konjitive e përpunimit [TKP/CPT],
- Terapia konjitive [TK/CT] dhe
- Terapia me ekspozim të zgjatur [TEZ/PE] dhe

b] Sugjeron përdorimin:

- Psikoterapia e shkurtër eklektike [PShE/BEP],
- Desensibilizimin e lëvizjeve të syve
- Terapia e riprocesimt[TR/EMDR]
- Terapia e ekspozimit narativ [TEN/NET].

Me disa përjashtime, këto përfundime janë kryesisht në përputhje me rekomandimet udhëzuese të publikuara më parë [në rend kronologjik] nga Këshilli Kombëtar Australian i Kërkimeve Mjekësore dhe Shëndetësor, Organizata Botërore e Shëndetësisë, Departamenti për Çështjet e Veteranëve /Departamenti i Mbrojtjes -SHBA, Shoqata Ndërkombëtare Studimet e Traumës dhe stresit, Instituti Kombëtar i Mbretërisë së Bashkuar për Përsosmërinë e Shëndetit dhe Kujdesit, dhe Shoqata Amerikane e Psikiatrisë .

Edhe pse disa udhëzime të tjera i japin përparësi trajtimeve në ato që janë "të zgjedhjës së parë" ose "të zgjedhjës së dytë", APA zgjodhi të mos përdorë këto terma në rekomandimet e tij sepse mungonin provat e mjaftueshme nga studimet krahasuese të efektivitetit për të justifikuar përdorimin e tyre.

Megjithatë, ofrohen rekomandime të forta për disa trajtime të ÇSPT dhe rekomandime të kushtëzuara për të tjerat.

Forbes me autorë përshkroi ngjajshmërin dhe dallime në rekomandimet për trajtimet për ÇSPT sipas udhërrëfyesëve të ndryshëm. Udhërrëfyesi VA/DoD 2010 ofron rekomandime të forta për terapi konjitive, terapi ekspozimi dhe terapi të riprocesimit TR/ EMDR, duke i promovuar këto si trajtime të linjës së parë për ÇSPT tek të rriturit.

Ngjashëm me këtë udhërrëfyesi i ISTSS i vitit 2009 jep vlerësime të nivelit A për ekspozimin/ekspozimin e zgjatur, terapinë konjitive të procesimit, terapinë konjitive,TR/ EMDR.

Udhërrëfyesi NHMRC i vitit 2007 rekomandon që të rriturve me ÇSPT t'u ofrohet TKS/CBT e fokusuar në trauma,TR/EMDR, ekspozim in vivo , dhe udhëzurrëfyesi i NICE i 2005 rekomandon që 100% e individëve me ÇSPT t'u ofrohet CBT ose TR/EMDR e fokusuar në trauma.

Udhëzuesi i Shoqatës Amerikane të Psikiatrisë 2004 rekomandon TKS/CBT për trajtimin e ÇSPT me besim të konsiderueshëm klinik [Kategoria I], dhe rekomandon TR/EMDR, stress inoculation therapy, provën e imazheve dhe ekspozimin/ekspozimi i zgjatur me besim klinik të moderuar [Kategoria II].

Udhërrëfyesi i OBSh-së 2013, nuk jep rekomandimin të lartë në sistemin e tij të vlerësimit [d.m.th., "i fortë"] për ndonjë psikoterapi të bazuar në fakte për ÇSPT, por jep TKS/CBT me fokus në traumë, TR/ EMDR dhe stress menaxhimin si rekomandime standarde--një rubrikë që tregon se mund të ketë rrethana në të cilat këto trajtime nuk zbatohen për personat me ÇSPT.

Në përgjithësi, përpjekja aktuale kontribuon në përmbledhjen e udhërrëfyesve që rekomandojnë, në nivele të ndryshme të fuqisë dhe besimit, një grup thelbësor psikoterapish të bazuara në evidenca për të rriturit me ÇSPT: terapia konjitive dhe e sjelljës, terapia e konjitive e procesimit, terapia konjitive, terapia e ekspozimit të zgjatur, psikoterapi e shkurtër eklektike, desensibilizimi i lëvizjeve të syve dhe terapi riprocesimit dhe terapia narative e ekspozimit.

Për sa i përket farmakoterapisë për ÇSPT tek të rriturit: udhërrëfyesi aktual i APA për ÇSPT sygjeron përdorimin e tri medikamenteve nga grupi i Inhibitorëve selektivë të rimarrjes serotoninës [SSRI]:

- Fluoxetine.
- Paroxetine, ose Sertraline.
- Venlafaksine nga grupi i inhibitorëve të rimarrjës së serotoninës dhe norepinefrinës [SNRIs].

Konkluzionet nga përpjekjet aktuale i shtohen rekomandimeve të farmakoterapisë nga udhërrëfyesit e ÇSPT të publikuara më parë nga OBSh, VA/DoD, ISTSS, NHMRC, NICE dhe Shoqata Amerikane e Psikiatrisë.

Udhëzuesi i OBSh-së i vitit 2013, ofron rekomandimin që SSRI dhe antidepresivët triciklike [TCA] të merren parasysh në rrethanat në të cilat trajtimi me psikoterapi të rekomanduara [menaxhimi i stresit, TKS/ CBT me fokus te trauma dhe terapia TR/EMDR] kanë dështuar ose nuk janë në dispozicion, si dhe kur pacientët kanë komorbiditet me ÇSPT depresion të moderuar apo të rëndë.

Ngjashëm me këtë, udhërrëfyesit NHMRC të vitit 2013 dhe NICE të vitit 2005 rekomandojnë që medikamentet nuk duhet të përdoret si një trajtim rutinë i zgjedhjës së parë për të rriturit me ÇSPT në institucionet e kujdesit mjekësor të përgjithshëm ose kujdesit të specializuar të shëndetit mendor, në krahasim me preferencat për psikoterapitë e fokusuara në traumën dhe të bazuara në evidencë.

Udhëzuesi i NHMRC specifikon se aty ku merret parasysh mjekimi me medikamente, SSRI duhet të jenë zgjedhja e parë dhe antidepresantët e tjerë të gjeneratës së re [veçanërisht mirtazapina] dhe TCA-të duhet të konsiderohen si opsione të linjës së dytë.

Paneli i APA-së, nuk plotësoi një tabelë vendimesh ose nuk bëri rekomandime për medikamentet nga grupi i antidepresivëve triciklik sepse forca e provave u vlerësua si e pamjaftueshme në rishikimin sistematik.

Udhëzuesi VA/DoD i vitit 2010 jep një rekomandim të lartë për tre SSRI [paroxetine, sertraline dhe fluoxetine] dhe SNRI [venlafaxine] duke i përshkruar ato si trajtime të zgjedhjës së parë [Kategoria I] për ÇSPT tek të rriturit.

Ngjashëm me këtë, udhërrëfyesi i Shoqatës Amerikane të Psikiatrisë i vitit 2004, rekomandon SSRI-të me besim të konsiderueshëm klinik [Kategoria I] për të rriturit me ÇSPT dhe udhërrëfyesi ISTSS i vitit 2009 rekomandon SSRI-të[Frenuesit selektivë të rimarrjes së serotoninës],[sertraline, paroxetine dhe fluoxetine], venlafaksinë, mirtazapinone, TCA, si trajtime të nivelit A që kanë dhënë rezultate më të mira të bazuara në evidencë.

Medikamentet e vlerësuara nga udhërrëfyesi VA/DoD 2010, të bazuara në evidencë dhe disa përfitime për trajtimin e ÇSPT tek të rriturit janë mirtazapina, prazosin për gjumë/makthe, dhe TCAs.

Udhërrëfyesi VA/DoD vlerëson disa medikamente si joefektive ose të dëmshme; topiramati u vlerësua si joefektiv, gjë që është në përputhje me rekomandimin në udhërrëfyesin aktual.

Paneli nuk plotësoi tabelat e vendimeve ose nuk bëri rekomandime për mirtazapinën,

Rishikimi sistematik gjeti SOE të pamjaftueshme/shumë të ulët për rezultatin kritik të reduktimit të simptomeve të ÇSPT dhe rezultatin e rëndësishëm të reduktimit të depresionit ose ankthit komorbid për mirtazapinën. U vlerësua një provë e nefazadonit në rishikimin sistematik, por u vlerësua me rrezik të lartë për bias [paragjykimi].

Edhe pse disa udhëzime kanë rekomanduar prazosin për makthet, paneli nuk bëri asnjë rekomandim për prazosin sepse veprimi në mankthe nuk u identifikua si një rezultat kritik ose i rëndësishëm [nuk duhet të sygjerohet pasi që nuk janë simptomë e rëndësishme e hipereksitimit, as që janë të rëndësishme për t'u trajtuar klinikisht].

