

# HEROINA, KOKAINA DHE DROGAT SINTETIKE

**Elisardo Becoña Iglesias**

**Fernando L. Vázquez González**

---

Titulli i originalit: Heroína, cocaína y drogas de síntesis

Guías de intervención / Psicología clínica

---

Përshtati në shqip: Aida Myrto

Tiranë më 20 prill 2009

*Shpjegimet me (\*) janë shënime të përkthyesit.*

## Përmbajtja

Prezantim.....	7
----------------	---

### Kapitulli 1.

<b>Hyrje.....</b>	<b>9</b>
1.1 Koncepti i drogës dhe i varësisë së saj.....	9
1.2 Prirja e konsumit të drogave.....	10
1.3 Problematika e konsumit të drogave.....	14
1.3.1 <i>Heroina</i> .....	15
1.3.2 <i>Kokaina</i> .....	18
1.3.3 <i>Drogat sintetike*</i> .....	20
1.4 Përdorimi, abuzimi dhe varësia e drogave.....	22
1.5 Intoksikimi, sindroma e abstinencës** dhe koncepte të tjera, të lidhura me varësinë e drogave.....	25
1.6 Problemet dhe patologjitë që shoqërojnë konsumin e drogave.....	28
1.7 Llojet e përqsasjeve të varësisë nga droga.....	30
 Përmbledhje.....	 31
Paraqitja e tre rasteve klinike .....	32
Pyetje vetëvlerësimi.....	35

### Kapitulli 2.

<b>Etiologji</b> .....	37
2.1 Faza paraprake ose faza e prirjes.....	39
2.1.1 Prirja sociokulturore.....	39
2.1.2 Prirja biologjike.....	40
2.1.3 Prirja psikologjike: të mësuarit, personaliteti, dhe inteligjenca.....	41
2.2 Faza e njohjes.....	42
2.2.1 Ambienti, të mësuarit, shoqërizimi dhe pritshmëritë.....	43
2.3 Faza eksperimentale dhe fillimi i konsumimit.....	47
2.3.1 Faktorët e rrezikut dhe të mbrojtjes.....	47
2.3.2 Disponueshmëria e substancës.....	48
2.3.3 Lehtësia për t'a pasur ose aksesibiliteti dhe çmimi i substancës.....	49
2.3.4 Lloji i substancës dhe perceptimi i rrezikut të vet asaj.....	50
2.3.5 Besueshmëri, qëndrime, norma të interiorizimit*, vlera dhe qëllim.....	50
2.3.6 Gjëndja emocionale.....	51
2.3.7 Aftësitë përballuese.....	51
2.3.8 Të provosh / Të mos provosh substancat në dispozicion.....	51
2.4 Faza e konsolidimit: nga përdorimi te abuzimi dhe varësia.....	52
2.5 Faza e braktisjes ose e mirëmbajtjes.....	52
2.6 Faza e përtëritjes.....	53
Përmbledhje.....	53
Pyetje vetëvlerësimi.....	54

\* Proçesi me anë të të cilit prodhohen lëndë të ndryshme kimike nga bashkimi i elementëve ose i përbërësve të tyre më të thjeshtë.

\*\* Bashkësia e simptomave që shfaqin toksikodipendentët dhe të alkoolizuarit kur ndërpresin përdorimin e drogës ose alkoolit.

**Kapitulli 3.**

<b>Vlerësimi.....</b>	<b>55</b>
3.1. Aspekte kyçe.....	55
3.2. Instrumete vlerësues.....	56
3.2.1. <i>Intervista</i> .....	56
3.2.2. <i>Pyetësorë</i> .....	64
3.2.3. <i>Regjistri vetjak</i> .....	67
3.2.4. <i>Prova fiziologjike</i> .....	67
3.2.5. <i>Prova të tjera</i> .....	68
3.3 Diagnoza dhe diagnoza e diferencuar.....	69
3.3.1 <i>Heroina</i> .....	69
3.3.2 <i>Kokaina</i> .....	72
3.3.3 <i>Drogat sintetike</i> .....	75
3.4 Formulimi i çrregullimit.....	77
Përmbledhje.....	80
Paraqitje e formulimit klinik të tre rasteve.....	80
Pyetje vetëvlerësimi.....	83

---

\*Në psikoanalizë, procesi i integritit të Unit në një konflikt ndërpersonal.

**Kapitulli 4.**

<b>Trajtimi (I). Guidë për terapeutin.....</b>	<b>84</b>
4.1 Objektivat e mjekimit të varësisë nga droga.....	84
4.2 Varësia nga heroína.....	86
4.2.1 Lloje përfaqesish terapeutike.....	86
4.2.2 Objektivat.....	99
4.2.3. Teknikat e disa objektivave të trajtimit të varësisë nga qetësuesit.....	103
4.2.4 Rishikim kritik i programeve të ndërhyrjes.....	120
4.2.5 Problemet më të zakonshme.....	120
4.2.6 Paraqitje e rastit: trajtim dhe evoluim i rastit të varësisë nga heroína.....	121
4.3 Varësia nga kokaina.....	122
4.3.1 Objektivat.....	122
4.3.2 Teknikat më të zakonshme të mjekimit.....	125
4.3.3 Konsiderata për mjekimin farmacologjik.....	129
4.3.4 Rishikim kritik i programeve të ndërhyrjes.....	130
4.3.5 Efikasiteti i mjekimeve të ndryshme.....	132
4.3.6 Programi i ndërhyrjes.....	133
4.3.7 Problemet më të zakonshme.....	151
4.3.8 Paraqitje e rastit: trajtim dhe evoluimi i rastit të varësisë nga kokaina....	152
4.4. Varësia nga drogat sintetike ose të modës.....	154
4.4.1 Objektivat.....	154
4.4.2 Konsiderata për mjekimin farmacologjik.....	154
4.4.3 Rishikim kritik i programeve të ndërhyrjes.....	155
4.4.4 Rregulla për reduktimin e rrezikut të konsumit.....	155
4.4.5 Rregulla për prindërit.....	156
4.4.6 Programi ndërhyrjes.....	158
4.4.7 Paraqitje rasti, trajtimi dhe evoluimi i konsumuesve të drogave sintetike.	160
Përmbledhje.....	161
Pyetje vetëvlerësimi.....	162

**Kapitulli 5.**

<b>Trajtimi (II). Guidë për pacientin.....</b>	<b>163</b>
5.1 Shpjegim përmbledhës i problemit.....	163
5.2 Objektivat dhe teknikat në dispozicion.....	164
5.2.1 Njihu me sjelljen e tij.....	166
5.2.2 Ndryshimi është i mundur.....	166
5.2.3 Të gjithë problemet kanë zgjidhje.....	167
5.2.4 Kërkoni mbështetje.....	168
5.2.5 Forcohuni vazhdimisht.....	168
5.2.6 Përballojeni dhe luftojeni dekurajimin.....	171
5.2.7 Zbuloni sjellje të tjera.....	172
5.2.8 Nëse ndodh një rënie apo një përtëritje mund të ngjiteni.....	172
5.2.9 Nëse e shihni të nevojshme, shkoni te specialisti, në një qendër të varësisë së drogës ose në qendra të tjera që ofron komuniteti ku jetoni.....	173
5.2.10 Të jesh i lumtur është më e thjeshtë seç duket.....	173
Përmbledhje.....	173
Pyetje Vetëvlerësimi.....	174
Lexime të rekomanduara dhe bibliografi.....	176
Përgjigjet e sakta të pyetjeve.....	178

## Prezantim

Konsumimi i drogave është kthyer në një fenomen mjaft të rëndësishëm të ditëve të sotme. Tematika e këtij fenomeni shqetëson shumë njerëz; prindërit e adoleshentëve, personat që vuajnë nga varësia e drogave, si dhe personat që njohin përdorues të drogave ose vartës të saj. Llojet e drogave psikoaktive janë të shumta, duke përfshirë ato të ligjshme (duhani, alkooli), ato të paligjshme (heroina, kokaina, hashishi, drogat sintetike) etj., si dhe të gjitha ato që kanë qëllime kuruese. Me përdorimin e këtyre të fundit ndodh edhe që të abuzohet (për shembull me morfinën) sidomos nga njerëz që nuk iu është këshilluar t'a përdorin për të tilla qëllime. Nga të sipërpërmendurat ato që shkaktojnë vdekshmëri më të lartë janë drogat e ligjshme. Megjithatë shqetësimi më i madh që është kthyer dhe në një alarm social, janë drogat e jashtëligjshme dhe në veçanti heroina, e cila mban vendin e parë. Janë disa faktorë të përdorimit që i shkaktojnë individit një sërë problemesh, si personale ashtu edhe afektive, familjare, pune, ligjore, shëndetsore, sociale, etj. Si përshembull: mungesa e kontrollit ndaj substancës, organizimi i jetës në shërbim të saj, paratë që duhen për të blerë dozat e nevojshme, të cilat kushtojnë shumë kur përdorimi është i shpeshtë. Ky libër është i përqëndruar në tre nga substancat e sipërpërmendura, heroina, kokaina dhe drogat sintetike. Do të flasim për karakteristikat e tyre kryesore, do të shpjegohen teoritë mbi to, për shembull se si mund t'i dallojmë personat që kanë varësi prej tyre, dhe se si mund të çohet deri në fund trajtimi.

Qëllimi është që këto aspekte të vijnë te lexuesi, sa më praktikë. Pavarësisht nëse ky lexues është terapeut, profesor apo student, dëshirojmë që ky libër të jetë një

instrument i nevojshëm dhe lehtësisht i manovrueshëm prej tyre. Duhet të falenderojmë të gjithë njerëzit që kanë marrë pjesë në krijimin e këtij libri. Të gjithë ata që kanë kontrolluar pjesë të tij, që kanë dhënë sugjerime apo komente duke e bërë këtë libër më të kuptueshëm dhe më të thjeshtë. Disa prej këtyre personave janë: Edilberto Alvarez Soto dhe Maria del Carmen Lorenzo, psikologë klinikë, të cilët jo vetëm na kanë ndihmuar në të mëparshmin por edhe na kanë mundësuar disa nga rastet e pacientëve që prezantohen në këtë libër.

Pra, urojmë që ky libër të jetë një ndihmesë më shumë për njerëzit që kanë probleme varësie dhe që nuk duan, ose nuk dinë, të ndryshojnë. Kapitulli i fundit iu vjen në ndihmë atyre dhe personave që iu qëndrojnë pranë, se si të kërkojnë ndihmë dhe se si të bëjnë hapat e para për të përballuar këtë problem.



## I. Hyrje

### 1.1. Koncepti i drogës dhe i varësisë prej saj

Të gjithë dëgjojmë shpesh të flitet për drogat. Po ashtu të gjithë, në një moment apo një tjetër, kemi lexuar apo kemi dhënë opinionin tonë mbi to. Aktualisht është problemi i dytë mbas pushimit nga puna, që shqetëson shoqërinë tonë. Megjithatë, vitet e fundit është bërë një punë shumë e madhe edukative për drogat, e cila sëbashku me ndihmën terapeutike, paralajmëruese dhe atë për integrimin në shoqëri, kanë bërë të mundur që sot ky problem të shihet me një sy shumë më optimist se një apo dy dekada të shkuara.

Mirëpo, jashtë ambientit të specializuar, ekzistojnë ende një sërë idesh të gabuara mbi drogat. Disa ekzistojnë sepse dikujt i intereson që njerëzit të mos informohen, ndërsa disa të tjera sepse kemi të bëjmë me një problem mjaft kompleks dhe shpesh mjetet e komunikimit në vend që të japin informacionin e duhur, japin informacione të bujshme, të papërshtatshme ose jashtë kontekstit, për substancat e ndryshme apo konsumatorët e tyre.

Ndaj fillimisht duhet të përkufizojmë se çfarë kuptojmë me drogë. OMS-ja, cilëson si *drogë* çfarëdo substance që duke u futur në një organizëm të gjallë modifikon një ose më shumë funksione të tij. Ndërsa me *drogë abuzive* kuptojmë çfarëdo substancë, e marr në cilëndo formë të mundshme turbullon humorin, nivelin e perceptimit dhe funksionim cerebral. Sipas këtij përkufizimi merren parasysh drogat e ligjshme, si duhani apo alkooli, si dhe ato të paligjshmet: hashishi, heroina, kokaina, drogat sintetike, etj.

Aktualisht përdoret shumë shpesh togfjalëshi, varësi nga drogat. OMS-ja e përkufizoj këtë koncept në vitin 1982 si "sindromë e karakterizuar nga një skemë e të sjellurit, ku një nga prioritet kryesore është përdorimi i substancave të caktuara psikoaktive, e vendosur kjo përballë sjelljeve të tjera të cilat normalisht cilësohen si

më të rëndësishmet”. Edhe pse aktualisht nuk flitet teknikisht për drogat, por për varësi nga substanca psikoaktive specifike si pjesë e çrregullimeve që vijnë nga përdorimi i substancave psikoaktive. Termi i përgjithshëm i *çrregullimeve për shkak të përdorimit të substancave psikoaktive*, sipas DSM-IV, iu aplikohet të gjitha atyre substancave që pasi futen në organizëm prekin ose turbullojnë gjëndjen shpirtërore dhe sjelljen duke shkaktuar çrregullime të pashmangshme në fushën profesionale, personale, fizike dhe familjare, si dhe duke shkaktuar gjëndje tipike si intoksikimin, tolerimi, varësia dhe sindroma e abstinencës. Ekzistojnë disa lloje drogash të cilat grupohen në grupe të ndryshme. Për shembull Shuckit (1995) i grupon në depresues të SNC-së\* (për shembull alkooli), stimulues ose simpatomimetikë të SNC-së (për shembull kokaina), qetësues me bazë opiumi, ma bazë kanabis, me efekt aluçinacionesh, qetësues, droga që japin efekte të tjerë, etj. (tabela 1.1).

## 1.2. Prirja e konsumit të drogave

Treguesi i përdorimit të drogave është i lidhur ngushtë me moshën. Ndërkohë që popullsia shpesh e lidh përdorimin e drogave me heroinën, në fakt janë drogat e ligjshme të cilat kryesojnë në përdorim. Veçanërisht alkooli dhe duhani, të ndjekura me pak distancë nga hashishi. Ky fakt është i pasqyruar në të dhënat mbi konsumin në Spanjë, të cilat janë rezultat i një anketimi shtëpiak që u bë mbi konsumin e drogave në vitin 1997 nga Plani Kombëtar i Drogave, si dhe nga anketimi që u bë nëpër shkolla për konsumin e drogave në vitin 1996.