Për më tepër, SOE për prazosin u vlerësua si e pamjaftueshme/shumë e ulët për reduktimin e simptomeve të ÇSPT [një rezultat kritik], ose remisionin apo humbjen e diagnozës [përmirësimin e gjendjës], [rezultate të rëndësishme].

Përpjekja aktuale zgjerohet sipas udhërrëfyesve të ÇSPT të publikuara më parë duke përfshirë rekomandime mbi efektivitetin krahasues të trajtimeve të ÇSPT. Për shembull, në mesin e pacientëve me ÇSPT, udhëzimi aktual sugjeron **përdorimin e ekspozimit të zgjatur** në vend të teknikave të relaksimit kur këto të dyja merren parasysh.

Ngjashëm me këtë, udhërrëfyesi aktual sugjeron përdorimin e TKS/CBT-së në vend të teknikave të relaksimit kur këto të dyja merren parasysh, dhe ose ekspozim i zgjatur ose ekspozim i zgjatur plus ristrukturim konjitiv kur të dyja merren në konsideratë.

Sa më shumë të dhëna për efektivitetin krahasues të trajtimeve të ÇSPT bëhen të disponueshme, rekomandimet për trajtime, bazuar në krahasimin e rezultateve për trajtime efikase, do të përfaqësojnë një përparim më të madh për përditësimet e këtij udhërrëfyesi në të ardhmen.

Një nga çështjet kryesore me të cilat përballen klinicistët është nëse duhet të rekomandojnë intervenime psikologjike ose mjekim me medikamente [ose të dyja] në fillim të trajtimit për të rriturit me ÇSPT.

Vetëm një provë [van der Kolk, 2007] që krahasonte një trajtim psikologjik me trajtimin me medikamente u identifikua që plotësonte kriteret e përfshirjes dhe ishte me rrezik mesatar ose të ulët për bias[paragjykimit].

Megjithatë, për shkak se FP/SOE për reduktimin e simptomeve të ÇSPT u vlerësua si e pamjaftueshme/shumë e ulët në rishikimin sistematik për shkak të konsistencës së panjohur dhe mungesës së saktësisë, gjetjet e saj nuk u konsideruan përfundimtare.

Paneli bënë rekomandime të forta [fuqishme] për disa trajtime psikologjike [terapia konjitive e sjelljes, terapia konjitive e procesimit, terapia njohëse, terapia e ekspozimit të zgjatur] ndërsa nuk jep rekomandime të forta për trajtimet me medikamente.

Përfundimi është se, bazuar në provat më të mira të disponueshme nga rishikimi sistematik, paneli është në gjendje të bëjë rekomandime të forta për disa trajtime psikologjike, por vetëm rekomandime të kushtëzuara për disa medikamente, rekomandime që mund të ndryshojnë bazuar në kërkimet e ardhshme.

Është e qartë që provat që krahasojnë trajtimet psikologjike me mjekimet me medikamente janë jashtëzakonisht të nevojshme.

6.7 Pikat e forta dhe të dobëta të rishikimit sistematik të RTI-UNC

Rishikimi sistematik ka gjithashtu kufizime të rëndësishme.

Qëllimi në zhvillimin e këtij udhërrëfyesi ishte të jepet një gjykim kolektiv, një proces transparent në vendimarrje, në mënyrë që lexuesit e interesuar të mund të vlerësonin siç duhet arsyetimin për zgjedhjet e bëra në përgjigje të provave në rishikimin sistematik.

6.7.1 Kufizimi i procesit të zhvillimit të udhërrëfyesit

Një kufizim i procesit të zhvillimit të udhërrëfyesit është se rezultatet që nxorrën rekomandimet ishin të kufizuara në rezultatet që janë përfshirë në shumicën e provave [hulumtimeve] të rastësishme të intervenimeve për ÇSPT, kryesisht reduktimin e simptomeve dhe [përmirësimin e gjendjes].

Relativisht pak prova përfshinin rezultatin e rëndësishëm të cilësisë së jetës të orientuar nga pacienti dhe më pak ende përfshinte aspekte të tjera të jetës të prekura nga ÇSPT, duke përfshirë krijimin ekzistencial/spiritual/kuptimor, identitetin dhe vetëvlerësimin si dhe marrëdhëniet me peronat e tjerë.

6.7.2 Heterogjeniteti i efektit të trajtimit: Efektet e nëngrupit

Rishikimi sistematik i RTI-UNC vlerësoi heterogjenitetin e efektit të trajtimit [qoftë gjetjet ndryshuan sipas nëngrupeve] duke ekzaminuar analizat e kryera në provat e përfshira në rishikim sistematik dhe gjithashtu, kur kishte prova të mjaftueshme për analiza kuptimplote, përmes aplikimit të analizave të shtresuara të të dhënave meta-analitike sipas nëngrupeve përkatëse.

Në vijim janë paraqitë faktorët që u konsideruan si modifikues të mundshëm të efektit të trajtimit: gjinia, pakicat etnike/racore, veteranët ushtarakë, refugjatët, reaguesit e vijës së parë, viktimat e fatkeqësive, kushtet bashkëekzistuese, të ndryshme,simptomet e ÇSPT, ÇSPT komplekse, ÇSPT kronike, trauma në moshën e fëmijërisë, viktimizimi i përsëritur dhe intensiteti i manifestimeve.

6.8 Rekomandimet

Edhe pse ka shumë pajtueshmëri për rekomandimet nga të gjithë pesë udhërrëfyesit e shqyrtuar ka disa dallime sa i përket disa pyetjeve kyçe dhe metodologjisë.

6.8.1 Rekomandimet për trajtimin fillestar për psikoterapi individuale dhe farmakoterapi

Disa shtesa të reja për udhërrëfyes kanë qenë rekomandimet që janë fokusuar në prioritizimin e përdorimit të disa llojeve të trajtimit në krahasim me llojet tjera. [tabela 7]. Tre nga pesë udhërrëfyesit kanë pasur rekomandime specifike për ofrimin e psikoterapive të fokusuar në trauma [PFTs] krahasuar me farmoterapinë [NICE, Phoenix dhe VA/DoD], edhe PFT specific, edhe psikoterapitë specifike kanë ofruar rekomandimet më të mira, por udhërrëfyesit kanë çmuar më lart TFT krahasuar me farmakoterapinë.

Ngjashëm, edhe pse medikamenteve u është dhënë rekomandime më të larta se sa trajtimeve jo të fokusuara në trauma, udhërrëfyesit VA/Dod kanë specifikuar se ka pasur të dhëna jo të mjaftueshme për të rekomanduar nëse ofrimi i një psikoterapie individuale të fokusuar në jo trauma ka qenë e paarritshme, nuk është preferuar ose nuk ka qenë efektive.

Duhet të theksohet se këta dy udhërrëfyes nuk kanë pasur rekomandime për prioritizimin e trajtimit [APA dhe ISTSS] ende kanë pasur gradim të lartë në trajtimet e fokusuara në trauma krahasuar në medikamente.

Për shkak të diferencave metodologjike në mes të hulumtimeve psikoterapeutike dhe hulumtimeve me medikamente kjo ka bërë që të ketë influence në manjitudën e efektit të trajtimit, komiteti APA nuk ka besuar se ka pasur evidence të mjaftueshme për të suportuar prioritizimin e psikoterapisë krahasuar me medikamentet.

Sidoqoftë, udhërrëfyesi APA ka përfshirë rekomandimet krahasuese efektife [edhe pse ato nuk janë prezantuar këtu].

6.9 Rekomandimet për psikoterapi individuale për ÇSPT

Rekomandimet që lidhen me psikoterapinë për ÇSPT janë përfshirë në tabelën 8. Të gjithë udhërrëfyesit kanë dhënë një rekomandim të fortë për psikoterapinë e fokusuar në trauma [PFT]. Në disa raste, udhërrëfyesit janë zgjedhur për të rekomanduar kategorinë e përgjithshme për [PFT], kurse disa të tjera, kanë emërtuar trajtimet që janë rekomanduar.

Që të gjitha përfshijnë:

- Terapinë e Ekspozimit të Zgjatur
- Terapinë e Përpunimit Konjitiv dhe
- Terapinë Konjitive dhe Sjelljes e fokusuar në trauma.

Katër nga pesë udhërrëfyesit i kanë dhënë rëndësi Desensitimit dhe Reprocesimit të Lëvizjes së Syrit-rekomandim i fortë.

Me përjashtim të udhërrëfyesit të APA, i cili i ka dhënë kësaj teknike gradën 2. Ka pasur më pak konzistencë në gradimin e psikoterapive. Në mes të PFT, udhërrëfyesi VA/DoD i ka dhënë një rekomadim të fortë- Psikoterapisë së Shkurtër Elektive, e cila është graduar si e moderuar nga APA dhe jo-suficiente nga ISSTSS.