***Tabela 1.1. klasifikimi i drogave sipas Shuckit (1995)***

Klasa

Disa shembuj

Depresues të SNC-së	Alkool, hipnotikë, droga ansiolitike
Stimulues ose simpatomimetikë të SNC-së	Amfetamina, metilfenidat, të gjithë llojet e kokainës, produktet për të humbur peshë
Qetësues me bazë opiumi	Heroinë, morfinë, metadon dhe thuajse të gjithë ilaçet analgjike
Qetësues me bazë kanabis	Marihuanë, hashish
Qetësues me efekt alucinacionesh	Dietilaminë e acidit lisergjik (LSD), meskalinë, psilocibinë, ekstazi
Qetësues	Sprajë, ngjitësa, toluenë, bezinë, tretësa
Droga për të arritur efekte të tjerë	përmbajnë: atropin, eskopolaminë, stimulues të vegjël, antihistaminikë, analgjikë të vegjël
Të tjerë	Fenciclidinë (PCP)

Në anketimin e parë u vlerësua përdorimi i drogave në popullsinë e përgjithshme. Siç mund t'ia shihni në tabelën 1.2, diferenca midis drogave të ligjshme dhe të tjerave është i dukshëm. Këtu duhet të ndajmë në mënyrë të qartë pasojat individuale (për shembull, kanceri në mushkri i një duhanpirësi; ceroza hepatike te personat e varur nga alkooli) nga pasojat alarmante sociale si pasojë e përdorimit të drogave të paligjshme. Sidomos duhet veçuar përdorimi i heroinës, i cili është shoqërohet me sjellje kriminale gjatë kërkimit të parave që i duhen një përdoruesi për të blerë dozat e tij.

---

**\*sistemi nervor qëndror**

**Tabela 1.2. Përmbledhje e konsumit ditor, gjatë disa muajve të fundit të drogave të ndryshme tek popullsia nga 15 në 65 vjeç.**

Substanca	% e konsumit ditor	% e konsumit të muajit të fundit	% konsumit të vitit të
Duhan	32.9	40.7	45.0
Alkool	12.9	60.7	77,7
Kanabis	0.9	4.0	7.5
Ekstazi	0.2	1.0	
Inhalable	0.06	0.16	
Bazë, bazuk, crack	0.04	0.15	
Kokaina	0.8	1.53	
Amfetamina, speed	0.24	0.87	
Haluçinogjenë	0.23	0.89	
Heroina	0.15	0.23	
Qetësues të tjerë	0.08	0.13	

**Burimi: Plani Kombëtar i Drogave (1997)**

**Tabela 1.3 Nxënës nga mosha 14 deri në 18 vjeç që kanë konsumuar ndonjëherë gjatë jetës së tyre substanca të ndryshme, si dhe**

***gjatë 30 ditëve të fundit sëbashku me moshën mesatare që e kanë filluar***

Substanca	% e konsumit të 30 ditëve të fundit	% e atyre që e kanë konsumuar ndonjëherë	Mosha
Alkool	65.7	83.6	13.7
Duhan	29.2	34.6	13.3
Kanabis	15.7	26.0	15.0
Qetësues	2.2	5.9	13.8
Haluçinogjen	2.6	6.5	15.4
Ekstazi dhe të ngjashëm	2.2	5.1	14.9
Amfetamina	2.4	4.9	15.5
Substanca avulluese	1.2	3.3	13.1
Kokaina	1.5	3.2	15.7
Heroina	0.3	0.6	

Në anketimin e dytë, në të cilën u pyetën nxënës nga mosha 14 deri në 18 vjeç, u vu re një nivel i lartë konsumimi gjatë tridhjetë ditëve të fundit. Gjithashtu u vu re edhe një prirje shumë e madhe për të konsumuar droga (tabela 1.3). Siç ndodhte edhe me popullsinë në përgjithësi, janë drogat e ligjshme ato që kanë më shumë peshë. Janë këto droga të cilat konsumohen më shumë se të tjerat. Edhe pse në këtë grupmoshë përdorimi i kanabis është shumë i lartë.

Pra, siç mund t'a shihni, nga drogat ekzistuese janë drogat e ligjshme si alkooli dhe duhani ato që kanë nivel më të lartë epidemik.

Ndërsa nga drogat e paligjshme, më i përdoruri është *kanabis*. Megjithatë droga që i kushtohet më shumë vëmendje dhe që kryhen më shumë këshillime, është heroina. Gjatë viteve të fundit i është kushtuar shumë vëmendje edhe varësisë nga kokaina dhe

drogave sintetike, duke qënë se përdorimi i tyre është përhapur me një shpejtësi marramendëse.

### **1.3. Problematika e konsumit të drogave**

Konsumi i drogave në disa raste ka një prirje shumë të madhe. Por interesi për të nuk vjen vetëm nga kjo prirje e madhe por edhe nga problemet e mëdha që iu shkakton personave që e konsumojnë. Konsumi i drogave të ligjshme dhe atyre të paligjshme, është kthyer në një nga problemet kryesore të shëndetit publik për vëndet e zhvilluara. Konsumi i alkoolit, duhanit dhe i shumë drogave të tjera shkakton çdo vit më shumë të vdekur, më shumë sëmundje dhe humbje aftësie, më shumë aksidente koronarë dhe trafikun, më shumë sulme, etj., në krahasim me çdo shkak tjetër të paralajmëruar. Kostoja ekonomike e kësaj epidemie për çdo administratë është mjaft e lartë (edhe pse jepen shumë ndihma në formë taksash dhe kursime pensionesh për vitet e humbura të jetës), por më e rëndësishme është vdekshmëria që ndodh si pasojë e përdorimit të drogave. Nëse të dhënave të mësipërme do t'u bënim një analizë minimale dhe të ftohtë do të vinim re se problemi kryesor i varësisë nga drogat dhe i vdekshmërisë së lartë, është abuzimi me alkoolin si pasojë e problemeve personale, familjare, shëndetsore si dhe varësia nga nikotina që i bënë njerëzit të tymosin cigare.

Në Spanjë 7.6% e popullsisë është konsumuese abuzive e alkoolit (2 900 000 njerëz) dhe 4% janë të varur nga alkooli (1 600 000 njerëz). Për më tepër, duhani shkakton vdekjen e parakohshme të 46 000 njerëzve çdo vit. Është mëse e dukshme që kostoja ekonomike, personale dhe sociale, si pasojë e këtyre e drogave është e stërmadhe.

Por problemi social më i rëndësishëm i lidhur me varësinë nga drogat që vihet re nga popullsia, është përdorimi i heroinës.

Aktualisht në Spanjë janë 100 000 heroimanë që po trajtohen. Afërsisht gjysma e tyre trajtohen me metadon. Gjatë viteve të fundit është lënë mënjanë rritja e konsumit të kanabisit dhe po rritet shumë konsumi i substancave të reja, siç ndodhi me kokainën dhe siç po ndodh së fundi me drogat sintetike. Mosha mesatare e fillimit të konsumimit të drogave sintetike është midis moshës 19 dhe 20 vjeç.

Por ka edhe raste që e kanë filluar më herët. Përgjithësisht e lidhin konsumin e tyre me konsumin e alkoolit, kanabisit, kokainës dhe "për të ardhur në qejf". Vihet re se

përdoruesit meshkuj janë më të shumtë dhe se janë droga që konsumohen kryesisht nga të rinjtë.

Konsumi i heroinës është më i shpeshtë tek meshkujt. Mosha mesatare e fillimit të konsumimit është 20 vjeç. Konsumatorët e heroinës janë politoksikomanë: që do të thotë se përpara heroinës kanë përdorur ose kanë qënë të varur, nga shumë droga të tjera të ligjshme dhe të paligjshme. Vitet e fundit heroimanët nuk e marrin drogën më me shiringa por me mënyra të tjera (për shembull duke e tymosur). Në mënyrë që të shmangin rreziqet e sëmundjeve ngjitëse si HIV, hepatiti B, etj.

Një tjetër drogë që konsumohet kryesisht nga meshkujt është kokaina. Mosha mesatare e fillimit të konsumimit të kësaj substance është 21 vjeç. Prirja për ta konsumuar është më e madhe se ajo e heroinës. Deri para pak kohësh, shumë njerëz ishin të bindur që përdorimi i saj nuk përbënte rrezik. Përdorimi i saj është i lidhur me shijimin e jetës së natës, të festave dhe qëllimi është "të durosh" sa më shumë.

### *1.3.1. Heroina*

Heroina është një qetësues me bazë opiumi e cila u zbulua para një shekulli (përmbledhje 1.1). Deri para disa vjetësh merrej vetëm me anë të injeksioneve në venë; ndërsa sot kjo metodë përdoret vetëm në 23% të rasteve.

Mund të tymoset edhe me të dredhur ose të thithet me hundë. Konsumi i parë i heroinës shkakton marrje mëndsh, të vjella dhe pakënaqësi; përveç këtyre shqetësime karakteristike për herët e para janë edhe kënaqësia, euforia dhe ulja e ankthit. Nëse konsumi vazhdon, këto efekte kënaqësia vazhdojnë edhe për pak kohë.

Kjo fazë quhet ndryshe "faza e muajit të mjaltit". Në fazën pasardhëse konsumohet vetëm për tu ndjerë mirë dhe për të evituar sindromën e abstinencës.

#### PËRMBLEDHJE 1.1

---

##### Opiatikët:

Heroina është një qetësues që vjen nga opiumi (Papaver somniferum). Morfina është alkaloidi kryesor i opiumit dhe emri iu vu në nder të Morfeos, zotit të gjumit. Ka aftësi të shkëlqyera në lehtësimin e dhimbjeve dhe aktualisht është qetësuesi kryesor që përdoret për të sëmurët me kancer terminal. Është qetësuesi natyral më popullor.

“Morfinomanët” e parë ishin profesionistët e mjekësisë. Gjatë luftrave, shfaqja e shiringës dhe pushteti qetësues i morfinës, bën që ajo të përhapej shumë shpejtë. Kontrolli aktual i morfinës bën që ajo të mos jetë një drogë abuzive e rëndësishme, jashtë përdorimit terapeutikë për dhimbjen.

Heroina u zbulua në vitin 1874 nga kompania farmaceutike Bayer, nga doktori Heinrich Dresser. Kur filloj të komercializohet në fund të shekullit të XIX-të, u tha se ishte një substancë që nuk krijonte varësi, ishte e lehtë për tu përdorur dhe çuditërisht ishte e vetmja substancë me të cilën mund të kuroheshin me shpejtësi morfinomanët. Për më tepër, duke qënë se ishte derivat i opiumit ishte mjaft efikase për kurimin e kollës, vështirësisë e frymëmarrjes tek azmatikët dhe ata që vuanin nga turbekulozi. Përgjatë dhjetë viteve që u komercializua u përhap gjithandej, madje në Kinë zëvendësoj morfinën. Aktualisht është droga që shkakton më shumë probleme shëndetësore për shoqërinë dhe për të cilën është vënë alarmi social.

Një tjetër qetësues me bazë opiumi është *metadon*, në këtë rast ajo sintetike, e cila përdoret si zëvendësues i heroinës në shumë programe trajtimi. E njëjta gjë ndodh edhe me *Laam*, një tjetër qetësues me bazë opiumi i cili përdoret gjithashtu për trajtimin e heroimanëve.

Injeksioni në venë, fillimisht prodhon një ndjesi ekstaze mjaft të fortë (flesh) për rreth 5 deri në 15 minuta. Më pas shfaq një ndjesi më pak të fortë kënaqësie, euforie dhe të ndjeri mirë, e cila zgjat nga tre deri në gjashtë orë. Mbas saj, shfaqet një dëshirë e madhe për të marr më shumë drogë për të përftuar efektet e mëparshme. Duhet diferencuar heroina e bardhë nga ajo bojëkafë. E bardha mund tretet, pasi është kripë; bojëkafja është bazë, ndaj për ta injektuar duhet përzier me limon. E bardha është më e preferuar duke qënë se është ajo që dominon për shembull në qytete si Barcelona. Fakti që ekzistojnë disa lloje heroinash është i rëndësishëm vetëm për mënyrën e përdorimit (me injeksion ose me tymosje). Intoksikimi nga heroina ka disa simptoma mjaft karakteristike si për shembull një miozis\* shumë të fortë dhe efurori, apati, irritim dhe

---

**\*kontraktim i pupilës së syrit**

disfori, vonesë psikomotore, përgjumësi, të folur të shpejtë, reduktim i vëmendjes dhe degjenerim të aftësisë për të gjykuar.



Të tjera simptoma të lidhura me të janë bradikardia, hipertension, hipertermi, qetësim dhe në shumë raste edhe ngushtim të vazhdueshëm. Në rastet kur intoksikimi është shumë i fortë mund të kthehet në një mbidozë, e cila shpesh çon në vdekje.

Sindroma e abstinencës e heroinës shfaqet disa orë pasi individ duhet të kishte marrë dozën e tij. Përgjithësisht ndodh tetë orë mbas konsumimit të fundit. Abstinencia arrin pikën kulmore në krye të dy ose tre ditëve dhe zhduket në krye të shtatë ose dhjetë ditëve. Shenjat dhe simptomat më të rëndësishme, të cilat ngjasojnë me një grip të fortë, janë: piloereksioni, djersitje, lot, hapje goje dhe urinim i shpeshtë, të gjitha këto në fillim; më pas kemi diarre, dhimbje të përgjithshme të artikulimeve, rritje të frekuencës së frymëmarrjes, të vjella, zgjerim të pupilës dhe humbje të peshës.

Mbasi kanë kaluar 36 orë nga konsumimi i fundit, simptomat e abstinencës përkeqësohen duke shfaqur kontraktime të pakontrolluara muskulare, ethe, djersë të ftohta të alternuar me djersitje, shtim i pulsit kardiak dhe i presionit të gjakut, si dhe çrregullime të gjumit. Simptomat më të forta zgjasin 72 orë dhe zvogëlohen gradualisht gjatë 5 ose 10 ditëve pasardhëse.

Konsumi i rregullt i heroinës, provokon nivele të larta të tolerancës. Nuk është e vetmja substancë e konsumueshme që shkakton efekte psikoaktive. Në momentin që vendoset një mbizotërues i varësisë apo i abuzimit të qetësuesve me bazë opiumi, gjë që ndodh me një shpejtësi marramëndëse, kërkimi dhe gjetja e drogës bëhen qëllimi i vetëm i jetës së individit.