Udhërrëfyesi VA/DoD , ka dhënë një rekomandim të fuqishëm Terapisë Narative të Ekspozimit, e cila është graduar si mesatare edhe nga APA edhe nga ISTTSS dhe ekspozimet narative të shkruar, e cila nuk është specifikuar fare në udhërrëfyesit tjerë.

APA i ka dhënë rekomandim të fuqishëm Terapisë Konjitive Sjelljes[TKS/CBT], por duke e parë nga afër se cili nga trajtimet është përfshirë në këtë kategori ka sygjeruar se shumë nga këto studime kanë qenë në fakt terapi konjitive të sjelljes të fokusuara në trauma.

Tre nga udhërrëfyesit [ISTSS, Phoenix, dhe VA/DoD] kanë ofruar opsionet e fokusuar në jo trauma në nivele të ndryshme të përkrahjes. Udhërrëfyesi VA/DoD i ka dhënë një rekomandim mesatar Trajnimit të Inokulimit të Stresit, Terapisë të Prezantuar në Qendër, Psikoterapisë Interpersonale. Udhërrëfyesi Phoenix i ka dhënë rekomandim të ulët jo-PFT, si dhe ka sugjeruar që të përdoren vetëm atëherë kur PFT të jetë provuar.
ISTSS i ka dhënë rekomandim mesatar TKS/CBT që nuk fokusohet në trauma dhe Terapisë së Prezentuar në Qendër.

Tre nga udhërrëfyesit [APA, ISSTSS dhe VA/DoD] kanë ofruar rekomandime jo të mjaftueshme për trajtime të veçanta, duke treguar se nuk ka mjaft hulumtime për të mbështetur përdorimin e tyre për trajtim të ÇSPT në këtë kohë.

Kjo ka përfshirë trajtimet e popullarizuara si të Kërkuarit për Siguri, Terapia e Sjelljes Dialektike, Trajnimi i Shkathtësive në Afekt dhe Rregullimi Interpersonal. Kjo nuk domethënë se trajtimet kanë qenë joefektive, por se ka pasur evidencë jo të mjaftueshme për të treguar se kanë qenë efektive në atë kohë për të trajtuar ÇSPT.

Si është dhënë në Tabelën 9. ku përshkruhen medikamentet të cilat kanë qenë më efektive për trajtimin e ÇSPT. Udhërrëfyesit që emërtonin medikamentet [APa, ISTSS dhe VA/DoD] kanë mbështetur përdorimn e sertralinës, paroxetinës, fluoxetinës dhe venlafaxinës.

Udhërrëfyesi Phoenix rekomandon grupin e të SSRI [frenuesit selektivë të rimarrjes së serotoninës], ndërkaq që udhërrëfyesi NICE rekomandon SSRI [si shembull sertralinën], si dhe venlafainën. Ka më pak konzistencë, sidoqoftë, në fuqinë e rekomandimeve të kësaj farmakoterapie.

Sipas gjithë udhërrëfyesëve medikamentet më efektive janë vlerësuar si rekomandime të forta vetëm nga një udhërrëfyes [VA/DoD] dhe si mesatare nga dy [APA dhe NICE], kurse me vlerësim të ulët janë vlerësuar nga dy udhërrëfyes [ISTSS dhe Phoenix].

Mungesa e pajtueshmërisë nga udhërrëfyesit mund të jetë për shkak të diferencës në efektin e madhësisë së mostrës dhe të intervalit të konfidencës të hulumtimeve klinke të cilat janë përfshirë në metanalizë dhe në diferencat në atë se si udhërrëfyesit kanë vlerësuar efektet anësore të medikamenteve . Vetëm dy udhërrëfyes [NICE dhe VA/DoD] kanë ofruar farmakoterapi të linjës së dytë.
Udhërrëfyesi i ISTSS po ashtu ka dhënë rekomandime prë quetiapine. Udhërrëfyesi VA/DoD ka qenë i vetmi që ka dhënë rekomandime specifike kundër farmakoterapisë. [shiko tablën 9 për një listë komplete.

Rekomandim i fuqishëm 'kundër' ishte në përgjithësi për shkak të rezultateve negative dhe/ose efekteve anësore të dëmshme.

6.10 Rekomandimet tjera për ÇSPT

Udhërrëfyesit [ISTSS, Pheonix, dhe VA/DoD] vlerësojnë grupet e trajtimit [Tabela 10]. Udhërrëfyesi ISTSS ofron një nivelizim të rekomandimeve nga mesatar për grupin e TKS/CBT me fokus në trauma deri te rekomandimi shumë i lartë për grupet e kombinuar dhe individuale të TKS/ CBT me fokus në trauma.

Ato po ashtu i kanë dhënë grupit të terapisë interpersonale, grupit të trajtimit të stabilizuar dhe grupit të këshillimit mbështetës rekomandime jo të mjaftueshme. Udhërrëfyes Phoenix ka dhënë rekomandime të ulëta për grupin e TKS/CBT [me apo pa fokus në trauma], por vetëm si shtesë e trajtimit.

Udhërrëfyesi VA/DoD, ka dhënë rekomandim mesatar por vetëm krahasuar me metodën pa trajtim fare.
Edhe pse udhërrëfyesi NICE ka gjetur evidencë të limituar në mbështetje të terapisë grupore të fokusuar në trauma, një rekomandim formal nuk është dhënë sepse grupi nuk ishte i përcaktuar të jetë në aspektin klinik, apo kostoefektiv.

Tre udhërrëfyesit kanë bërë rekomandime për terapinë në çifte [tabela 10]. Udhërrëfyesi VA/DoD ka dhënë rekomandime për trajtimin në çifte të fokusuara në trauma dhe në jo-trauma rekomandim jo i mjaftueshëm. Udhërrëfyesit e ISTSS dhe NICE i kanë dhënë terapisë në çifte të fokusuar në trauma një rekomandim i nivelit të lartë dhe një rekomandim jo të mjaftueshëm.

Ka pasur konsitencë mesatare në mesin e udhërrëfyesëve sa i përket intervenimeve të bazuar në internet [Tabela 10]. Tre udhërrëfyesit [ISTSS, NICE dhe VA/DoD] kanë dhënë rekomandim mesatar për intervenime bazuar në internet që përfshin mbështetje terapeutike.

Udhërrëfyesi i Phoenix kanë dhënë rekomandim por nuk kanë kërkuar përkrahje të terapistit.

Sa i përket intervenimeve shëndetësore komplementare dhe të integruara ka pasur një përkrahje më të madhe për akupunktur. Udhërrëfyesi për ISTSS i ka dhënë akupunkturës një rekomandim të nivelit të lartë .

Përfundimisht, tre udhërrëfyesit i kanë pasur në konsideratë trajtimet biologjike jofarmakologjike.

Udhërrëfyesit NICE dhe VA/DoD kanë dhënë rekomandime jo të mjaftueshme për stimulimin e përsëritur magnetike transkranial.

Udhërrëfyesi VA/DoD po ashtu kanë pasur në konsideratë dhënien e shok terapisë elektrokonvulzive, oksigjenit hiperbarik, ganglion stellate dhe stimulimit të nervit vagal rekomandime jo të mjaftueshme.

Tabela 6. Rekomandimet

Rekomandim	APA 2017	ISTSS 2018	NICE 2018	Phoenix Australia Center for Posttraumatic Mental Health 2013	Va/DoD 2017
Rekomandim i fortë	I fortë pro/kundër [ose "Ne rekomandojmë/ Rekomandojm-kundër ofrimit të këtij opsioni].	Një rekomandim i fortë pro/kundër	Duhet të ofrohet ["Oferta/Mos ofro"]	Grade A	I fortë pro/kundër [ose "Ne Rekomandojmë/Rekomandojmë - kundër ofrimit të këtij opsioni . . .."]
Rekomandimi moderuar	I dobët pro/kundër [ose "Ne Rekomandojnë Rekomandojmë kundër ofrimit të këtij opsion . . ."]	Standard për/Kundër rekomandim	Mund të ofrohet ["Konsideroni /Mos e konsideroni"]	Grade B	I dobët pro/kundër [ose "Ne rekomandojmë/Rekomandojmë kundër ofrimit të këtij opsion . . ."]
Rekomandim i ulët	Nuk aplikohet	Intervenim me efekt të ulët	Nuk aplikohet	Grade C	Nuk aplikohet
Rekomandim shumë i ulët	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet	Grade D	Nuk aplikohet
Rekomandim i pamjaftueshëm	Asnjë rekomandim pro ose kundër [ose "Ka prova të pamjaftueshme ..."]	Evidenca të pamjaftueshme për rekomandim	E pazbatueshme Rekomandoni më shumë kërkime - prova të pamjaftueshme	Pika konsensusi: është përdor kur u bë një pyetje kërkimore për të dhënat, por nuk kishte prova	Asnjë rekomandim pro ose kundër [Dëshmi të pamjaftueshme]
Rekomandim i dalur	Nuk aplikohet	Intervenimet me prova që dalin/shfaqen	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet
Rekomandim klinik	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet	Pikat e praktikës së mirë: përdoren kur pyetja e hulumtimit nuk është	Nuk aplikohet

				bërë, shpesh për shkak se grupi i punës ishte i bindur se nuk ekzistonte asnjë provë	

Shënim. Për të bërë krahasime ndërmjet rekomandimeve, autorët kategorizuan rekomandimet sipas forcës. APA Shoqata Psikologjike Amerikane; ISTSS Shoqëria Ndërkombëtare për Studimet e Stresit Traumatik; Instituti Kombëtar NICE për Përsosmërinë e Shëndetit dhe Kujdesit; VA/DoD Departamenti i Çështjeve të Veteranëve dhe Departamenti i Mbrojtjes.