Studimet e realizuara me morfinomanë tregojnë një përmirësim të ndjeshëm të gjëndjes shpirtërore dhe një ndjesi kënaqësie falë përdorimit të saj. Duke qënë se është një qetësues efikas, është edhe një depresues i fortë i zonës së frymëmarrjes dhe i kollës. Gjithashtu shkakton një ngushtim të fortë dhe miozisin karakteristike, pra kontraktimin pupilar. Heroina ka efekte të ngjashëm me morfinën por me një dozë dhjetë herë më të vogël. Të dyja substancat janë mjaft adiktive; shfaqin menjëherë tolerancë dhe varësi. Disa studiues pohojnë se me një dozë të thjeshtë morfine mund të shkaktohet varësi dhe në disa raste, në rrethana të caktuara, edhe varësi psikologjike. Edhe pse për këtë të fundit mundësia thelbësore është marrja vetjake.

Shpeshtia e sëmundjeve infektive (si turbekulozi, hepatiti B, SIDA) bën që vdekshmëria të jetë e lartë. Shumë vdekje ndodhin për shkak të mbidozës, e cila shkakton depresion

të frymëmarrjes. Shpesh herë mbidoza ndodh për shkak të hedhjes në treg të një heroine shumë më të pastër se e zakonshmeja.

Fallsifikatorët më të zakonshëm të heroinës janë pudra dhe almidoni, edhe pse ka të tjerë që janë të rrezikshëm për shëndetin.

Vitet e fundit i është dhënë shumë rëndësi dhe preparatit që njihet me emrin *speedball*, i cili është një përzierje me heroinë dhe kokainë, pasi të dyja janë të tretshme. Ky preparat është shumë i rrezikshëm pasi të dyja kanë efekt sinergjik dhe ulin aftësinë e funksionimit të aparati frymëmarrës.

### 1.3.2. Kokaina

Kokaina mund të merret duke përthypur gjethet e saj, duke thithur ose injektuar pluhurin e klorhidratit të kokainës, duke tymosur *crack*-un ose siç e përmendëm më sipër duke e përzier me heroinë (*speedball*) (përmbledhja 1.2). Në ditët e sotme më i komercializuari është klorhidrati i kokainës dhe është pikërisht ai që quhet kokainë.

Metoda më e shpejtë e absorbimit të kokainës është tymosja duke qënë se nëpërmjet mushkrive arrin në tru për disa sekonda.

Kemi dy lloje konsumimi të kokainës: episodik dhe kronik, i përditshëm dhe thujse i përditshëm. Në rastin e parë, konsumohet gjatë fundjavave, gjatë festave, kur jemi përballë një situatë të tensionuar, etj.

Ndonjëherë kemi të bëjmë me konsum sporadik por dozat janë të larta. Kur kjo ndodh, zbritja është më e vështirë dhe shpesh herë shkaktohet një sindromë abstinence që zgjat disa ditë.

### PËRMBLEDHJE 1.2

---

Çfarë është kokaina?

Kokaina nxirret nga bima e kokës\* (*Erythroxylum coca*). Mund të përdoret si gjethë e kokës, pra e papërpunuar, si alkaloid i kokainës ose si nënprodukt i *crack*.

---

**\*bimës së kokainës**

Kokaina vet është klorhidrati i kokainës; *crak*-u, ka si bazë kokën të amalgamuar me bikarbonat sodik. Në të gjithë Amerikën e Jugut konsumimi i kokës duke përtypur gjethet e saj është shumë i lashtë. Ajo ka disa veçori si për shembull nuk lejon të ndjesh lodhje, eliminon urinë, nuk ndjen ftohtë, aftësia qetësuese, të cilat bën që përdorimi i saj të ishte mëse i domosdoshëm në zonat ku uria jetonte, jeton, në mijëra metra lartësi mbi nivelin e detit.

Pushtuesit spanjoll i përdorën gjerësisht gjethet e kokës për të ruajtur kontrollin mbi indianët: i paguanin me gjethe dhe kështu i bënë të punonin më shumë dhe të hanin më pak. Konsumi i saj u bë aq i rëndësishëm sa që u vendos edhe një njësi matëse e distancës që i duhej një indiani për të përtypur një toptë gjethesh nga një pikë në tjetrën.

Në mes të shekullit të XIX-të, Nieman dhe Wolter e izoluan alkaloidin e kokainës. Fillimisht u përdor për trajtimin e morfinomanëve me rezultate shkatërrues. Duke shtuar edhe studimet mbi kokainën që bëri Zigmund Frojd, të publikuara në vitin 1885, ku thuhet se po të përdorej në mënyrë të moderuar "nuk e dëmtonte trupin". Dështimi i trajtimit të mikut të tij Fleischl pati një ndikim të ndjeshëm.

Në fillimet e shekullit të XX u përhap një epidemi kokaine në Europë, e cila filloi që prej Mbledhjes mbi Opiumin në vitin 1925. Gjatë viteve të fundit po ndodh një përhapje masive e kësaj substance. Shumë prej konsumatorëve të saj, janë të bindur që nuk ka ndonjë efekt të rëndë në shëndetin e tyre ndërkohë që e vërteta është krejt ndryshe.

Një nga derivatet më të fundit të kokainës është *crack*-u. Konsumohet duke u tymosur. Emri i tij e ka prejardhjen nga zhurma që bëjnë kristalet e tij kur thyhen. Kjo lloj kokaine është e njohur ndryshe edhe si "kokaina e të varfërve" pasi është shumë më e lirë se kokaina.

Konsumi kronik kryhet çdo ditë, ose thajse çdo ditë, me doza të moderuara ose me doza të larta. Mund të kryhet përgjatë ditës ose gjatë disa orëve të caktuara. Me kalimin e kohës fillon të shfaqet fenomeni i tolerancës, pra organizmi kërkon shtimin e dozës. Në një moment të caktuar droga nuk prodhon më ndjesi kënaqësie ose janë shumë të pakta, por individi vazhdon ta përdor për të evituar sindromën e abstinencës.

Efektet kryesore të kokainës janë euforia, paqëndrueshmëria emocionale, madhështi, hiperçrregullimi, ngacmim psikomotor, përgjumësi, anoreksi, hiperseksualitet, tendecë

për të qënë i/e dhunshëm dhe degjenerim të aftësisë së gjykitimit. Siç ndodh edhe me droga të tjera, ai që konsumon kokainë konsumon edhe droga të tjera. Mund të jetë abuzues alkooli, hipnotikësh ose ansiolitikësh, me qëllim që të lehtësoj efektet negative të intoksikimit nga kokaina. Disa nga efektet e shkaktuara nga abstinencia e kokainës janë depresioni, irritimi, anhedonia\*, mungesa e energjisë dhe izolimi social.

Siç ndodh edhe me *kanabisin*, mund të këtë mungesë të funksionimit seksual, ideim paranoid, çekuilibrim të vëmendjes dhe probleme me kujtesën.

Kur ndërpritet konsumimi i kokainës ndodh një *crash* (sindroma e abstinencës) shumë i fortë, i cili pasohet nga disforia, nga dhimbje gastrointestinale dhe ndjesi të tjera të pakëndshme si nevojë për t'u kthyer në shtëpinë ku janë rritur, depresion, çrregullim të gjumit, hiperpërgjumësi dhe hiperalgjezi. Studime të ndryshme kanë treguar se ka një lidhje midis çrregullimeve afektive dhe abuzimit të kokainës. Ndaj në shumicën e rasteve përdoret për të përmirësuar gjëndjen shpirtërore depressive.

Kjo është mëse e qartë kur mbas sindromës së abstinencës shfaqet depresioni, i cili fillimisht mund të ngatërrohet me një nga siptomat e sindromës. Ky fakt përmendet shpesh për të mbështetur hipotezën e vetëmjekimit. Simptomat e abstinencës nuk lënë asnjë pasojë fiziologjike edhe pse simptomat si disforia, mungesa e energjisë, anhedonia, mund të zgjasin rreth dhjetë javë. E gjitha kjo thjeshton përtëritjen pasi një konsumues rifillon përdorimin për të ndjerë sërish efektet euforikë që prodhon kokaina.

Kokaina prodhon një shkallë të lartë varësie psikologjike, pak varësi fizike, siç kanë treguar dhe eksperimentet tek kafshët.

Kështu që nëse do të ndërpritej menjëherë përdorimi i kokainës çrregullimet fiziologjike nuk do të ishin aq të rëndë sa ndërprerja e substancave të tjera.

### *1.3.3. Drogat sintetike*

Këto substanca, njësoj si kokaina, ushtrojnë një efekt stimulant në sistemin nervor qëndror. Efektet e tyre kryesore janë përmirësimi i gjëndjes shpirtërore, zvogëlim të ndjesisë së lodhjes dhe i oreksit (përmbledhja 1.3). Në momentin që përfundojnë efektet fillestare stimulante, dalin në pah depresioni dhe lodhja.

---

**\*Paaftësi për të ndjerë kënaqësi nga gjërat që normalisht duhet të të falin kënaqësi.**

Ndërprerja e menjëhershme e konsumimit provokon shfaqjen e shenjave të kundërta nga intoksikimi: mbytje, gjumë i tepreruar, oreks i madh dhe i shoqëruar me ankth, depresion.

### PËRMBLEDHJE 1.3

---

Çfarë janë drogat sintetike ose të modës?

Përmbliidhen në përkufizimin droga sintetike një sërë substancash psikoaktive të sintetizuara kimikisht në mënyrë ligjore, me një strukturë kimike të ngjashme me atë të disa ilaçeve që janë, ose që kanë qënë, të përdorura për terapi.

Ju përkasin disa grupeve farmacologjikësh, edhe pse nga drogat sintetike veçohen ato amfitemike. Më e zakonshme dhe më e përdorura është ekstazi (MDMA) e cila u sintetizua në vitin 1912 në Gjermani si anoreksigjen.

Këto droga mund të krijohen lehtësisht në një laborator duke u nisur nga metanfetamina dhe substanca të tjera. Pra mundësitë e prodhimit të saj janë të shumta pa pasur nevojë për substanca natyrale apo produkte kimike të sofistikuara, por duke përdorur substanca që blihen lehtësisht dhe që kombinohen me metanfetaminën.

Mund të kenë një fuqi shumë të madhe dhe për më tepër, zënë shumë pak vend pasi disa prej produkteve janë të koncentruar.

Disa nga personat me varësi nga anfetaminat e kanë filluar konsumim e tyre me qëllim që të ndërpresin ushqimin, pra të kontrollojnë peshën. Konsumi i anfetaminave tek përdoruesit e tyre mund të jetë kronik ose episodik, ditor ose thujse ditor. Në rastin e parë ka një konsumim episodik i ndjekur nga disa ditë pa konsumim (për shembull vetëm gjatë fundjavave). Ndërsa në të dytin, konsumi mund të jetë i lartë ose i ulët, por ndodh çdo ditë ose thujse çdo ditë. Personi ndërpret përdorimin në momentin që ndihet fizikisht i sfilitur, ose kur nuk mund të gjej anfetamina të tjera.

Kur doza e anfetaminave është e lartë, sindroma e abstinencës zgjat disa ditë. Konsumatorët e anfetaminave përdorin edhe substanca të tjera për të evituar efektet negative të intoksikimit, si alkoolin, qetësuesit, hipnotikët ose ansiolitikët.

Disa prej efekteve më të rëndësishme të anfetaminave në sjellje janë: depresioni, irritimi, anhedonia, mungesa e energjisë, izolim social dhe në disa raste, mosfunksionim

social, ideim paranoid, çrregullime të vëmendjes dhe probleme me kujtesën. Ka raste që gjatë intoksikimit mund të shfaqen edhe sjellje agresive.

#### **1.4. Përdorimi, abuzimi dhe varësia e drogave**

Me *përdorim* të një droge, kuptojmë konsumimin e një drogë që nuk lë pasoja negative te individit. Ky lloj konsumi është më i zakonshmi, pra kur droga përdoret në mënyrë sporadike. *Abuzimi* fillon kur përdorimi i shpeshtë i drogës lë pasoja negative. *Varësia* shfaqet kur përdorimi i një substance bëhet i tepruar dhe si pasojë shfaqen efekte negative domethënëse brenda një afati kohor. Mund të ketë edhe një përdorim të vazhdueshëm, pa ndërprerje, ose një përdorim me doza të larta vetëm gjatë fundjavës.

Me varësi, e quajtur edhe *sindroma e varësisë* sipas CIE-10-ës, kuptojmë: një bashkësi manifestimesh fiziologjike, të sjelluri, njohje, në të cilën konsumi i drogës kthehet në prioritetin e vetëm madje bëhet edhe më i rëndësishëm se çdo lloj sjellje që në të kaluarën ka pasur peshën më të madhe. Manifestimi karakteristik i varësisë është dëshira për të konsumuar substanca psikoaktive, të ligjishme ose jo, edhe kur janë me recetë nga mjeku.

Kjo dëshirë, ndonjëherë paksa e fortë ndërsa herë të tjera është e papërmbajtshme. Përtëritja e përdorimit të substancave mbas një kohe abstinencë shkakton te individit që ka pasur varësi më shumë shqetësime se te ai që nuk ka varësi.

Sipas CIE-10-ës, për të dhënë diagnozën, varësi nga një drogë, duhen marrë parasysh:

- a) nevoja e dukshme e marrjes së substancës gjatë kohës që individit mundohet ta lërë;
- b) dëshira për të ndërprerë konsumimin;
- c) kur zakoni i përdorimit të drogave është relativisht i përsëritur;
- d) shfaqje e fenomenit të neuropërshtatjes si tolerancë ose si varësi;
- e) nëse ka një konsum të drogave me qëllimin për të lehtësuar ose shmangur sindromën e abstinencës;
- f) mbizotërim i kërkimit të drogës në raport me prioritetet e tjera të rëndësishme të jetës;
- g) shfaqje e shpejtë e varësisë mbas një periudhe abstinence.

Kriteret e CIE-10-ës, tregojnë ekzistencën e varësisë fizike, psikologjike dhe sociale të një individit por jo si elementë të veçantë por si plotësues të njëri-tjetrit. Pra, kemi

faktorët fizikë (tolerancë, neuropërshtatje dhe abstinencë), psikologjik (të mësuarit dhe karakteristikat personale) dhe social (grupi që i rrethon, kultura e grupit, dhe ambienti që i rrethon).

Njësoj si klasifikimet e CIE dhe ato të OMS-së apo të autorëve të tjerë të rëndësishëm, gjithmonë e kanë diferencuar varësinë fizike nga ajo psikike. Dy aspektet kryesorë të varësisë fizike janë toleranca dhe sindroma e abstinencës. CIE-10 e përkufizon *varësinë fizike* si faza e përshtatjes që manifestohet me shfaqjen e çrregullimeve të forta fizike, në momentin që ndërpritet konsumi i drogës ose kur në konsumin e saj ndërhyt një antagonist specifik. Këto çrregullime, pra të sindromës së abstinencës, përbëhen nga një sërë simptomash dhe shenjash me karakter psikik dhe fizik përkatësisht për çdo drogë. Me *varësi psikike ose psikologjike* kuptojmë situatën që prodhohet nga një ndjesi kënaqësi dhe një impuls psikik i cilë kërkon konsumim të rregullt ose të vazhdueshëm të drogës në mënyrë që të shfaqet ndjesia e kënaqësisë ose të që të shmanget të ndjerit keq.

Një tjetër koncept i rëndësishëm është ai i *adiktivit potencial nga një drogë*, me të cilin kuptojmë aftësinë e një substance për të prodhuar varësi tek ata që e përdorin. Për shembull po tu referohemi drogave ligjore, duhani ka një shkallë të lartë adiktive, pasi ai që e tymos nuk mund të kontrollojë konsumimin e as nuk mund të tymos në mënyrë të moderuar, përveç disa rasteve të veçanta. Nga ana tjetër kemi konsumuesit e alkoolit të cilët janë konsumues social, të cilët mund ta kontrollojnë pa problem konsumimin dhe të mos pijnë për ditë ose javë të tëra.

Kriteret e DSM-IV për varësinë dhe abuzimin e substancave tregohen në tabelat 1.4 dhe 1.5.

#### **Tabela 1.4. Kriteret e varësisë së substancave sipas DSM-IV**

Një mbizotërues i papërshtatshëm i konsumit të substancës që përbën një shturje ose një ndjesi të të ndjerit keq, kur këto të fundit janë klinikisht të rëndësishme, të shprehura në tre (ose më shumë) pikat e mëposhtme gjatë një periudhe të vazhdueshme prej 12 muajsh.

1. Toleranca, e cila përkufizohet në dy pikat e mëposhtme:
  - a) Nevojë për të marrë një sasi çdo herë e në rritje të substancës për të arritur intoksikimin ose efektin e dëshiruar.

- b) Efekti i po të njëjtave substanca që zvogëlohet dukshëm mbas një përdorimi të vazhdueshëm.
2. Abstenenca, e cila përkufizohet në dy pikat e mëposhtme:
- a) Sindroma e abstinencës, karakteristikë për substancën (kriteri A dhe B i kriterëve të diagnostikuara për abstinencën e substancave specifike).
- b) Konsumohet e njëjta substancë (ose një e ngjashme me të) për të lehtësuar ose për të shmangur simptomat e abstinencës.
3. Substanca konsumohet shpesh dhe në sasi të mëdha ose për një kohë më të gjatë nga ajo e paramenduara.
4. Ekziston një dëshirë e vazhdueshme ose sforcime të kota, për të kontrolluar ose ndërprerë konsumimin e substancës.
5. Shpenzohet shumë kohë me aktivitete që kanë lidhje me gjetjen e substancës (për shembull duke vizituar mjekë të ndryshëm ose duke përshkruar distanca shumë të gjata), me konsumimin e substancës (për shembull dozë mbas doze) dhe me rikuperimin nga pasojat e substancës.
6. Reduktim i aktiviteteve të rëndësishme sociale, pune ose kreativiteti, për shkak të konsumimit të substancës.
7. Konsumimi i substancës vazhdon edhe pse pasojat krijojnë probleme psikologjike ose fizike të vazhdueshme ose jo, të cilët mesa duket shkaktohen nga konsumimi i substancës (për shembull, kokaina konsumohet edhe pse dihet që shkakton depresion, ose vazhdon konsumimin e alkoolit edhe pse e di që i shkatërron ulçerën.)

Kodifikimi i kursit të varësisë: 0 tregues i hershëm i plotë; 0 tregues i hershëm i pjesshëm; 0 tregues i mbështetur i plotë; 0 tregues i mbështetur i pjesshëm; 2 në terapi me agonistë; 1 në vendndodhje të kontrolluar; 4 i lehtë/i moderuar/i rëndë/ ose specifiko nëse:

- Me varësi fiziologjike: shënja të tolerancës ose të abstinencës (për shembull nëse plotësohet ndonjëra nga pikat 1 ose 2).
- Pa varësi fiziologjike: nuk ka shenja tolerance ose abstinence (për shembull nëse nuk plotësohen pikat 1 dhe 2).



**Tabela 1.5. Kritere për abuzimin e substancave sipas DSM-IV**

- A. Një mbizotërues i papërshtatshëm i konsumit të substancës që përbën një degjenerim ose një ndjesi të të ndjerit keq, kur këto të fundit janë klinikisht të rëndësishme, të shprehura në një nga (ose më shumë) pikat e mëposhtme gjatë një periudhe të vazhdueshme prej 12 muajsh.
1. Konsum i përsëritur i substancave që të bën të lësh pas dore detyrimet e punës, të shkollës ose të shtëpisë (për shembull mungesa të përsëritura ose rendiment i ulët, për shkak të substancës; mungesa, pezullime ose përjashtime nga shkolla për shkak të substancës; neglizhencë ndaj fëmijëve ose ndaj detyrimeve të shtëpisë).
  2. Konsum i përsëritur i substancës në kushte të rrezikshme fizike (për shembull ti japësh makinës ose të vësh në punë një makineri nën efektin e substancës).
  3. Probleme të vazhdueshme ligjore për shkak të substancës (për shembull, arrestimet për sjellje skandaloze për shkak të substancës).
  4. Konsum i vazhdueshëm i substancës pavarësisht problemeve të vazhdueshme e të përsëritur sociale, apo probleme ndërpersonale të shkaktuara, ose të rënduara, nga përdorimi i substancës (për shembull sherre me bashkëshorten si pasoja të intoksikimit ose dhunë fizike)
- B. Simptomat nuk i kanë përmbushur kurrë kriteret e varësisë të substancës së kasaj kategorie.

### **1.5. Intoksikimi, sindroma e abstinencës dhe koncepte të tjera, të lidhura me varësinë e drogave**

Sëbashku me konceptet e varësisë dhe abuzimit të substancave ka edhe koncepte të tjera, mjaft të rëndësishëm, në fushën e varësisë nga droga. Dy nga më të rëndësishmet janë *intoksikimi* dhe *sindroma e abstinencës*.

*Intoksikimi* është një gjëndje tranzitore që vjen pas asimilimit të substancave psikotrope ose të alkoolit , gjatë së cilës ndodhin alteracione të nivelit të koshiencës, të konjksionit, të perceptimit, të gjëndjes afektive, të të sjellurit ose të funksioneve dhe përgjigjeve të tjera fiziologjike dhe psikologjike. Kriteret e diagnostikimit sipas DSM-IV për intoksikimin

e substancave do ti shtjellojmë në kapitullin 3. Simptomat shkojnë përtej vetë intoksikimit fizik.

Pasi me këtë të fundit, shkaktohen çrregullime të perceptimit, të vigjilencës, të vëmendjes, të mendimit, të aftësisë së gjykimit, të kontrollit emocional dhe të sjelljes psikomotorre.

Një nga efektet më të padëshiruara të konsumit të drogave është *sindroma e abstinencës*.

E cila ndodh kur personi manifeston një gjëndje abuzive të varësisë nga substanca dhe ndërpret në mënyrë të menjëhershme konsumimin e saj ose dozat pasardhëse nuk janë të mjaftueshme.

Përforcimi negativ është ai që (i cili ndodh kur personi merr dozën e nevojshme për ta evituar dhe lehtësohet) e shtyn individin drejt kërkimit të drogës. Personi e kërkon drogën me këmbëngulje dhe me kalimin e kohës, gjetja e dozave pasardhëse kthehet në qëllimin më të rëndësishëm të jetës së tij.

Në rastin e qetësuesve me bazë opiumi, do të diferencojmë sindromën e abstinencës akute, sindromën e abstinencës së vonuar dhe sindromën e abstinencës së kushtëzuar. *Sindroma e abstinencës akute* është një tërësi simptomash dhe shenjash organike dhe psiqike të cilat shfaqen menjëherë mbas ndërprerjes së konsumit të qetësuesve me bazë opiumi, prej të cilave është i varur personi. Sindroma e abstinencës tek personat që konsumojnë qetësues me bazë opiumi është spektakolare, por paksa e rrezikshme. Ndryshe nga simptomat e abstinencave të tjera akute, si për shembull ajo e alkoolit dhe ajo e barbiturikut; kanë impakt më të vogël por janë shumë më të rrezikshme dhe mund ta çojnë personin drejt vdekjes.

*Sindroma e abstinencës së vonuar* shfaqet nga katër deri në dymbëdhjetë ditë mbas sindromës së abstinencës akute. Karakterizohet nga një tërësi mos funksionimesh të sistemit nervor neurovegjetativ dhe të funksioneve themelore psiqike, të cilat zgjasin për një periudhë të gjatë kohe, muaj ose vite, mbas arritjes së abstinencës.

*Sindroma e abstinencës së kushtëzuar* përbën shfaqjen e simptomatologjisë tipike të një sindrome abstinence akute, tek një individ që nuk merr më drogë, në momentin që ai ekspozohet ndaj stimuleve ambientale që përfaqësojnë momentin kur ai ishte i varur

ndaj substancës. Pra krijohet procesi i të mësuarit pavllorian. Individu përjeton periudha me shumë ankth dhe frikë në momentin që jeton sërisht situatën që e çoj te abstinenca. Rreziku se mund ta filloj sërisht drogën rritet dhe qëllimi është shmangia e këtyre efekteve negative që ndodhin në organizmin e tij, pa arsye të dukshme. Kjo sindromë njihet gjerësisht me emrin *flash-back*.

Toleranca, mënyra e marrjes dhe politoksikomania janë koncepte kyçe, kur bëhet fjalë për adiksione.

*Toleranca* është faza e përshtatjes që karakterizohet nga rënia e reagimit ndaj të njëjtës sasi droge ose nevojë për një dozë më të lartë, për të provokuar një efekt farmakodinamik me të njëjtën shkallë. Procesi i metabolizmit të drogës kufizon zgjatjen e efektit të saj. Ekspozimi interaktiv bën që droga të metabolizohet më shpejtë ndërsa intensiteti i efektit të dëshiruar të zvogëlohet në mënyrë të konsiderueshme. Për të pasur të njëjtin efekt të mëparshëm duhet shtuar doza dhe frekuenca e përdorimit të saj.

Njihen disa lloje tolerancash. *Toleranca e kryqëzuar*, e cila është fenomeni që shfaqet te përdoruesi i një droge të vetme por që krijon tolerance edhe ndaj drogave të tjera, të ngjashme me atë që përdor ose ndonjëherë edhe të ndryshme. Për shembull heroina provokon tolerancë të kryqëzuar me morfinë dhe anasjelltas, dhe në një shkallë më të ulët, konsumi intens i pijeve alkoolike shkakton tolerancë të kryqëzuar me ilaçet e tipit barbiturik. Toleranca është mjaft e lidhur me varësinë, kështu që ekziston edhe fenomeni i *varësisë së kryqëzuar*, që ka të bëjë me aftësinë e një droge për të shtypur sindromën e abstinencës të prodhuar nga një drogë tjetër. Për shembull, metadoni mund të shtyp sindromën e abstinencës së krijuar nga heroina, nga qetësuesit dhe nga alkooli. Faktikisht, shumica e metodave të intoksikimit bazohen në fenomenin e varësisë së kryqëzuar.

Drogat mund të merren nëpërmjet gjashtë *rrugëve*: orale, duke e kapërdirë, duke e përthypur ose duke e mbajtur poshtë gjuhës; pulmonare, duke e thithur me gojë ose duke e tymosur; me hundë (duke e thithur); intravenoze, intramuskulare ose nënëkurë; dhe rektale. Rruga pulmonare është ajo që lejon një kalim më të shpejtë në tru. Për shumicën e substancave psikoaktive duhen më pak se dhjetë sekonda. Megjithatë, doza dhe shpeshtia janë ato që luajnë një rol shumë të rëndësishëm për kalimin nga *përdorimi te abuzimi* dhe më pas të *varësia*.

Sipas mënyrës së marrjes dhe llojit të drogës, varen pak a shumë pasojat fizike dhe psikologjike. Rruga më problematike është ajo intravenoze, veçanërisht në rastin e heroinës.

Së fundi, kemi të bëjmë me *politoksikomani*, *poliadiksion* ose *përdorim të substancave të shumëllojshme*, kur personi ka si diagnozë kryesore varësinë nga një drogë por që shfaq në të njëjtën kohë varësi edhe nga një ose nga disa të tjera.

Për shembull konsumatori i heroinës që konsumon kokainë, kur i mungon e para konsumon të dytën, ose konsumatori i kokainës që pi shpesh alkool ose ansiolitikë për të mposhtur ankthin. Edhe konsumatorët e heroinës ose të *kanabisit*, janë të prirur të konsumojnë qetësues, hipnotikë, ansiolitikë, etj. Aktualisht ky është një fenomen i shpeshtë, sidomos kur konsumi kryesor është heroina. Personi mund të përdor edhe substanca të tjera psikoaktive, në rastet kur nuk e gjen dot heroinën në një moment të caktuar ose për të mposhtur efektet e sindromës së abstinencës dhe në disa raste për të luftuar efektet e asaj vetë.

### **1.6. Problemet dhe patologjitë që shoqërojnë konsumin e drogave**

Drogat mund të klasifikohen sipas disa kriterëve, për shembull në bazë të origjinës (natyrale, sintetike, gjysëmsintetike), në bazë të strukturës kimike, në bazo të veprimit farmacologjik, në bazë të ndikimit sociokultural (ligjore-joligjore, të institucionalizuara ose jo, të forta ose të dobëta, më shumë të rrezikshme ose më pak të rrezikshme) ose në bazë të personit duke përdorur në këtë rast klasifikimet klinike. Pa asnjë dyshim, klasifikimi i drogave varet nga konteksti.

DSM-IV, rendit 11 lloje substancash: alkoolin; anfetaminat ose simpatikomimetikët me të njëjtin efekt; *kanabisin*; haluçinogjenët; inhalantët; qetësues me bazë opiumin; feniciklidë (PCP) ose arilcikloheksilaminë që kanë të njëjtin efekt; dhe qetësues hipnotikë ose ansiolitikë. Edhe nikotina merret parasysht por brënda kategorisë së çrregullimeve nga konsumi i nikotinës merret në konsideratë vetëm varësia nga nikotina (nuk ekziston diagnoza e abuzimit me nikotinë).

Konsumi i substancave psikoaktive mund të prodhojë një sërë efektesh dhe çrregullimesh të tipit fizik ose mendor.