Tabela7.Rekomandime për prioritizimin e trajtimit për psikoterapitë individuale dhe farmakoterapitë për ÇSPT

Rekomandim	APA 2017	ISTSS 2018	NICE 2018	Phoenix Australia Center for Posttraumatic Mental Health 2013	Va/DoD 2017
Rekomandim i fortë			Rekomandoni individin për trauma-terapi konjitive të sjelljes ose desensibilizimi i lëvizjeve të syve dhe ripërpunimi (kjo e fundit vetëm për traumat jo-luftarake) ndaj intervenimeve të tjera psikologjike ose farmakologjike për trajtimin parësor të ÇSPT të zhvilluar.		Ne rekomandojmë individin, psikoterapi individuale të fokusuar në trauma para intervenimet tjera farmakologjike dhe jofarmakologjike për trajtimin parësor të ÇSPT Kur psikoterapia individuale e fokusuar në trauma nuk është e gatshme ose në dispozicion ose jo e preferuar, ne rekomandojmë farmakoterapi ose psikoterapia individuale jo e fokusuar në trauma. Në lidhje me farmakoterapinë dhe psikoterapinë jo të fokusuar në trauma, ekziston prova të pamjaftueshme për të rekomanduar njëra mbi tjetrën
Rekomandim i moderuar			Merrni parasysh terapinë konjitive të sjelljes Inervenimet që synojnë simptome	Trajtimet me medikamente për ÇSPT nuk duhet të përdoren preferencialisht si	

			specifike si çrregullim i gjumit ose zemërimi, vetëm nëse personi nuk është në gjendje ose nuk dëshiron të përfshihet në një intervenim të përqëndruar te trauma ose ka simptome të mbetura pas një intervenimi të përqëndruar te trauma. Konsideroni medikamentet vetëm nëse personi ka preferencë për trajtimin me medikamente ose si trajtimi i linjës të dytë shtesë për paftësim të simptomeve dhe sjelljes	një trajtim i parë rutinë për të rriturit, mbi terapinë konjitive të sjelljes të fokusuar në trauma ose desensibilizimin e lëvizjeve të syrit dhe Ripërpunim.	

Shënim. Për të bërë krahasime midis rekomandimeve, autorët kategorizuan rekomandimet sipas forcës. U përfshinë vetëm rreshtat për të cilat kishte rekomandime në dispozicion/tavolinë. Për më tepër, udhëzuesi APA ofron rekomandime të bazuara në efektivitete krahasuese si një rekomandim i fortë që mjekët ofrojnë ose ekspozim të zgjatur ose ekspozim të zgjatur, plus ristrukturimin konjitiv kur të dyja janë duke u konsideruar dhe që klinicisti ofron ose venlafaksinë me veprim të zgjatur ose sertraline kur të dyja janë duke u konsideruar. Çrregullimi i Stresi posttraumatik ÇSPT; APA Shoqata Psikologjike Amerikane; ISTSS Shoqëria Ndërkombëtare për Studimet e Stresit Traumatik; Instituti Kombëtar NICE për Përsosmërinë e Shëndetit dhe Kujdesit; Departamenti i VA/DoD i Çështjeve të Veteranëve dhe Departamentit të Mbrojtjes.

Tabela 8. Psikoterapia Individuale - Rekomandimet ÇSPT

Rekomandim	APA 2017	ISTSS 2018	NICE 2018	Phoenix Australia Center for Posttraumatic Mental Health 2013	Va/Dod 2017
Rekomandim i fortë	Terapia Konjitive e Sjelljes Ekspozim i zgjatur Terapia e Përpunimit Konjitiv Terapia konjitive	Terapia Konjitive e Sjelljes e fokusuar në Trauma [e padiferencuar] Terapia përpunimit konjitiv Terapia konjitive Desensitizimi i lëvizjeve të syve dhe	Terapia Konjitive e Sjelljes e fokusuar në trauma duke përfshirë: Terapia e përpunimit konjitiv Terapia konjitive për ÇSPT Terapia e ekspozimit narativ Ekspozim i zgjatur Desensitizimi i lëvizjeve të syve	Terapia Konjitive e Sjelljes e fokusuar në trauma Intervenimet: Desensitizimi i lëvizjeve të syve dhe Ripërpunim	Terapia e fokusuar në trauma Ekspozim i zgjatur Terapia e përpunimit konjitiv Lëvizja e syve Desensibilizimi dhe Ripërpunimi Terapi specifike konjitive e sjelljes për ÇSPT. Psikoterapi e shkurtër eklektike, Terapia e ekspozimit narativ.

		Ripërpunim	dhe Ripërpunimi (më shumë se 3 muaj pas reagimit/kundërshtim në lidhje me traumën		Ekspozim narativ i shkruar. Psikoterapi ndër-personale , Terapi e përqendruar në pacient
Rekomandim i moderuar	Psikoterapi e Shkurtër eklektike Lëvizja e syve Desensibilizimi dhe Ripërpunimi	Terapia konjitive e sjelljes pa fokus në traumë Terapia e ekspozimit narativ Terapia prezente e përqendruar	Desensitizimi i lëvizjeve të syve dhe Ripërpunim (1-3 muaj pas reagimit/kundërshtim në lidhje me traumën		
Rekomandim shumë i ulët	Terapia e ekspozimit narativ Nuk aplikohet	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet		Nuk aplikohet
Rekomandim i pamjaftueshëm	Relaksimi duke kërkuar siguri	Psikoterapia e shkurtër eklektike, terapi dialektike e ekspozimit Teknikat e lirisë emocionale Psikoterapia ndërpersonale Integrimi i vëzhguar dhe eksperimental Psikoterapia psikodinamike Psikoedukimi Trajnim relaksimi Desensibilizim, Këshillim mbështetës	Nuk aplikohet		Terapia e përkushtimit dhe pranimit Terapia Dialektike Sjelljes Kërkimi i sigurisë Trajnimi i aftësive dhe Këshillim mbështetës
Rekomandim i dalur	Nuk aplikohet	Terapi konjitive e sjelljes me një seancë të vetme Rikonsolidimi i traumës Kujtimet Terapia e realitetit virtual Terapia e ekspozimit narative	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet

Shënim. Për të bërë krahasime midis rekomandimeve, autorët kategorizuan rekomandimet sipas forcës. U përfshinë vetëm rreshtat për të cilat kishte rekomandime në dispozicion/tavolinë. APA Shoqata Psikologjike Amerikane; ISTSS Shoqëria Ndërkombëtare për Studimet e Stresit Traumatik; Instituti Kombëtar NICE për Përsosmërinë e Shëndetit dhe Kujdesit; Departamenti i VA/DoDpër Çështjet e Veteranëve dhe Departamentin e Mbrojtjes; Çrregullimi i Stresit Posttraumatik ÇSPT

Tabela 9.Rekomandime për farmakoterapi për ÇSPT[1]

Rekomandim	APA 2017	ISTSS 2018	NICE 2018	Phoenix Australia Center for Posttraumatic Mental Health 2013	Va/DoD 2017
Rekomandim i Fortë					Fluoxetine, Paroxetine*, Sertraline*, Venlafaxine*
Rekomandim i Moderuar	Fluoxetine, Paroxetine*, Sertraline*, Venlafaxine*		Frenuesit selektivë të rimarrjes së serotoninës (siç është sertralina)		Nafazodone
Rekomandim i ulët	Nuk aplikohet	Fluoxetine, Paroxetine*, Sertraline*, Venlafaxine*	Nuk aplikohet		Nuk aplikohet
Rekomandim i dalur	Nuk aplikohet	Quatepina	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet	Nuk aplikohet
Rekomandim i moderuar kundër					Amitriptyline, Citalopram, Lamotrigine, Olanzapine, Quetiapine dhe antipsikotik tjerë atipik (përveç për risperidonin i cili është më i fortë krahasuar me Prazosin* (për simptomet të ÇSPT Topiramate
Rekomandim i fortë kundër					Benzodiazepines,Kannabis dhe derivate të Kannabis derivate D- Cycloserine, Divalproex*, Guanfacine* Hydrocortisone, Ketamine Risperidone, Tiagabine.
Rekomandim i pamjaftueshëm	Risperidone, Topiramate	Amytriptyline, Brofaromine*, Divaplroex*, Genaxolone*, Imipramine*, Ketamine, Lamotrigine*, Mirtazapine, Neurokinin-1,antagonist, Olanzapine, Phenelzine, Tiagabine*, Topiramate*	Nuk aplikohet		Buproprion*, Buspirone*, Cyproheptadine*, Despiramine*, Desvenflaxine*, Doxepine*, Duloxetine, D-serine, Escitalopram, Esyopiclone*, Fluvoxamine*, Hydroxyzine,Levomilnacipran*, Mirtazapine, Nortriptyline*, Trazodone*, Vilazodone*,Vortioextine*, Zaleplon*, Zolpidem*.