DSM-IV rendit si çrregullime klinike të drogës këto efekte: abuzim, varësi, intoksikim, sindromë e abstinencës (me dhe pa *delirium*), çrregullim psikotik, sindroma e amnezisë, çrregullim i gjëndjes shpirtërore, çrregullim seksual, çrregullim të gjumit, çrregullime perceptive apo të tjera.

Për disa substanca, si për shembull heroina, pasojat fizike janë mëse të qarta, sidomos kur injektohet me shiringa të përdorura. Në këtë rast personi ekspozohet ndaj hepatitit, tuberkulozit dhe HIV-it ose SIDES.

Në tabelën 1.6 paraqiten çrregullimet mendore që shkaktohen nga substancat dhe në tabelën 1.7, paraqitet problematika që shoqëron konsumimin e heroinës. Problemet mjeksore dhe ligjore që rrjedhin nga konsumi i heroinës kanë provokuar një alarm të madh social. Kjo gjë ka ndihmuar mjaft edhe në krijimin një rrjeti të fortë trajtimi. Aktualisht, shumica e njerëzve që janë të varur nga heroina janë duke u trajtuar, edhe pse jo gjithmonë arrihen rezultate të kënaqshme. Madje kjo nuk ka ndihmuar as në një zvogëlim të ndjeshëm të problematikës të këtij konsumi.

**Tabela 1.6. Çrregullimet mendore të shkaktuara nga substancat, sipas DSM-IV**

---

- *Delirium* i shkaktuar nga substancat.
  - Demencë të vazhdueshme si pasojë e substancave.
  - Çrregullim amnezik të vazhdueshëm për shkak të substancave.
  - Çrregullim psikotik për shkak të substancave.
  - Çrregullim të gjëndjes shpirtërore për shkak të substancave.
  - Çrregullim i ankthit për shkak të substancave.
  - Çrregullim seksual për shkak të substancave.
  - Çrregullim i gjumit për shkak të substancave.
  - Çrregullim perceptiv i vazhdueshëm i shkaktuar nga haluçinogjenët (*flash back*).
-

---

### **Tabela 1.7. Problematika që shoqëron konsumimin e heroinës**

---

- Psikopatologji e shkaktuar dhe e ndikuar nga konsumi i heroinës:
    - Çrregullime për shkak të përdorimit të qetësuesve me bazë opiumi: abuzim dhe varësi.
    - Çrregullime për shkak të qetësuesve me bazë opiumi: intoksikim dhe abstinencë.
    - Çrregullime të tjera për shkak të qetësuesve me bazë opiumi.
  - Çrregullime psikotike.
  - Çrregullime të gjëndjes shpirtërore.
  - Çrregullime seksuale.
  - Çrregullime të gjumit.
    - Çrregullimi dual
  - Problemet mjekësore që shoqërojnë konsumimin e heroinës.
  - Problemet ligjore që shoqërojnë konsumimin e heroinës.
- 

### **1.7. Llojet e përqasjeve të varësisë nga droga**

Në fushën e varësisë nga droga, ekzistojnë tre lloje përqasjesh të përgjithshme: parandalimi, trajtimi dhe riintegrimi social.

Parandalimi është mjaft thelbësor për të ndaluar njerëzit të fillojnë konsumimin e drogës ose për ata që e kanë filluar, t'u vihet në ndihmë që ta lënë përpara se të bëhen adiktivë. Ata që tashmë janë të tillë duhet të ndjekin trajtimin për të ndërprerë adiksionin dhe kur ta kenë arritur, të evitohet përtëritja.

Por të gjitha këto masa nuk do të shërbenin shumë nëse nuk do të punohej për të sensibilizuar njerëzit që të mos fillojnë përdorimin. Qëllimi është që të paktën të ruhet i njëjti nivel, ose edhe të zbresë paksa, i personave që krijojnë varësi nga substanca të ndryshme si duhani, alkooli, heroina, kokaina, marihuana, drogat sintetike, etj.

Parandalimi është thelbësor për të evituar që konsumi i drogave të kthehet në një problem social i përmasave të mëdha.

Parandalimi është i orientuar kryesisht drejt të rinjve, drejt parandalimit të drogave të ligjshme, si duhani dhe alkooli dhe në disa raste edhe i hashishit apo drogave sintetike. Pretendohet që të arrihet parandalimi, fillimisht i të provuarit të drogave dhe më pas ai i konsumimit të rregullt të këtyre substancave, ose që rritet mosha e fillimit të përdorimit dhe më pas ajo e konsumit të rregullt, abuzimit dhe varësisë. Pra, ideja është që të parandalohet konsumi i këtyre llojeve të drogave, duke e penguar përdorimin e tyre ose duke vonuar fillimin e tyre. Në këtë mënyrë do të evitoheshin jo vetëm problemet e rënda fizike, psikologjike dhe sociale që shkaktojnë drogat e ligjshme, por edhe që konsumuesit të kalojnë te drogat e rrezikshme, ato të paligjshme siç është padyshim heroina. E gjithë kjo njihet si *fenomeni i ngjitjes*, pasi shumica e përdoruesve të drogave të ligjshme përfundojnë tek përdorimi i drogave të paligjshme.

Për të realizuar një program të mirë parandalues duhet filluar nga faktorët e rrezikut dhe të mbrojtjes për një sërë substancash. Aktualisht kemi në dispozicion programet e duhura të parandalimit edhe pse prioritet vazhdon të mbetet trajtimi.

Trajtimi në këtë fushë është zhvilluar shumë, pasi fenomeni i varësisë nga drogat vitet e fundit është kthyer në një alarm të madh social. Përgjatë kapitujve të ardhshëm do të njiheni me disa prej tyre përsa i përket heroinës, kokainës dhe drogave sintetike.

Si përfundim, riintegrimi social është një hap thelbësor për personin. Në momentin që ka superuar problemin e tij të adiksionit mund të riintegrohet me të drejta të plota në sistemin social, si në punë ashtu edhe në të gjitha aktivitetet e tjera. Ky është një aspekt i domosdoshëm për të përfunduar procesin e ndryshimit.

## PERMBLEDHJE

---

- Drogë abuzive quhet çdo substancë, e marr në cilëndo rrugë të mundshme, e cila çekuilibron gjëndjen shpirtërore, perceptimin dhe nivelin e funksionimit cerebral.
- Termi i përgjithshëm *çrregullime si pasojë e përdorimit të substancave psikoaktive*, sipas DSM-IV, aplikohet për të gjitha ato substanca që në momentin që futen në organizëm dëmtojnë ose çekuilibrojnë gjëndjen shpirtërore dhe të sjellurin.
- Gjithashtu i shkaktojnë konsumuesit çrregullime paaftësishe në jetën e tij personale, sociale, fizike, familjare dhe në punë. Simptomat karakteristike të kësaj gjëndje janë intoksikimi, toleranca, varësia dhe sindroma e abstinencës.

- Drogat mund të merren nëpërmjet gjashtë *rrugëve*: orale, duke e kapërdirë, duke e përtypur ose duke e mbajtur poshtë gjuhës; pulmonare, duke e thithur me gojë ose duke e tymosur; me hundë (duke e thithur); intravenoze, intramuskulare ose nënlëkurë; dhe rektale.
  - Heroina është një derivat i morfinës, qetësuesit kryesor me bazë opiumi që përdoret si drogë abuzive. Efektet e saj janë të ngjashme me ato të morfinës, vetëm se për të pasur të njëjtat efekte mjafton një dozë heroine dhjetë herë më e vogël.
  - Kokaina është një prej stimulantët më të fuqishëm natyralë të sistemit nervor qendror. Ajo prodhon një varësi shumë të lartë psikologjike. Nëse do të merrej në doza të larta, për shumë kohë mund të provokoj çekuilibre të rënda psiqike.
  - Drogat e modës, janë ato që krijohen në laborator duke u nisur nga droga të tjera, veçanërisht nga anfetaminat. Më e zakonshme është "ekstazi". Disa prej tyre mund të shkaktojnë haluçinacione.
- 

### Paraqitje e tre rasteve klinike

Në përmbledhjet 1.4, 1.5, 1.6 prezantohen, respektivisht, tre raste personash me varësi: nga heroina, kokaina dhe rasti i një konsumuesi të drogave sintetike.

### PËRMBLEDHJE 1.4

---

Rasti i një personi me varësisë nga heroina

Daniela, është 25 vjeç dhe erdhi për trajtim nga fundi i viti 1995 e shoqëruar nga nëna e saj. Arsyeja që e ka sjellë për konsultë është se situata e saj ka prekur fundin dhe se duhet gjetur një zgjidhje urgjentisht. E vetmja alternative që asaj i shkon ndërmend do të ishte vetëvrasja. Punon në një shtëpi publike për të blerë dozat e saj dhe jeton më vete.

Ajo është vajza e madhe dhe ka një motër 19 vjeç dhe një vëlla 14 vjeç, të cilët shkojnë në shkollë. Prindërit e saj u ndanë kur ajo ishte vetëm 11 vjeç. Nëna e saj punon si punëtore shtëpie. Ka kryer studime për formim profesional por nuk i përfundojë. Shtëpinë e nënës së saj e braktisi kur mbushi 18 vjeç.

Fillimisht tymoste cigare me hashash dhe konsumonte alkool kur ishte vetëm 13 vjeç. Pra, pak kohë mbasi babai i saj i kishte braktisur. Kur ishte 16 vjeç nëna e çoi në



psikiatri. Gjatë asaj moshe pinte alkool në mëngjes dhe herë pas here dehej. Nga mosha 16 deri në 18 nuk tymoste më cigare me hashish e as nuk pinte alkool më shumë seç duhej. Mbasi mbushi 18 vjeç filloj të konsumonte sërisht dhe në moshën 19 vjeçare filloj të thithte heroinë. Në moshën 20 vjeçare shkojë në qendër sociale, ku edhe u çintoksikua por filloj të konsumonte sërisht brënda pak kohe. Në moshën 21 vjeçare ngeli shtatzënë. U kthye sërisht në qendër rehabilitimi, në të cilën ndenji pak kohë, pasi e braktisi në momentin që abortoi. Vazhdoj të konsumonte heroinë pasi njohu një djalë konsumues, që sapo kishte dalë nga burgu. Sëbashku organizonin grabitje me armë derisa ajo u arrestua dhe qëndroj në burg për dy vjet. Më pas filloi sërisht konsumimin dhe paratë i siguronte nga puna që bënte në një klub amerikan.

Në momentin që u paraqit për trajtim merrte dy gramë heroine sëbashku me kokainë që prej katër muajve. Për më tepër, konsumonte alkool rregullisht dhe tymoste cigare çdo ditë. Në momentin që shkoj për trajtim kishte pezull një sërë procesesh penale për vjedhje dhe tentativë vrasjeje. Në njërin prej të cilëve dënimi i kërkuar ishte tetë vjet burg. E gjitha kjo i bënte shumë presion psikologjik pasi mendonte se me siguri do ti duhej të vuante një dënim shumë të gjatë në burg.

## PËRMBLEDHJE 1.5

---

Rasti i një personi me varësi nga kokaina

Huan është 26 vjeç, dhe është konsumues i rregullt i kokainës. Ai shkon në konsultë sepse ndihet keq, vuan nga një ankth i përhershëm dhe mendon se janë problemet e rëndësishme të jetës së tij që po e shkatërrojnë, madje është i bindur se ata janë shkaktuar nga një konsum i tepruar i kokainës dhe se i çekuilibrojnë gjëndjen emocionale.

Nuk punon që prej dy muajve; ka braktisur punën që kishte në administratën e një ndërmarrje qysh prej katër vitesh, për t'u përmirësuar, pasi nuk duronte dot më. Duke qënë se kokaina i kushton shtrenjtë, lekët po i mbarojnë.

Ka filluar të shprehë disa nga problemet e tij, si për shembull që ka frikë se mos i ndalon zemra, se mos humbet kontrollin fizik ose emocional, si dhe një ankth i madh se mos i ndodh ndonjë gjë dhe në ato momente të gjëndet vetëm dhe të vdesë. Vuan nga

pagjumësia. Me raste ndihet i trishtuar, veçanërisht kur nuk mund të konsumoj kokainë në sasinë që do të dëshironte. Sportin e ka lënë (dikur luante futboll).

Konsumimin e alkoolit e ka filluar qysh në moshë të vogël. Gjithnjë është konsideruar si i turpshëm. Kjo ishte arsyeja që në adoleshencë, kur ishte 16 vjeç, filloi të tymoste hashish dhe shumë shpejt kaloi te kokaina. Duke shpresuar në këtë mënyrë që të dukej sa më i shpenguar sidomos kur e përzierte kokainën me birra. Një herë pati një incident të rëndësishëm me kokainën. Për disa ditë me radhë mori një sasi të madhe dhe qysh atëherë është i bindur se do ti ndodh diçka e keqe, për më tepër nuk është i zoti ta lërë.

E gjitha kjo në disa raste i shkakton një ankth të tmerrshëm. Këto simptoma e kanë shoqëruar gjatë gjashtë viteve të fundit. Madje mendonte se do të zhdukeshin mbasi të linte punën por gjëndja vazhdon të jetë e njëjtë. Miqtë me të cilët del konsumojnë kokainë dhe substanca të tjera dhe kjo gjë i kall datën.

Është djalë i vetëm dhe jeton me prindërit e tij. Babai i tij, sipas atij vetë, merr shumë ilaçe për nervat dhe është i sëmurë. Ai ka marrë raport të përhershëm qysh në moshën 50 vjeçare. Mamaja e tij ka një dyqan rrobash dhe është ajo që me punën e saj e ka mbajtur gjithnjë familjen.

Ka filluar të dal me një vajzë që prej tre muajve, por jeta e tij e çrregulltë i shkakton probleme me të. Ajo e kritikon se shpenzon shumë kohë me miqtë e tij dhe se ka zbuluar që si ai edhe miqtë janë konsumuesë abuzivë të drogave.

Në mometin që erdhi në konsultë u diagnostikua me varësi nga kokaina si edhe me çrregullime të përgjithshme ankthi, makthi dhe gjumi.

## PËRMBLEDHJE 1.6

---

Rasti i një personi konsumues i drogave sintetike

Hose, 18 vjeç, vjen për trajtim sëbashku me nënën e tij, e cila ka zbuluar se ai merr drogë dhe është shumë e shqetësuar. Për më tepër, ai kthehet në shtëpi për herë e më shpesh i dehur sidomos gjatë fundjavave. Jeton me nënën dhe motrën e tij 16 vjeçare, ka edhe dy vëllezër të tjerë 22 dhe 26 vjeç të cilët jetojnë me shtëpi më vete. Prindërit e tij janë ndarë para pesë vjetësh. Babai ju jep pension mujor ndërsa nëna punon në një qëndër tregtare. Studion në vitin e dytë të shkollës së mesme si përsëritës. Duke qënë

se ka shumë kohë të lirë shumicën e saj e kalon duke u dëfryer ose duke punuar sporadikisht dhe nga rroga që merr 480 € - 600 € i mbetet goxha për të shpenzuar gjatë muajit. Vetëm për drogën harxhon 150 € deri 180 €.