Shënim Për të bërë krahasime midis rekomandimeve, autorët kategorizuan rekomandimet sipas forcës. Janë përfshirë vetëm rreshtat për të cilat ka pasur rekomandime. APA Shoqata Psikologjike Amerikane; ISTSS Shoqëria

[1] Rekomandojmë që medikamentet me fusnot të mos reflektohen në protokole klinike derisa nuk do të jenë pjesë e listës esenciale të barnave

Ndërkombëtare për Studimet e Stresit Traumatik; Instituti Kombëtar NICE për Përsosmërinë e Shëndetit dhe Kujdesit; VA/DoD Departamenti i Çështjeve të Veteranëve dhe Departamenti i Mbrojtjes

Rekomandimet tjera

Forma e Trajtimit	APA 2017	ISTSS 2018	NICE 2018	Phoenix Australia Center for Posttraumatic Mental Health 2013	Va/DodD2017
Grup	Nuk është adresuar	Rekomandim i moderuar: Terapia Konjitive Sjelljes në grup me fokus në trauma Rekomandim i dalur: Grupi i kombinuar plus individ me fokus në trauma Rekomandim i pamjaftueshëm: Grupi ndërpersonal terapi, stabilizimi në grup trajtim, grup këshillim mbështetës		Rekomandim i ulët: TKS/CBT në grup (e fokusuar në trauma ose jo i fokusuar në trauma) mund të jepet si terapi ndihmës ndaj terapisë individuale të fokusuar në trauma, por jo të konsiderohet si një alternativë ndaj terapisë.	Rekomandim i moderuar: Terapia në grup mbi mungesën e trajtimit Rekomandim i pamjaftueshëm: Nuk ka prova të mjaftueshme për të rekomanduar përdorimin e një lloji të terapisë në grup mbi çdo tjetër.
Çiftet	Nuk është adresuar	Rekomandim i dalur/shfaqur : Çiftet TKS/CBT me fokusi në traumë	Rekomandim i pamjaftueshëm: Terapi Konjitiv e Sjellje e përbashkët	Nuk është adresuar	Rekomandim i pamjaftueshëm: Terapia e çifteve e fokusuar në traumë ose jo e fokusuar në trauma
Bazuar në internet	Nuk është adresuar	Rekomandim i moderuar:TKS/ CBT e drejtuar në internet e fokusuar në trauma	Rekomandim i moderuar: TKS/CBT e drejtuar në internet e fokusuar në trauma	Rekomandim i ulët:TKS/ CBT e fokusuar në trauma të bazuara në internet si një alternativë ndaj trajtimit	Rekomandim i moderuar:TKS/ CBT e drejtuar në internet si një alternativë ndaj mungesës së trajtimit
Shëndeti komplementar dhe integrues	Nuk është adresuar	Rekomandim i ri/dalur : Akupunktura, përvoja somatike, dhe joga Rekomandim i pamjaftueshëm: Modifikimi i paragjykimit të vëmendshëm, hipnoterapi, grup Reduktimi i stresit i bazuar në mendje, terapi muzikore në grup, terapi aventurë në	Rekomandim i pamjaftueshëm: akupunkturë, terapi arti, stërvitje, meditim ose stres i bazuar në mendje Reduktim,dhe joga	Rekomandim shumë i ulët: Akupunkturë për personat të cilët nuk i janë përgjigjur terapisë psikologjike apo farmakoterapisë të fokusuar në trauma	Rekomandim i pamjaftueshëm: Akupunkturë ose ndonjë praktikë shtesë integruese shëndetësore, si meditimi [përfshirë Ndërgjegjësimi] joga dhe meditim

		natyrë dhe ushtrime fizike			
Biologjike Jo-farmakologjike	Nuk është adresuar	Rekomandim i ri: Stimulimi magnetik transkranial	Rekomandim i pamjaftueshëm: Transcranial i përsëritur Stimulimi magnetik		Rekomandim i pamjaftueshëm: Stimulim magnetik i përsëritur transkranial, terapi elektrokonvulsive, terapi hiperbarike me oksigjen, bllokim ganglionësh dhe stimulim i nervit vagal

Shënim.Për të bërë krahasime midis rekomandimeve, autorët kategorizuan rekomandimet sipas forcës. Çrregullimi i stresit posttraumatik ÇSPT; APA Shoqata Psikologjike Amerikane; ISTSS Shoqëria Ndërkombëtare për Studimet e Stresit Traumatik; Instituti Kombëtar NICE për përsoshmëri për shëndetin dhe kujdesin; VA/DD Departamenti i Çështjeve të Veteranëve dhe Departamenti i Mbrojtjes; Terapia konjitive e sjelljes CBT

Së fundi, tre nga udhëzimet konsiderohen si jofarmakologjike për trajtime biologjike. Udhëzimet NICE dhe VA/DoD dhanë një rekomandim të pamjaftueshëm për stimulim transkranial magnetik. Udhëzuesi VA/DoD gjithashtu dha rekomandime të pamjaftueshme për terapinë e shokut konvulsiv elektrokonik, oksigjenin hiperbarik, ganglionin dhe stimulimin e nervit vagal.

VII. Standardet e Auditueshme

- Numri i personave që përjetojnë ÇSPT brenda një viti kalendarik?
- Numri i personave që kërkojnë trajtim për ÇSPT në kujdesin parësor shëndetësor gjatë një viti kalendarik?
- Numri i personave që trajtohen për ÇSPT në kujdesin dytësor shëndetësor gjatë një viti kalendarik?
- Numri i personave që trajtohen për ÇSPT në kujdesin tretësor shëndetësor gjatë një viti kalendarik?

VIII.Aplikim dhe Zbatimi i UPK-së në rrethana tona

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.

Medikamentet si: Fluoxetine, Risperidone, Mirtazapine, Escitalopram, Olanzapine, Amytriptyline, Quetiapine, Duloxetine janë përfshirë në listën esenciale të barnave ndërsa medikamentet me fusnot[2] si: Paroksetine,* Sertraline,* Venlaflaksine* Topiramati,* Brofaromine*, Divaplroex*, Imipramine*, Lamotrigin*, Phenelzine*, Tiagabine* Buproprion*, Buspirone*, Cyproheptadine*, Despiramine*, Desvenflaxine*, Doxepine*, Esyopiclone*, Fluvoxamine*, Levomilnacipran*, Nortriptyline*, Trazodone,* Vilazodone*,Vortioextine*,Zaleplon*, Zolpidem* nuk janë të përfshira në listën esenciale të barnave.

Përparësi në zbatimin e këtij udhërrëfyesi janë resurset e mjaftueshme njerëzore, materiale infrastruktura, rastet shqyrtohen nga konziliumi mjekësore 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.

[2] Rekomandojmë që medikamentet me fusnot të mos reflektohen në protokole klinike derisa nuk do të jenë pjesë e listës esenciale të barnave

IX.Procesi i Adaptimit të Udhërrëfyesit

Gjatë procesit të analizës dhe shqyrtimit të Udhërrëfyesve klinik, grupi punues është referuar në të dhënave më të reja të OBSh-së, si dhe për procesin e adaptimit është referuar në Udhërrëfyesin klinik " Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults""A Guide to Guidelines for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults": An Update 2019 si dhe në Modulin e tetë të KPSh, 2020.

Procesi i adaptimit të Udhërrëfyesit është realizuar përmes mbajtjes të takimeve të rregullta. Mbajtja e takimeve është dokumentuar me procesverbalet e takimeve të mbajtura.

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

1. Dr. Valdete Sereqi, Psikiatër
2. Dr. Imet Poniku, 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.

Gjatë hartimit të udhërrëfyesit janë marrë për bazë, intervistat e zhvilluara me pacientët që trajtohen në Klinikën Psikiatrike nga profesionistët shëndetësor.

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.

X.Referenca

- About AHRQ. Content last reviewed December 2016. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html.
- Adamou, M., Puchalska, S., Plummer, W., & Hale, A. S. (2007). Valproate in the treatment ofPTSD: Systematic review and Meta analysis. *Current Medical Research and Opinion,23*(6), 1285-1291. Doi: 10.1185/030079907x188116.
- American Psychiatric Association (2015). Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-V. Washington, DC: Author.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). Methods guide foreffectiveness and comparative effectiveness reviews. Rockville, MD: U.S. Government Printing Office.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2004). Practice guideline for the treatment of patients withacute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271-285.
- American Psychological Association. (2006). APA task force on the assessment of competence in professional psychology: final report. Washington, DC: Author.
- Anders, S. L., Frazier, P. A., & Frankfurt, S. B. (2011). Variations in criterion A and PTSD ratesin community sample of women. *Journal of Anxiety Disorders, 25,* 176-184.
- Andrews, J.C., Schünemann, H.J., Oxmand, A.D., Pottie, K., Meerpohl, J.J., Alonso Coello, P., Rind, D., Montori, V.M., Britok, J.P., Norris, S., Elbarbary, M., Post, P., Nasser, M., Shukla, V., Jaeschke, R., Brozek, J., Djulbegovic, B., & Guyatt, G. (2013). GRADEguidelines: 15. Going from evidence to recommendation- determinants of a Recommendation's direction and strength. Journal of Clinical Epidemiology, 66, 726- 735.
- Andrews, J. C., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Pottie, K., Meerpohl, J. J., Coello, P. A.,... Guyatt, G. (2013). GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. Journal of Clinical Epidemiology, 66, 726 –735. http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.02.003.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. American Psychologist, 61, 271–285. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). Australian guidelines for the treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. ACPMH: Melbourne,Victoria.Retrievefromhttp://phoenixaustralia.org/wpcontent/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf.
- Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health & Social Work, 33*(1), 63-
- 71. doi:10.1093/hsw/33.1.63.

- Barber, J. P., Sharpless, B. A., Klostermann, S., & McCarthy, K. S. (2007a). Assessingintervention competence and its relation to therapy outcome: A selected review derivedfrom the outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice, 38,* 493-500.
- Berkman, N. D., Lohr, K. N., Ansari, M. T., Balk, E. M., Kane, R., McDonagh, M., . . . Chang, S.(2014). Grading the strength of a body of evidence when assessing health careinterventions: An EPC update. *Journal of Clinical Epidemiology* doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.11.023.
- Bennett, B. E., Bricklin, P. M., Harris, D., Knapp, S., VandeCreek, L., & Younggren, J. N.
- (2006). Assessing and managing risk in psychological practice: An individualized approach. Rockville, MD: The Trust.
- Benson, K., & Hartz, A. J. (2000). A comparison of observational studies and randomized, Controlled trials. *New England Journal of Medicine, 342*(25), 1878-1886 doi:10.1056/NEJM200006223422506.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 190,* 97-104. doi: 10.1192/bjp.bp.106.021402.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychologicaltherapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *CochraneDatabase Systematic Review, 12,* CD003388. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59,* 20-28.

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). Introduction to metaanalysis. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Boyd, C. M., Singh, S., Varadhan, R., Weiss, C. O., Sharma, R., Bass, E. B., & Puhan, M. A. (2012). *Methods for Benefit and Harm Assessment in Systematic Reviews. MethodsResearch Report.* (Prepared by the Johns Hopkins University Evidence-based PracticeCenter under contract No. 290-2007-10061-I). AHRQ Publication No. 12(13)-EHC150-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; November 2012.

- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric

disorders and posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychology, 61, 22-32.

- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stressdisorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry, 50*(9), 699-704. doi:10.1016/s0006-3223(01)01167-2.

Briere, J. N., & Lanktree, C. B. (2012) *Treating complex trauma in adolescents and young adults.* Los Angeles: Sage.

- Brown, L. (2008). *Cultural competence in trauma therapy: Beyond the flashback.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Bryant, R. A., Ekasawin, S., Chakrabhand, S., Suwanmitri, S., Duangchun, O., & Chantaluckwong, T. (2011). A randomized controlled effectiveness trial of cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder in terrorist-affected people in Thailand. *World Psychiatry, 10,* 205-209.
- Caplan, A., Edgar, H., & King, P. (1992). Twenty years later: The legacy of the Tuskegee Syphilis Study [symposium]. *Hastings Center Report,* 222(6), 29-38.

- Chavalarias, D., & Ioannidis, J. P. A. (2010). Science mapping analysis characterizes 235 biases in biomedical research. *Journal of Clinical Epidemiology, 63,* 1205-1215.
- Chin, S. (2000). A simple method for converting an odds ratio to effect size for use in metaanalysis. Statistics in Medicine. 19, 3127-3131.
- Clark, C., Classen, C. C., Fourt, A. & Shetty, M. (2015). Treating the trauma survivor: An essential guide to trauma-informed care. New York: Routledge.
  Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A. Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L.(2011). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress, 24,* 615-627.
- Cook, J. M., Newman, E., & The New Haven Trauma Competency Group. (2014). A consensusstatement on trauma metal health: The New Haven competency conference process andmajor findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6,* 300-307.
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). Systematic reviews: CRD's guidance forundertaking reviews in health care. York, U.K.: York Publishing Services, Ltd.Developing and Evaluating Communication Strategies to Support Informed Decisions andPractice Based on Evidence [DECIDE]. (2012). Work Package 5: Evidence toRecommendation Framework and Strategies for communicating evidence to informdecisions about health system and public health interventions. Available at:http://www.decide-collaboration.eu/WP5.
- Dalgliesh, T., & Power, M. J. (2004). Emotion specific and emotion non-specific components ofposttraumatic stress disorder (PTSD): Implication for a taxonomy of related psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 42,* 1069-1088.
- Davidson, J. R. T., & McFarlane, A. C. (2006). The extent and impact of mental health problemsafter disaster. Journal of Clinical Psychiatry, 67 (supplement 2), 9-14.
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2004). VA/DoD clinical practiceguideline for the management of post-traumatic stress. Washington, DC. VeteransHealth Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department ofDefense. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04.
- Dimidijan, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful?
  American Psychologist, 65, 21-33.
- Driessen, E., Cuijpers, P., Hollon, S. D., & Dekker, J. J. (2010). Does posttraumatic severitymoderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A metaanalysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(5), 668-680. doi: 10.1037/a0020570.
  Duckworth, M. P & Follette, V. M. (2012) *Retraumatization: Assessment, treatment, and prevention.* New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- EBM Guidelines Editorial Team. (2011). Level of evidence and strength of recommendation: Criteria, decision tables, and wording in EBM guidelines evidence summaries(ebm01066).
- Eftekhari, A., Ruzek, J. I., Crowley, J. J., Rosen, C. S., Greenbaum, M. A., & Karlin, B. E.(2013). Effectiveness of national implementation of prolonged exposure therapy in Veterans Affairs care. *JAMA Psychiatry, 70*(9), 949-955.
- Egger, M., Juni, P., Bartlett, C., Holenstein, F., Sterne, J. (2003). How important are

comprehensive literature searches and the assessment of trial quality in systematic reviews*Health Technology Assessment*, 7, 1-77.
Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapyfor post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Researchand Therapy, 43,* 413-431.

- Ellis, A., Simiola, V., Brown, L., Courtois, C., & Cook, J. M. (under review). Effect of evidence-based therapy relationships on treatment outcome for adults with trauma: A systematic review.
- Fallot, R. D., & Harris, M. (Eds.). (2001). Using trauma theory to design service systems. San
Francisco: Jossey-Bass.
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A., Mavissakalian, M. R., & Roy-Byrne, P. P. (2009b). What would you choose? Sertraline or prolonged exposure in community and PTSD treatment seeking women. *Depression and Anxiety, 26,* 724-731.
- Felitti, V. J., & Anda, R. F., (2010). The relationship of Adverse Childhood Experiences to adultmedical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implicationsforhealthcare.In R. Lanius & E Vermetten (Eds.). The hidden epidemic: The impact of early life trauma on health and disease (pp. 77-87). New York: Cambridge University Press.
Fewell, Z., Smith, G. D., & Sterne, J. A. (2007). The impact of residual and unmeasuredconfounding in epidemiologic studies: A stimulation study. *American Journal ofEpidemiology, 166*(6), 646-655.
- Finley, E. P., Mader, M., Haro, E. K., Noël, P. H., Bernardy, N., Rosen, C. S., . . . Pugh, M. J. V. (2018). Use of guideline-recommended treatments for PTSD among community-based providers in Texas and Vermont: Implications for the Veterans Choice Program. The Journal of Behavioral Health Services & Research. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1007/s11414-018-9613-z.
- Finley, E. P., Noël, P. H., Lee, S., Haro, E., Garcia, H., Rosen, C.,... Pugh, J. A. (2018). Psychotherapy practices for veterans with PTSD among community-based providers in Texas. Psychological Services, 15, 442– 452. http://dx.doi.org/10.1037/ser0000143.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. Psychotherapy, 55, 316 –340. http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172.
- https://adaa.org/screening-posttraumatic-stress-disorder-ptsd.
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J. I., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B., . . . Ursano, R. J. (2010). A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. Journal of Traumatic Stress, 23, 537– 552. http://dx.doi.org/10.1002/jts.20565.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. NewYork, NY: Guilford Press.
- Forbes, D., Parslow, R., Creamer, M., Allen, N., McHugh, T., & Hopwood, M. (2008). Mechanisms of anger and treatment outcome in combat veterans with posttraumaticstress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 21,* 142-149.
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J. I., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B., et al. (2010). Aguide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress, 23,* 537-552.