I ka provuar të gjitha llojet e substancave, si alkooli, duhani, cigaret me hashash, gjatë moshës 12 deri në 14 vjeç, LSD, qetësues haluçinogjenë, kokainë dhe ekstazi. Këto dy substancat e fundit janë ato që përdor më shumë këto kohët e fundit. Gjatë një ditë normale, kur del konsumon dy ose tre kokrra, dehet shpesh, konsumon disa herë në javë kokainë dhe ekstazi kur del gjatë fundjavës.

Fundjavën e fundit, gjatë së cilës dolën të premtën dhe të shtunën, u dehën të dyja ditët dhe po të njëjtën gjë kishin bërë edhe fundjavën e mëparshme. Ndërsa gjatë javës edhe pse pi, nuk dehet. Për të, si me alkoolin ashtu edhe drogat e tjera ia arrin të dëfrehet më shumë dhe t'ia kaloj më mirë. Drogat ia përmirësojnë mbrëmjet e tij ndjeshëm, madje edhe të tjerët i duken më të këndshëm.

Nuk pranon se ka probleme, thjesht konsumon atë që konsumojnë edhe të tjerët. Pohon se e ka plotësisht nën kontroll atë që konsumon dhe që i njeh shumë mirë kufijtë. Konsumimi i drogave e bën të kënaqet më shumë me miqtë e tij, me të dashurën dhe me njerëzit e tjerë me të cilët del. Dehja i bën të kënaqen më shumë, vetëm kaq.

Pyetje vetëvlerësimi

1. Substanca adiktive që shkakton vdekshmëri më të lartë është:
  - a) Alkooli.
  - b) Duhani.
  - c) Heroina.
  - d) Kokaina.
  - e) Haluçinogjenë.
  
2. Droga e paligjshme më e konsumuar në Spanjë është:
  - a) LSD.
  - b) Ekstazi.
  - c) *Kanabis*.
  - d) Kokaina.
  - e) Heroina.

3. Qetësuesi kryesor me bazë opiumi i përdorur si drogë abuzive është:
  - a) Morfina.
  - b) Heroina.
  - c) Metadona.
  - d) Kodeina.
  - e) Meperidina.
  
4. Mënyra e marrjes së drogës që e lejon atë të arrij më shpejtë në tru është:
  - a) Orale.
  - b) Me hundë.
  - c) Intravenoze.
  - d) Rektale.
  - e) Pulmonare.
  
5. Fenomeni gjatë të cilit morfina ka një efekt qetësues më të vogël te individët që kanë treguar tolerancë ndaj heroinës, njihet me emrin:
  - a) Tolerancë e kryqëzuar.
  - b) Tolerancë e reduktuar.
  - c) Tolerancë akute.
  - d) Tolerancë e kushtëzuar.
  - e) Tolerancë e të sjellurit.

## II. Etiologji

Janë shpalosur një sërë teorish që shpjegojnë konsumin e drogave. Teoritë më të rëndësishme, që janë rreth tridhjetë, janë publikuar në një përmbledhje (Becoña 1999). Të gjitha janë mbështetur fillimisht vetëm në një aspekt ose në disa aspekte jo thelbësore, të konsumit të substancave psikoaktive. Përgjatë viteve të fundit autorët kanë qënë të prirur të mbrojnë ide dhe marka konceptuale, të cilat në dukje janë janë mjaft komplekse, për të dhënë të gjithë informacionin që ekziston mbi këtë problematikë.

Kjo përmbledhje është bërë në mënyrë të tillë që i gjithë informacioni që gjendet aty, është i bazuar në eksperiencë më aktuale. Objektivi i këtij modeli është që të jetë i *kuptueshëm*, duke ndjekur një perspektiv *skematike*. Ndaj, merren parasysh të gjitha etapat nëpër të cilat kalon një person që njeh, që krijon kontakt dhe që konsumon një substancë. Pikërisht kjo të detyron të përfshih një perspektivë evoluese, si për evoluimin e personit, në të gjitha fazat e tij të mundshme, ashtu edhe në të gjitha fazat e konsumimit. Këto të fundit kanë të bëjnë me evoluimin fizik, psikologjik, afektiv dhe social të personit në fjalë.

Më poshtë do të gjeni modelin e fazave që përfshihen, të cilat janë: faza paraprake ose ajo e prirjes; e njohjes; të eksperimentimit dhe të fillimit të konsumimit; të konsolidimit (abuzim dhe varësi); dhe ajo e braktisjes së substancës ose e mirëmbajtjes dhe/ose e përtëritjes (fig2.1).

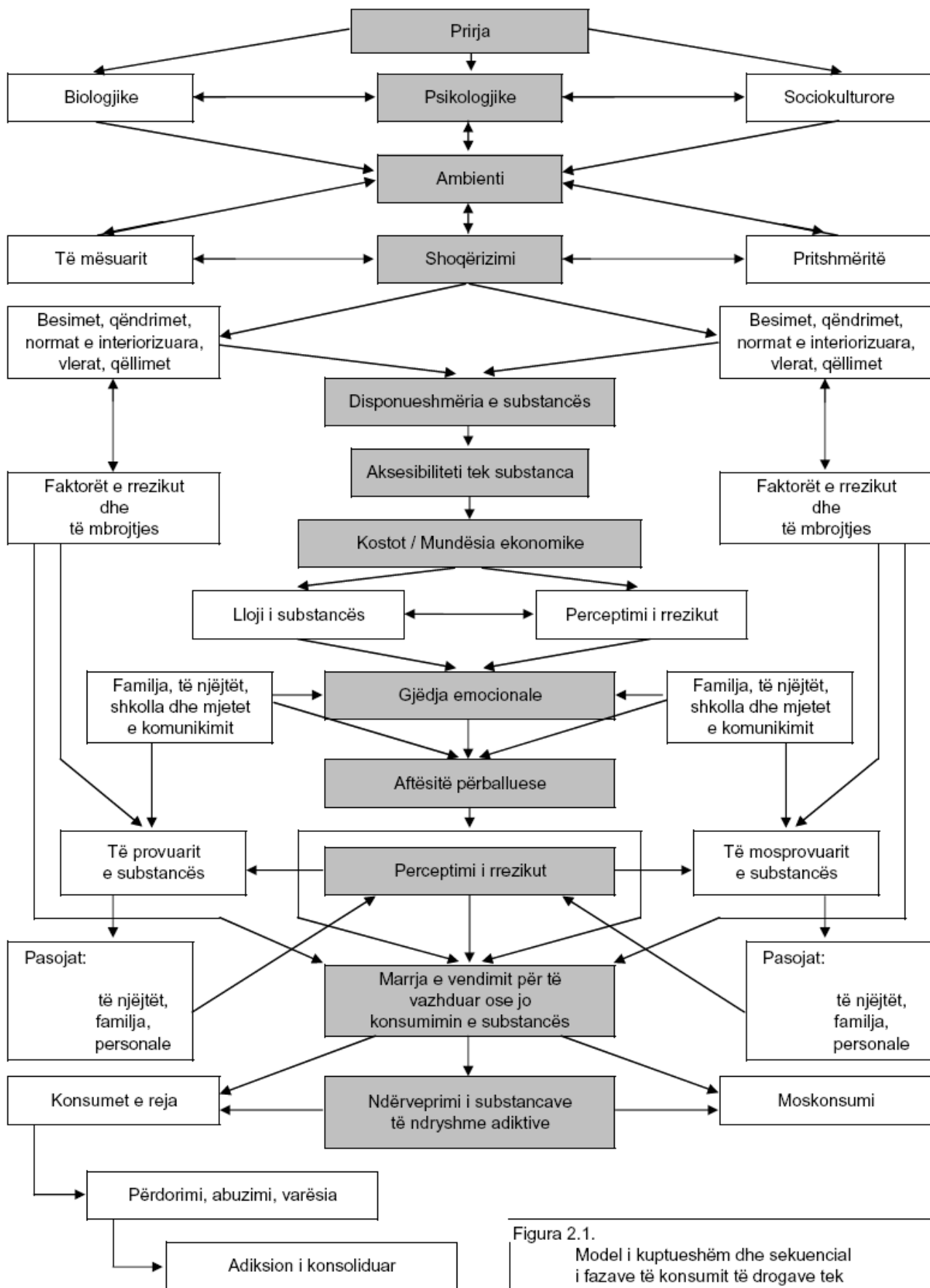


Figura 2.1. Model i kuptueshëm dhe sekuencial i fazave të konsumit të drogave tek adoleshentët (Becoña 1999)

## 2.1. Faza paraprake ose faza e prirjes

Fakti është që sot ekzistojnë shumë faktorë të cilët shtojnë ose zvogëlojnë mundësinë e konsumimit të drogave. Këta faktorë njihen me emrin *faktorët që ndikojnë në prirje*. Ata janë prezentë në momentin që personi arrin të konsumoj ose jo dhe quhen faktorë paraprakë pasi në shumë raste paraprijnë sjelljen adiktive. Mund të jenë prezentë që në momentin e lindjes së personit ose gjatë viteve të para të jetës së tij. Faktorët që ndikojnë në prirje mund të jenë biologjikë psikologjikë ose siciokulturorë.

### 2.1.1. Prirja sociokulturore

Struktura e botës në të cilën jetojmë është e ndarë në grupe sociale. Brënda grupit social gjendet individi me besimin, pritshmëritë dhe sjelljet e tij, të cilat janë modeluar nga historia paraprake që e ka çuar individin në krijimin e kulturës së tij specifike falë marrëdhënies, në kohë, dypalëshe të individit me ambientin e tij. Pra, elementi kulturor është shumë i rëndësishëm për të kuptuar një fenomen të tillë si varësia nga drogat. Përtej elementëve kulturor gjenden sistemet e prodhimit të sistemit të tij social dhe të jetës së tij sociale, të kohës së lirë, etj. Ndaj, çdo gjë që ka lidhje me tregtimin, me shkëmbimin e produkteve, prodhimi, shitja, reklama, etj., i përkasin pikërisht kësaj hallke. Gjithashtu përfshihet: ku e kalohet koha e lirë, me kë, etj. Të gjitha këto kanë mjaft rëndësi për mirëqënien psikologjike dhe sociale të individëve. Nëse individi përshtatet me botën që e rrethon atëherë edhe bota do të përshtatet me të dhe kjo përshtatje mund ta çoj ose jo drejt konsumit të drogave (për shembull, nuk do kishte kuptim nëse dhëndri nuk do të pinte një puro në dasmës e tij, apo të mos ngresh doli me shampanjë në një ngjarje të rëndësishme). Në rast se nuk do të merrej parasysh aspekti sociokulturor do të ishte vërtetë shumë e vështirë dhe do të duheshin dekada, pasi duhen bërë shumë ndryshime, legjislativë, duhen bërë ndryshime te drejtuesit e komunitetit (kur mund të bëhen dhe mundësisht personat e prekur drejtëpërdrejtë të mos bëjnë rezistencë), më pas ndryshime në sferën ekonomike dhe së fundi, a do ti pranoj populli të cilin do duhet të drejtojnë.

Kjo është një nga masat më efikase paralajmëruese, kur vihet në jetë, por në të njëjtën kohë është edhe më e vështira për tu aplikuar.

Gjatë viteve të fundit, nëpërmjet tregtisë, shoqëritë janë përballur me substanca që më parë nuk i njihnin. Duke qënë se karakterizohen nga vulnerabiliteti, disa shoqëri kanë përshtatur forma të përdorimit të drogës që do e bënin atë të sigurtë dhe të dëshiruar, por në fakt nuk ndodh kështu. Megjithatë nuk janë vetëm format e reja të drogave ato që janë përhapur në të gjithë botën, por janë bërë të njohura edhe një sërë mënyrash të reja të marrjes së drogës, për ta bërë këtë të fundit sa më të thjeshtë, të shpejtë dhe të sigurtë. Kështu që, tymosja, thithja me hundë, thithja me gojë ose të marrit nga rekto i substancave, bën që efekti i tyre të jetë shumë më i shpejtë se sa po të kapërdiheshin apo ta piheshin. Për më tepër një pjesë shumë e rëndësishme e ekonomisë së shumë zonave varet nga tregtia.

Për shembull për Brazilin është e rëndësishme kafeja, për Karolinën e veriut dhe atë të Jugut është duhani, për Skocinë në Mbretërinë e Bashkuar dhe për shtetin e Kentucky në Shtetet e Bashkuara është *whiskey*, më pas vjen trekëndëshi i artë aziatik i opiumit, India me çajin sëbashku me krahinat e kokainës dhe disa shtete amerikanoveriorë për *kanabisin*. Ndërsa më afër nesh, mund të përmendim Francën, Italinë dhe Spanjën për verën.

Pra për të gjitha këto duhen marrë masa, në mënyrë që të evitohet dështimi. I cili do të ishte i pashmangshëm nëse nuk do të kishte një njohje të mirë sociokulturore dhe një njohje të substancave më të përdorshme në kulturën ose grupin shoqëror në fjalë, evoluimi i tij historik, masat që janë marrë, suksesi apo dështimi që kanë pasur dhe marrëdhënia midis besimeve, vlerave kulturore dhe drogave. Duhet pasur parasysh se nëse përdorimi i drogave është kthyer në një "ritual", dhe kjo ka ndodhur pasi ai është pjesë e kulturës dhe jo një element zvatës i saj. Fatkeqësisht, në shoqërinë aktuale është kaluar nga një përdorim ritual i disa substancave, të normatizuara dhe të kontrolluara nga shoqëria për dekada me rradhë, në një përdorim abuziv, të pakontrolluar, me qëllim që të plotësohen nevojat e reja të një shoqërie kaq komplekse si kjo e sotmja.

### 2.1.2. Prirja biologjike

Disa studime kanë vërtetuar ekzistencën e disa elementëve të prirjes biologjike, tek disa substanca. Kur kjo ndodh, dhe është më shumë e zakonshme se sa e jashtëzakonshme, prirja mund të ketë një origjinë gjenetike.

Shpjegimi i prirjes me bazë gjenetike, prek vetëm një pjesë shumë të vogël të personave që vuajnë problemin e adiksionit. Kjo është shumë e rëndësishme që të sqarohet, pasi shpesh pretendohet që të reduktohet një fenomen kaq kompleks si varësia e drogave, duke e shpjeguar me prirjen biologjike. Por, ajo shpjegon vetëm një pjesë shumë të vogël të këtij fenomeni.