- Fournier, J. C., DeRubis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., etal. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level metaanalysis. JAMA, 303(1), 47-53. doi:10.1001/jama.2009.1943.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD forDSM-5. Depression and Anxiety, 28, 750-769.
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to gonext. Journal of Traumatic Stress, 26, 548-556.
- Friedman, M. J. & Davidson, J. R. T. (2014). Pharmacotherapy for PTSD. In M. J. Friedman, T.M. Keane, & P. A. Resick, (Eds). *Handbook of PTSD: Science and Practice* (482-501). New York: Guilford Press.
- Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L., & Houle, T. (2012). Manualized therapy forPTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80,* 968-981.
- Gluud, L. L. (2006). Bias in clinical intervention research. *American Journal of Epidemiology,163,* 493-501.
- Gone, J. P., & Kirmayer, L. J. (2010). On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. In T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Eds.), Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-5 and ICD-11 (pp. 72- New York: Guilford Press.
- Goodson, J., Helstrom, A., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Powers, M. B.(2011). Treatment of posttraumatic stress disorder in U.S. combat veterans: A metaanalyticreview. *Psychological Reports, 109*(2), 573-599. doi: 10.2466/02.09.15.16.pr0.109.5.573-599.
- Guise, J. M., Chang, C., Viswanathan, M., Glick, S., Treadwell, J., Umscheid, C. A., . . . Trikalinos, T. (2014). Agency for Healthcare Research and Quality Evidence-based Practice Center methods for systematically reviewing complex multicomponent health care interventions. *Journal of Clinical Epidemiology, 67*(11), 1181-1191. doi: 10.1016/j.jclinepi.2014.06.010.
- Guo, T., Xiang, Y.-T., Xiao, L., Hu, C.-Q., Chiu, H. F.K., Ungvari, G. S., Correll, C. U., Lai, K. Y.C., Feng, L., Geng, Y., Feng, Y., & Wang, G. (2015). Measurement-based care versusstandard care for major depression: A randomized controlled trial with blind raters. *TheAmerican Journal of Psychiatry, 172,* 1004-1013.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Kunz, R., Atkins, D., Brozek, J., Vist, G., Alderson, P., Glasziou, P., Falck- Ytter, Y., Schünemann, H.J. (2011). GRADE guidelines: 2. Framing the questionand deciding on important outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology, 64,* 395 – 400.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G., Kunz, R., Brozek, J., Alonso-Coello, P., . . . Schunemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence--study limitations (riskof bias). *Journal of Clinical Epidemiology, 64*(4), 407-415. doi:
- 10.1016/j.jclinepi.2010.07.017.
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Sultan, S., Brozek, J., Glasziou, P., Alonso-Coello, P., ...Schünemann, H. J. (2013). GRADE guidelines: 11. Making an overall rating ofconfidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology, 66*(2), 151-157. 10.1016/j.jclinepi.2012.01.006.
- Harding, K. J. K., Rush, A. J., Arbuckle, M., Trivedi, M. H., & Pincus, H. A. (2011Measurement-based care in psychiatric practice: A policy framework for implementation. *Journal of Clinical Psychiatry, 72,* 1136-1143.

- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress, 3, 377-391.
- Herman, J. L. (1992b). Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books. Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B., &Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for PostTraumatic Stress Disorder (PTSD). Cochrane Database Systematic Review (7), CD007316. doi: 10.1002/14651858.CD007316.pub2.
- Hien, D. A., Cohen, L. R., Miele, G. M., Litt, L. C., & Capstick, C., (2004). Promising treatmentsfor women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 161*(8), 1426-432.
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., & Sterne, J. A. C. (2011). Assessing risk of bias in includedstudies. In J. P. T. Higgins & S. Green (Eds.). Cochrane Handbook for Systematic Reviews fromhttp://handbook.cochrane.org/front_page.htm.
- Higgins, J. P., & Green, S. (Eds.). (2011). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0. The Cochrane Collaboration, 2011. Retrieved from www.handbook.cochrane.org Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Förstl,
- H., PitschelWalz, G. Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses. Journal of the American Medical http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.112
- Karlsson, P. & Bergmark, A. (2014)- Compared with what? An analysis of control-group typesin Cochrane and Campbell reviews of psychosocial treatment efficacy with substance use disorders. *Addiction: Methods and Techniques, 110,* 420–428.
- Keane T.M. (2009). Improving models, methods, and measures: Contributions of CITRM to the field of psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress, 22,* 632-633.
- Landes, S. J., Carlson, E. B., Ruzek, J. I., Wang, D., Hugo, E., DeGaetano, N., Chambers, J.
- G., & Lindley, S. E. (2015). Provider-driven development of a measurement feedback system to enhance measurement-based care in VA mental health. *Cognitive and Behavioral Practice, 22,* 87-100.
- Lloyd, D., Couineau, A.L., Hawkins, K., Kartal, D., Nixon, R.D., Perry, D., & Forbes, D. (2015) Preliminary outcomes of implementing cognitive processing therapy for posttraumaticstress disorder across a national veterans' treatment service. *Journal of ClinicalPsychiatry, 76,* 1405-1409. doi: 10.4088/JCP.14m09139.
- Management of Post-Traumatic Stress Working Group. (2010). VA/DoD clinical practiceguideline for management of post-traumatic stress. Washington (DC): Veterans HealthAdministration, Department of Defense.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. American Journal of Psychiatry, 158, 1467—1473.
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a national sample of adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52(8). doi:10.1016/j.jaac.2013.05.011.
- Mellers, B., Hertwig, R., & Hahneman, D., (2001). Do frequency representations eliminate conjunction effects: An exercise in adversarial collaboration. Psychological Science. 12, 4, 269-275.
- Miller, M. W., Wolf, E. J., & Keane, T. M. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: New criteria and controversies. Clinical Psychology: Science and Practice, 21, 3, 208-220.

- Moher D., Hopewell S., Schulz K.F., Montori V., Gøtzsche P.C., Devereaux P.J., et al. (2010) CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. Journal of Clinical Epidemiology 63, e1–37.
- Mott, J. M., Stanley, M., Street, R., Hofstein, R. F., & Teng, E. J. (2014). Increasing PTSD treatment engagement through Shared Decision-Making: A pilot study of a Brief Decision-Support Intervention. Military Medicine, 179, 143-149.
- Munder, T., Gerger, H., Trelle, S., & Barth, J. (2011). Testing the allegiance bias hypothesis: Ameta-analysis.PsychotherapyResearch,21(6),670-684.doi: 10.1080/10503307.2011.602752.
- Munder, T., Brutsch, O., Leonhart, R., Gerger, H., & Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. Clinical Psychology Review, 33(4), 501-511. doi: 10.1016/j.cpr.2013.02.002.
- Moduli i 8 i Mjekësisë Familjare 2020, Prishtinë.
- National Institute for Health and Care Excellence (2005). Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical Guideline 26. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Care Excellence (2012). The guidelines manual. https://www.nice.org.uk/article/pmg6/chapter/6-reviewing-the-evidence.
- National Institute of Health and Care Excellence (2016). Major trauma: Service delivery. Clinical Guideline 40. London: National Institute for Health and Care Excellence. Newman, C. F. (2010). Competency in conducting cognitive-behavioral therapy: Foundational, functional, and supervisory aspects. Psychotherapy Theory, Research, Practice, and Training, 47, 12-19.
- Norcross, J.C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. Psychotherapy, 48, 98-102
- Nugent, N. R., Saunders, B. E., Williams, L. M., Hanson, R., Smith, D. W., & Fitzgerald, M. M. (2009). Posttraumatic stress symptom trajectories in children living in families reported for family violence. Journal of Traumatic Stress, 22(50, 460-466. Orcutt, H. K., Erickson, D. J., & Wolfe, J. (2004). The course of PTSD symptoms among Gulf War veterans: A growth mixture modeling approach. Journal of Traumatic Stress,17(3), 195-202.
- Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S.R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82, 52-64. Owens, D. K., Lohr, K. N., Atkins, D., Treadwell, J. R., Reston, J. T., Bass, E. B., . . . Helfand, M. (2010). AHRQ series paper 5: Grading the strength of a body of evidence when comparing medical interventions--agency for healthcare research and quality and the effective health-care program. Journal of Clinical Epidemiology, 63(5), 513-523. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.03.009.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: Norton. Post, P. N., de Beer, H., & Guyatt, G. H. (2013). How to generalize efficacy results of randomized trials: Recommendations based on a systematic review of possible approaches. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 19(4), 638-643. doi: 10. 1111/j.1365-2753.2012.01888.x.
- Rasmussen, A. M. & Shalev, A. Y. (2014). Integrating the neuroendocrinology, neurochemistry, and neuroimmunology of PTSD to date and the challenges ahead. In

Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick. P. A. (Eds.). Handbook of PTSD: Science and Practice (2nd ed) (pp. 275-299). New York: Guilford Press.