Rëndësia e gjetjes së një substrakti biologjik dhe e modeleve neurokimikë për drogat e ndryshme qëndron në faktin që, nëse gjenden do të mund të përdoren ilaçe për të bllokuar efektin e këtyre substancave në tru.

Prirja ose vulnerabiliteti biologjik është studiuar gjerësisht në rastin e alkoolit dhe më pak tek drogat e tjera. Studimet me kafshët e mbështesin ekzistencën e një vulnerabiliteti gjenetik, si për alkoolin ashtu edhe për drogat e tjera. Por pavarësisht kësaj, ambienti mbetet përcaktuesi kryesor i ekspozimit ndaj drogave dhe kjo shfaqet më shumë tek njerëzit se sa tek kafshët.



Tabela 2.1. Rezultatet e studimeve të adoptimit, ku analizohen faktorët gjenetikë dhe ata mjedisorë.

- Studimet tregojnë se parashikimi i abuzimit ose i varësisë së drogave ka lidhje me:
  1. Probleme me alkoolin të njërit prej prindërve biologjikë.
  2. Kur familjarët biologjikë kanë probleme antisociale kjo do ti paraprijë një personaliteti antisocial dhe kjo e fundit është gjithashtu e lidhur me abuzimin e drogave.
  3. Efekti mjedis ndikon njësoj si te një baba adoptiv që ka probleme me alkoolin ose me sjelljen e tij antisociale, ndarjes ose divorcit, ashtu edhe me fëmijët adoptivë, të cilët janë të paraprirë për të pasur probleme me abuzimin e drogave.
- Efektet mjedisore janë të pavarur nga efektet gjenetikë.
- Përsa i përket atyre gjenetikë janë propozuar të poshtëshënuarit:
  1. Një efekt i drejtëpërdrejtë, i prindërve biologjikë të alkoolizuar tek fëmijët e tyre.
  2. Një efekt jo i drejtëpërdrejtë antisocial i prindërve biologjikë tek pasardhësit, të cilët janë antisocialë dhe kjo i çon drejt përdorimit dhe abuzimit të substancave të ndryshme.
  3. Faktori mjedis tek një familje adoptive me çrregullime të ndryshme.

Sipas disa studimeve të bëra me familje të ndryshme u vunë re përqindje të larta të përdorimit të drogave dhe të qetësuesve me bazë opiumi. Edhe studimet me binjakë kanë dhënë të njëjtat rezultate. Megjithatë, faktorët mjedisorë shpjegojnë shumë më shumë se ata gjenetikë. Në tabelën 2.1 paraqiten rezultatet e studimeve të ndryshme të adoptimit për temën në fjalë.

### 2.1.3. Prirja psikologjike: të mësuarit, personaliteti, dhe inteligjenca

Përsa i përket prirjes psikologjike, ose elementëve psikologjikë që do ndikojnë në veprimet e ardhshme të personit, tre janë elementët kryesorë që mund të ndryshojnë në saj të sjelljes së personit: të mësuarit, personaliteti dhe inteligjenca. Nëse mungon të mësuarit, nuk ekziston sjellja dhe për qënien njerëzore, nuk ka as jetë. Njeriu do vdiste nëse nuk do të mundej të vinte në punë cilësitë minimale të të mësuarit, qoftë edhe ato më të thjeshtat, të pakushtëzuarat ose biologjiket. Prej tyre nis prodhimi, gjithmonë duke u nisur nga funksioni biologjik i individit, i proceseve të ndryshme të të mësuarit në fushën motorike, i të folurit, i kujtesës, i aftësive, etj. Nëpërmjet tyre zhvillohet njeriu, personaliteti i tij, por një rol të rëndësishëm luajnë edhe inteligjenca, ose aftësia për të mësuar nga eksperiencia, të mësuarit në sensin abstrakt dhe lirshmëria e duhur në ambientin e tij.

Sot, mendohet se shpjegimi I faktorëve jo farmacologjikë është të sjellurit, pasi të dhënat fillestare që mund të gjenden i përkasin sjelljes. Ndërsa variablët e pavarur që përcaktojnë abuzimin, qofshin këta kimikë, ekonomikë, social apo historikë, bëjnë që të vihet re sjellja ndaj drogës. Në këtë të fundit përfshihen, fillimet e përdorimit të drogës, kërkimi për të të gjetur drogë, vazhdimësia e përdorimit, ndërprerja e përdorimit dhe përtëritja. Ky shpjegim i unifikuar mund të arrihet nëpërmjet principeve të të mësuarit.

Nga ana tjetër, genotipi dhe ambienti ndikojnë tek personaliteti i personit dhe tek sjellja e tij që nga lindja. Megjithatë, tre janë variablët që ndërveprojnë përgjatë jetës. Edhe pse komponenti gjenetik pothuajse nuk ndryshon, ambienti dhe personaliteti variojnë, madje mund të ndryshohen dhe të manipulohen.

Kjo, pasi kemi një farë aftësie për të zgjedhur një ambient apo një tjetër (për shembull, nëse duam të ndryshojmë qytet ose shtëpi). Është pikërisht kjo ndryshueshmëri që shpjegon, për shembull ndryshimet midis dy vëllezërve apo edhe dy binjakëve. Në këtë mënyrë vërtetojmë se komponenti gjenetik ka një rëndësi relative në zhvillimin e personalitetit. Megjithatë kjo nuk do të thotë se nuk duhet studiuar sëbashku me komponentët e tjerë.

Personaliteti është mënyra karakteristike dhe mëse e zakonshme, se si një person sillet, ndjen dhe mendon. Njohja e personit është e rëndësishme për të kuptuar se si është njeriu në mënyrë që të mund të interpretohet sjellja e tij apo edhe të parashikohet. Por personaliteti ndikohet edhe nga situata dhe variablët e sipërpërmendur.

Pra, duhen marrë parasysh edhe inteligjenca, ose aftësia për të mësuar nga eksperiencia, të menduarit në sensin abstrakt dhe funksionimi sipas ambientit. Është një element bazik i njeriut me anë të të cilit prodhohet të mësuarit, i cili në mënyrë të dyanëshme lejon zhvillimin, të cilët sëbashku me elementët e tjerë ndërveprues (biologjikë dhe kulturorë) përbëjnë njeriun. Deri para pak kohësh inteligjenca nuk ishte pjesë e teorive shpjeguese të varësisë nga droga, por futja e faktorëve të rrezikut dhe të mbrojtjes, e mori në konsideratë. Përgjatë jetës, dhe jo vetëm gjatë fëmijërisë së hershme, është shumë rëndësishme mbledhja e njohurive, siç është edhe dëshira për të mësuar, aftësitë për të zgjidhur problemet, observimi i kujdesshëm i ambientit për të nxjerrë konkluzionet e përshtatshme për secilin, pritshmëritë për jetën, etj.

## 2.2. Faza e njohjes

Shumë substanca psikoaktive janë shpesh prezente në botën tonë sociale dhe ashtu kanë qënë edhe dekada të shkuara, madje për shekuj me rradhë, siç janë sot një shembull mëse i qartë drogat e ligjshme si alkooli, duhani. Por fakti që janë këto droga prezente apo të tjera, nuk do të thotë se individi do të ketë kontakt direkt me to që kur lind.

Kontakti dhe njohja e tij do të varen nga disponueshmëria. Pra, nëse ndodh që të ketë kontakt me to në shtëpi ose në vendet e tjera që kanë lidhje me fëmijërinë e tij, nga rëndësia që do të marrin gjatë një periudhe të caktuar, për shembull gjatë adoleshencës, dhe nëse do të jenë vetë familjarët që do e shtyjnë drejt përdorimit në një moment të caktuar.

Faza evoluese ka të bëjë shumë me njohjen dhe me, mbas provën e drogave të ndryshme. Nga të dhënat në dispozicion, sipas anketimit të bërë nëpër shkolla nga Plani Kombëtar mbi Drogat (1997), vihet re se moshë mesatare e fillimit të drogave është 13 deri në 16 vjeç. Por këto të dhëna mund të mos jenë të vërteta pasi bëhet fjalë për moshë mesatare. Në anketim mund të vini re se në moshën 14 vjeçare, për shembull, gjatë 12 muajve të fundit 8.3% kanë konsumuar *kanabis*, 1% ekstazi dhe 0.4% kokainë. Pra sipas këtyre të dhënave dihet që ka një moshë mesatare të fillimit të përdorimit të grupit nga 14 deri në 18 vjeç, por njohja e substancave ndodh në moshë më të herët.

Në ditët e sotme, njohja e drogave të ndryshme mund të ndodh në familje, mund të ndodh nga mjetet e komunikimit po ashtu edhe nga mësuesit ose të rriturit e tjerë. Fenomeni i drogave është aq i përgjithshëm sa njohja e tyre është e shumtë. Adoleshenca është vetvetiu periudha e lidhur ngushtë me konsumimin e drogave, ose me fillimin e konsumimit. Gjatë adoleshencës më normal është transgresioni sesa institucionalizimi. Kjo reflektohet në llojet e konumit, si për shembull kur pihet më shumë alkool në rrugë se sa në lokale. Gjithashtu vitet e fundt përdorimi i drogave po përdoret përherë e më shumë si një mënyrë rikrijuese dhe si një mënyrë për t'u argëtuar sa më gjatë.

Sa më shumë rritet personi, shtohet dëshira për t'u bërë autonom dhe njohja e drogave nuk mbetet më pasive, pjesë e eksperiencës së të tjerëve, por do bëhet aktive. Megjithatë ka edhe shumë faktorë të tjerë që thjeshtojnë përdorimin e drogave, si për shembull sot është mundësia për të dal më shumë me shoqërinë se sa me prindërit, drogat gjenden lehtësisht, sidomos ato të ligjshmet, dhe e gjitha kjo i jep mundësinë të riut që ti njoh më shumë këto droga por edhe të tjerat për të cilat dëgjon të flitet nga të tjerët. I gjithë ky informacion çon shpesh në të provuarin e tyre.

### 2.2.1. Ambienti, të mësuarit, shoqërizim dhe pritshmëritë

#### A) *Ambienti*

Ambienti është vendi fizik ku personi jeton dhe ndërvepron me të tjerët. Përfshinë vendin fizik ku banon dhe jeton, si dhe ambientin shoqëror, si për shembull pallati, lagjia, qyteti. Normalisht ambienti është pjesë e sektorit sociokulturor, edhe pse individi e sheh si botën e tij të vërtetë.

Ambienti ka një rëndësi shumë të madhe pasi është vendi fizik, ku njeriu jeton jetën e tij të përditshme. Prirja sociokulturale, biologjike dhe psikologjike në një ambient të caktuar, do të bëjnë të mundur që individi, përgjatë kohës, të fitoj disa karakteristika që do e dallojnë atë nga të tjerët. Ndërveprimi i ambientit me të mësuarin, procesi i shoqërizimit dhe pritshmëritë, në një ndërveprim reciprok, do të jenë të rëndësishme gjatë gjithë jetës së personit. Po ashtu duhet thënë se ambienti, si edhe të gjithë variablët e tjerë që po shqyrtohen, janë të ndryshueshëm.

Ambienti familjar është ai më i rëndësishmi për zhvillimin e individit. Ai ka të bëjë me ndërveprimin midis tij dhe pjestarëve të tjerë të familjes. Ambiente të ndryshme krijojnë sjellje të ndryshme dhe është elementi kryesor për procesin e shoqërizimit. Për shembull shkolla në të cilën shkon i riu apo lagjia ku jeton do të ndikojnë në procesin e tij të shoqërizimit dhe në mënyrën se si ai do të sillet më pas.

## B) Të mësuarit

Siç e kemi nënvizuar edhe më sipër, roli i të mësuarit është esencial për prirjen psikologjike. Në këtë rast, të mësuarit ndërvepron në një moment të caktuar me variablët e tjerë të shoqërizimit dhe të ambientit. Kjo gjë, në një mënyrë apo një tjetër, do të lehtësojë krijimin e pritshmërive. Ashtu siç u tha edhe më sipër, ndërveprimi është i vazhdueshëm dhe me zhvillimin e njeriut që e shoqëron gjatë gjithë jetës, procesi i të mësuarit është thelbësor për t'a konfirmuar një person si të tillë dhe në ndërveprim me variablët e tjerë.

Të mësuarit, ashtu si edhe shoqërizimi, nuk përfundojnë kurrë. Ambienti, ashtu si edhe pritshmëritë, mund të mbetet i njëjti ose mund të ndryshojë.

Shohim shëmbullin në vazhdim. Opiatikët mund të jenë shumë efikasë si përforcuesë pozitive por mund të jenë edhe përforcuesë negative. Kur ndodh kjo e fundit, shoqërohet edhe me gjëndjen e të përzierës, që është një përbërës aversiv tipik i sjelljes së marrjes së drogës. Ky përbërës aversiv zhduket kur marrja e opiatikëve vazhdon, duke u shfaqur me të gjitha karakteristikat e një përforcuesi pozitiv, në momentin që vendoset varësia fizike. Kur ndërpritet konsumimi i substancës, shfaqja e sindromës së abstinencës është e pashmangshme, e cila evitohet duke filluar sërish konsumimin. Ndërkohë kjo sjellje (konsumi) përforcohet negativisht dhe rrit mundësinë e shfaqjes, kur eliminohet gjëndja agresive e shkaktuar nga sindroma e abstinencës. Në këtë mënyrë, opiatiku, duke luajtur rolin e përforcuesit negative, e ruan sjelljen e kërkimit dhe të marrjes të drogës, kjo jo për gjëndjen pozitive që çliron organizmi por për të lehtësuar gjëndjen e aversivitetit; pra për të lehtësuar sindromën e abstinencës.

Konsumimi i opiatikëve shoqërohet nga shumë përforcuesë të kushtëzuarë që kanë të bëjnë me kërkimin, zotërimin dhe konsumin e drogave. Kështu, për shembull, momenti

kur doza e drogës është gati për tu injektuar, shërben si përforcues i kushtëzuar për sjelljen parapregatitore dhe për atë të stimulimit diskriminues për gjetjen e venës për injeksionin. Përgjithësisht, një stimul që është i lidhur me një sjellje të caktuar në një zinxhir përgjigjesh, mund të kthehet në një përforcues të kushtëzuar për ato sjellje që e paraprijnë, dhe në të njëjtën kohë shërben si një stimul diskriminues për sjelljen që vjen pas. Për më tepër, duke u nisur nga roli që luajnë programet e ndërmjetme përforcuese në përcaktimin e hallkave të sjelljes, përforcuesit e kushtëzuar fitojnë një rëndësi mjaft të madhe.