- Rodolfa, E., Greenberg, S., Hunsley, J., Smith-Zoeller, M., Cox, D., Sammons, M. et al. (2013). A competency model for the practice of psychology. Training and Education in Professional Psychology, 7, 71-83.
- Rosenfeld, R. M., & Shiffman, R. N. (2009). Clinical practice guideline development manual: a quality-driven approach for translating evidence into action. Otolaryngology-Head and Neck Surgery, 140(6), 1-43.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. Journal of Traumatic Stress, 5, 455-475.
- Rothwell, P. M. (2005). External validity of randomised controlled trials: "To whom do the results of this trial apply?"'. Lancet, 365(9453), 82-93. doi: 10.1016/s0140-6736(04)17670-8.
- Samson, D., & Schoelles, K. M. Developing the topic and structuring systematic reviews of medical tests: Utility of PICOTS, analytic frameworks, decision trees, and other frameworks. In: Chang, S. M., Matchar, D. B., Smetana, G. W., et al., editors. Methods Guide for Medical Test Reviews. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98235/.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K.,... Bernardy, N. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 297, 820 - 830. http://dx .doi.org/10.1001/jama.297.8.820.
- Song, F., Hooper, L., & Loke, Y. (2013). Publication bias: What is it? How do we measure it? How do we avoid it? Open Access Journal of Clinical Trials, 5, 71- 81. http://dx.doi.org/10.2147/OAJCT.S34419
- Uchauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. Psychology of Women Quarterly, 19(1), 49-64. doi:10.1111/j.1471-6402.1995.tb00278.x.
- Shiffman, R. N. (2009, November). Quest for a gold standard for guideline development. Paper presented at the Institute of Medicine workshop on Standards for Clinical Practice Guidelines, Washington, DC.
- Swift, J.K. & Callahan, J.L. (2009). The impact of client treatment preference on outcome: A meta-analysis. Journal of Clinical Psychology, 65, 368-381.
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). (2015). U.S. preventive services task force procedure manual. Rockville, MD: U.S. Department of Health & Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from https://www.uspreventiveservicestaskforce.org
- Thalheimer, W., & Cook, S. (2002, August). How to calculate effect sizes from published research articles: A simplified methodology. Retrieved November 31, 2002 from http://work-learning.com/effect_sizes.htm
- Wang, R., Lagakos, S. W., Ware, J. H., Hunter, D. J., & Drazen, J. M. (2007). Statistics in medicine: Reporting of subgroup analyses in clinical trials. New England Journal of Medicine, 357(21), 2189-2194. doi: 10.1056/NEJMsr077003 Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 74(6), e541-550. doi: 10.4088/JCP.12r08225.

- Viswanathan, M., Ansari, M. T., Berkman, N. D., Chang, S., Hartling, L., McPheeters, L. M., & Treadwell, J. R. (2012). Assessing the risk of bias of individual studies in systematic reviews of health care interventions. In Methods guide for comparative effectiveness reviews. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from https:// www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK91433/.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. The Journal of Clinical Psychiatry, 74, e541– e550. http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12r08225.
- Weathers, F., Blake, D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D., Marx, B., & Keane, T. (2013). The clinician-administered PTSD scale for DSM–5 (CAPS-5). Retrieved from https://www.ptsd.va
- Weathers, F. W., & Keane, T M. (2007). The criterion a problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. Journal of Traumatic Stress, 20, 107-121. Wilkinson, L. & the Task Force on Statistical Inference, (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. American Psychologist, 54 (8), 594- 604. doi: 10.1037//0003-066x.54.8.594.
- World Health Organization. (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: Author. Zandberg, L. J., Rosenfield, D., Alpert, E., Mclean, C. P., & Foa, E. B. (2016). Predictors of dropout in concurrent treatment of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Rate of improvement matters. Behaviour Research and Therapy, 80, 1-9.
- Zlotnick, C., Johnson, J., & Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. Behavior Therapy, 40(4), 325-336.
- Zubriggen, E. L., Gobin, R. L., & Kaehler, L. A. (2012). Trauma, attachment, and intimate relationships. Journal of Trauma and Dissociation, 13, 127-133.

XI.Shkurtesat

APA	Asociacioni i Psikiatrave Amerikan
DMS/SMD	Diferencat Mesatare të Standardizuara
EKG	Elektrokardiografia
EPS	Efektet Anësore Ekstrapiramidale
FE/SOE	Forca e Evidencës/NSH
FDA	Administrata Amerikane për Ushqim dhe Barna
KBM	Kujdesi i Bazuar në Matje
KPSh	Kujdesi Parësor Shëndetësor
KDSh	Kujdesi Dytësor Shëndetësor
KTSh	Kujdesi Tretësor Shëndetësor
M&V	Monitorim dhe Vlerësim
MNS	Çrregullime Mendore
MSH	Ministria e Shëndetësisë
OBSh	Organizata Botërore e Shëndetësisë
PFT	Psikoterapitë e Fokusuara në Trauma
PShE/BEP	Psikoterapi e shkurtër Elektike
TR/EMDR	Terapia Ripërpunuese
SSRI	Frenuesit selektivë të rimarrjes së serotoninës
TA	Trajtim Ambulantor
TEZ	Terapia e Ekspozimit të Zgjatur
TEN/NET	Terapia e Ekspozimit Narativ
TE	Terapia Elektike
TKS/CBT	Terapia Konjitive e Sjelljes
TS	Trajtim Spitalor

XII. Shtojca

Nëse dyshoni se mund të vuani nga ÇSPT, përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme:		
A keni përjetuar ose dëshmuar për një ngjarje kërcënuese për jetën që ju shkaktoi frikë, pafuqi ose tmerr.	PO	JO
A keni ndërhyrë rreth ngjarjes në të paktën në njërën nga mënyrat e mëposhtme?		
A keni kujtime të përsëritura, shqetësuese ose ëndrra.	PO	JO
A ndjeni ose veproni sikur ngjarja po ndodhë përsëri (kthime prapa ose një ndjenjë e rijetimit të saj).	PO	JO
A keni shqetësim të fortë fizik dhe/ose emocional kur ekspozoheni ndaj gjërave që ju kujtojnë ngjarjen.	PO	JO
A i shmangni gjërat që ju kujtojnë ngjarjen në të paktën njërën nga mënyrat e mëposhtme?		
A i shmangeni mendimeve, ndjenjave ose bisedave në lidhje me të.	PO	JO
A i shmangeni aktiviteteve dhe vendeve ose personave që ju kujtojnë për të.	PO	JO
Që nga ngjarja, a keni mendime dhe disponim negativ lidhur me ngjarjen në të paktën 2 nga ngjarjet / mënyrat e mëposhtme?		
Zbrazja e një pjese të rëndësishme të saj /ngjarjes.	PO	JO
A keni bindje negative për veten, të tjerët dhe botën për shkakun ose pasojat e ngjarjes	PO	JO
A ndjeheni i shkëputur nga personat e tjerë	PO	JO
A ndjeni paaftësi për të ndier emocione pozitive	PO	JO
A keni gjendje të vazhdueshme emocionale.	PO	JO
Jeni të shqetësuar nga të paktën dy nga ngjarjet e mëposhtme?		
A keni problem me gjumë	PO	JO
A jeni të irituar/nervozuar ose shpërthime të zemërimit	PO	JO
A keni sjellje të pamatura ose vetëshkatëruese	PO	JO
A keni problem me përqendrim	PO	JO
A ndjeheni "në roje"	PO	JO
Një përgjigje befasuese e ekzagjeruar	PO	JO