### C) Shoqërizimi

Ambienti ndikon në zhvillimin e njeriut, që nga momenti i lindjes, nëpërmjet dy proceseve: të mësuarit dhe shoqërizimit. Shoqërizimi është procesi gjatë të cilit individi bëhet anëtar i një grupi shoqëror: familjes, komunitetit ose tribusë.

Përfshinë të mësuarin e të qëndruarit, e besimeve, e vlerave, rolet dhe pritshmëritë e grupit ku bën pjesë. Kjo është ajo që e bën një individ anëtar të kulturës së tij. Proces i shoqërizimit vazhdon gjatë gjithë jetës, megjithatë rëndësinë më të madhe e ka gjatë periudhës nga fëmijëria deri në adoleshencë.

Sot shoqërizimi fillimisht ndodh në familje, e cila është edhe faktori më i rëndësishëm tij, më pas në shkollë, i ndjekur nga miqtë dhe nga mjetet e komunikimit. Mbas adoleshencës ka edhe persona të tjerë që kontribuojnë tek procesi i shoqërizimit, pasi ky i fundit vazhdon deri në vdekje, megjithëse formimi kryesor ndodh gjatë viteve të adoleshencës. Nëpërmjet shoqërizimit individi ndërton atë që quhet *vetëkoncept*, i cili përgjatë kohës shërben si një mënyrë filtrimi e integrimi përballë impakteve ambientale. Vetëkoncepti është esencial për zhvillimin e një personaliteti të integruar, për të pasur të qarta rolet, për të dalluar unin real nga uni ideal, etj. Faktorët që ndikojnë në vetëkonceptin e fëmijës janë: perceptimet e të tjerëve, si të prindërve dhe të shokëve; vetëvlerësimi ose analizat pro ose kundër vetes, imazhi për veten, perceptimi për shëndetin dhe ndjesia e forcës; vlerat shoqërore, pritshmëritë dhe nocionet e ideale; eksperiencat e unit në botë.

Qëllimi kryesor i shoqërizimit primar është të internalizojë\* realitetin. Individi lind, por në funksion të secilës shoqëri, ai internalizon një sistem social apo një tjetër. I ashtuquajtur i shoqërizimi kryhet përmes një të mësuarit konjitiv dhe një ngarkese të fortë emocionale. Identifikimi është një proces i rëndësishëm këtu, sëbashku me të mësuarin e roleve, vendin e tij në botë dhe vendodhjen konkrete shoqërore. Elementi që e thjeshton gjithë këtë proces është të folurit. Kështu individi internalizon botën e prindërve të tij. Në të gjitha shoqëritë, familja konsiderohet si elementi më i rëndësishëm i shoqërizimit të fëmijës. Edhe gjatë fëmijërisë është ajo që ka peshën më të madhe, pasi fëmija është më i varur dhe aftësia e tij për t'ju përshtatur ndryshimeve është më e madhe. Ka raste që ndikimi i familjes mbetet gjatë gjithë jetës.

---

\*T'a integrojë brënda individit

Vitet e para, fëmija do të formohet përmes përforcimeve dhe dënimeve, duke qënë se prindërit janë modelet më të rëndësishme. Për më tepër janë po prindërit ata që zgjedhin vendin se ku do jetojnë ose vazhdojnë të jetojnë në të njëjtën shtëpi, ku prej disa brezash kanë jetuar paraardhësit e tyre, pasi kanë lindur aty.

Prindërit janë po ata që kanë kontroll të mirat materiale të fëmijëve të tyre, ushtrojnë kontroll fizik ndaj tyre dhe kanë më shumë njohuri se fëmijët e tyre. Ndaj fazat e para të rritjes kanë një rëndësi shumë të madhe, fillimisht për zhvillimin e fëmijëve dhe më pas të adoleshentëve, për të arritur tek i rrituri.

Është zbuluar se mënyra se si prindërit i rrisin fëmijët ndikon në sjelljen e fëmijëve. Dy janë variablët e rëndësishëm në këtë rast: kontrolli dhe ngrohtësia prindërore. Kontrolli prindëror ka të bëjë me sa striktë janë prindërit; ngrohtësia prindërore ka të bëjë me shkallën e afeksionit dhe e aprovimit që kanë me fëmijët e tyre. Lloji i rritjes sipas stilit të prindërit, ka një pasojë direkte në tipin e personalitetit që do të ketë fëmija. Kështu prindërit autoritar do të kenë fëmijë të veçuar e të trembur, me pak ose aspak pavarësi dhe që janë të ndryshueshëm, pa iniciativë dhe të irrituar. Gjatë adoleshencës djemtë mund të jenë rebelë dhe agresivë, ndërsa vajzat pasive dhe të varura. Prindërit tolerantë formojnë fëmijë vetëindulgjentë, impulsivë dhe shoqërisht të paaftë, edhe pse në disa raste mund të jenë aktivë, të shoqërueshëm dhe kreativë; disa mund të jenë rebelë dhe agresivë. Fëmijët e prindërve autoritativë\* janë ata që përshtaten më lehtë duke qënë se kanë më shumë vetëbesim, kanë më shumë kontroll personal dhe jam më të aftë në shoqëri. Fëmijët e prindërve indiferentë janë ata me më shumë probleme pasi prindërit e tyre janë neglizhentë dhe ata ndihen të lirë për të vënë në jetë edhe impulset më destruktivë që kanë.

Të gjitha fëmijët, që të vegjël, shoqërohen me fëmijët e tjerë; adoleshentët me adoleshentë të tjerë; dhe të rriturit kryesisht me të rritur të tjerë. Këto lloj kontaktesh ndikojnë në zhvillimin dhe përmirësimin personal. Gjatë viteve të fundit me ndryshimet e mëdha që kanë ndodhur, veçanërisht në fushën e punës, të cilat bëjnë që të dy prindërit të punojnë jashtë shtëpie, fëmijët kalojnë çdo herë e më shumë kohë në kopësht kur janë të vegjël dhe më pas në lagje me fëmijët e tjerë (të barabartët).

Funksionet që përmbushin të barabartët janë të shumtë: proporcionojnë mundësitë për të mësuarin e aftësive shoqërore, kontribuojnë në vendosjen e vlerave shoqërore, shërbejnë si norma me anë të të cilave fëmijët do të gjykojnë veten e tyre dhe do të japin ose jo mbështetje emocionale.

Të barabartët përforcojnë sjelljen, shërbejnë si model sjellje, si dhe krijojnë marrëdhënie shoqërie midis njëri-tjetrit. Të barabartët mund të pranojnë ose jo një anëtar të ri. Refuzimi shoqërohet me mosbindje, hiperaktivitet dhe veprime destruktive. Nga ana tjetër, fëmija i pranuar është shoqërisht kompetent, i këndshëm, i sjellshëm dhe i kujdeshëm.

---

**\*Prindër që edukojnë me autoritet.**

E gjitha kjo ndikohet nga rrethi shoqëror, nga ndërveprimi fëmijë-prind dhe me karakteristikat e prindërve.

Mesa duket nga eksperiencat e fëmijëve me prindërit varet përcaktimi i marrëdhënies që ata do të kenë me të barabartët e tyre.

Shkolla ka fitur një rol të rëndësishëm gjatë viteve të fundit dhe jo vetëm në transmetimin e dijeve por edhe në shoqërimin. Për më tepër shkolla është vendi ku transmetohen vlerat e pranuar nga shoqëria, siç është karakteristikë e shoqërisë sonë transmetimi i vlerave demokratike dhe të atyre që kanë lidhje me to.

Aktualisht në vendet perëndimore fëmijët kalojnë shumë orë përpara televizorit. Sot është e qartë që televizioni ka rolin e tij në procesin e shoqërimin të kulturës tonë. Impakti i tij vihet re sidomos në sjelljen agresive, kur fëmija gjen modele të tillë në familje ose shoqëri, ose në sjelljen antishoqërore.

#### D) Pritshmëritë

Pritshmëritë janë besimet për ngjarje të ardhshme. Si të tilla, pritshmëritë përfaqësojnë mekanizmat me anë të të cilëve eksperiencat dhe njohuritë e fituara përdoren për të parashikuar të ardhmen. Çdo veprim i vullnetshëm i kryer nga personi bazohet tek ato aspirata mbi të cilat bota funksionon dhe reagon duke iu përgjigjur veprimit të tij. Ndërkaq, të gjitha pritshmëritë rrjedhin nga besimet ose nga njohuritë tona dhe skemat mbi botën, që është e njëjta gjë. Besimet rrjedhin nga tre burime: nga eksperiencia direkte me objektet, e cila është një pjesë e rëndësishme e njohurive tona; nëpërmjet komunikimit me njerëz të tjerë (eksperiencë indirekte); nëpërmjet besimeve të tjera. Prioritetet e pritshmërive janë siguria, aksesibiliteti, ekspliciteti dhe rëndësia, të cilat janë të ndërlidhura me njëra-tjetrën.

Shumë studime kanë treguar që njerëzit rriten duke besuar më shumë te pritshmëritë e tyre se sa te rezultatet e sjelljes së tyre. Po ashtu dihet se tipe specifike pritshmëri mund të kenë një impakt shumë të madh në zhvillimin e informacionit dhe të sjelljes. Ndërkaq, pritshmëria është një element konjitiv i personit që lejon zhvillimin paraprak ose që e bën të shpresojë se do të ndodh, një ngjarje e veçantë. Kjo e bën atë të silltet sipas rezultatit që dëshiron të arrijë. Në nivel empirik, ajo mund të vlerësohet nëpërmjet një vlerësimi sasior dhe subjektiv i rezultatit që pritej nga një sjellje e mundshme, sëbashku me vlerësimin e mëpasshëm të ekzekutimit.

Në çështjen e drogave tek adoleshentët, siç thotë Funes (1996), për ata janë më të rëndësishme pritshmëritë e drogave se sa efektet e vërtetë që ato prodhojnë. Ndaj pritshmëritë konsiderohen shumë më të rrezikshme se sa vetë substanca.

### **2.3. Faza eksperimentale dhe fillimi i konsumimit**

2.3.1. Faktorët e rrezikut dhe të mbrojtjes Sot është mëse e qartë se ka një sërë faktorësh rreziku të cilët shtojnë ndjeshëm mundësinë e konsumit të drogave dhe nga ana tjetër ka edhe një sërë faktorësh mbrojtës të cilët e pengojnë në mënyrë

domedhënese konsumin e drogave të ndryshme. Marrja në konsideratë e tyre është e papërshkrueshme, për më tepër që duhet shumë informacion mbi to, dhe shumë preventivë programesh të përshtatshëm.

Ekzistojnë edhe faktorët e rrezikut gjatë zhvillimit, të cilët duhen pasur parasysh (tabela 2.2).

### 2.3.2. Disponueshmëria e substancës

Ky është një faktor i lidhur drejtpërsëdrejti me konsumin e drogave, kur këto të fundit janë në dispozicion të konsumatorëve të mundshëm.

Tabela 2.2. Faktorët e rrezikut gjatë zhvillimit

Llojet e rrezikut, të shoqëruara nga faktorët e rrezikut.

1. Konstitucionalë
  - Ndikimet e trashëguara dhe anomalitë gjenetike.
  - Komplikimet para lindjes dhe gjatë saj.
  - Sëmundjet dhe dëmet e vuajtura mbas lindjes.
  - Ushqimi dhe kujdesi mjekësor, të papërshtatshëm.
2. Familjarë
  - Varfëria.
  - Trajtim i keq, indiferencë.
  - Konfliktet, çorganizim, psikopatologji, stres.
  - Familje e madhe në numër.
3. Emocionalë dhe ndërpersonalë
  - Zotërues psikologjikë si vetëvlerësim i ulët, papjekuri emocionale, temperament i vështirë.
  - Paaftësi shoqërore.
  - Refuzim nga të barabartët.
4. Intelektualë dhe akademikë
  - Inteligjencë nën mesatare, çrregullime të të mësuarit.
  - Dështim shkollor.
5. Ekologjikë
  - Lagje e çorganizuar dhe me kriminalitet.
  - Padrejtësi raciale, etnike dhe gjinore.
6. Ngjarje të jetës, jo normative
  - Vdekje e parakohshme e njërit prej prindërve.
  - Luftë e papritur.

**Burimi: Përshtatur nga Coie et al. (1993) dhe Wicks-Nelson e Izraeli (1996)**



Nëse janë të disponueshme është i mundur ose jo konsumi. Nëse nuk janë të disponueshëm, konsumi është i vështirë madje mund të jetë i pamundur. Por edhe vetë produkti duhet të ketë disa veti në mënyrë që blerësit dhe konsumatorët e mundshëm, t'a pranojnë dhe t'a kthejnë atë në mall konsumi. Përmasa e tij, forma, ngjyra, mënyra e marrjes, efektet afat-shkurtër, afat-mesëm dhe afat-gjatë, çmimi, janë ndër të tjera disa nga arsyet për ta marrë në konsideratë.

Në fakt, "multinacionalët" të cilat i dedikohen tregtimit të drogave të ndryshme e kanë mëse të qartë këtë pjesë.

Gjithashtu ata marrin parasysh që të ofrojnë një produkt që të zërë pak vend, të transportohet lehtësisht, të ketë efekte të fuqishme por jo vdekjeprurës, të shkaktoj adiksion të lartë dhe çmimi të jetë i tillë që ti përshtatet një pjesë të mirë të përdoruesve në mënyrë që të arrihet të mbahet në këmbë biznesi në një vend ose zonë të caktuar. Në rast të kundërt, të ardhurat nuk do të ishin të shumta dhe nuk do të mund të kompesonin biznesin.

Disponueshmëria është çështje tregu por jo gjithmonë merret parasysh masa e tij e saktë. Për më tepër informacioni i shumtë është një nga çelsat e mirëmbajtjes, sëbashku me shumë të tjerë, të konsumit të lartë të drogave të ligjshme në Spanjë (alkooli dhe duhani).

### 2.3.3. Aksesibiliteti dhe çmimi i substancës

Pavarësisht se disponueshmëria e substancës është shumë e rëndësishme, do ishte e pamjaftueshme nëse nuk do ti bashkangjitej një aksesibilitet i mirë dhe një çmim i përshtatshëm. Fakti që një magazinë mund të ketë të disponueshme 10 ton kokainë nuk do të thotë asgjë nëse kjo nuk do të mund të hidhej në treg për të qënë aksesibel për konsumatorët dhe nëse ata nuk do kishin paratë e mjaftueshme për të blerë dozën e tyre psikoaktive për të pasur efektet e dëshiruara. Në këtë moment, pikat e shitjes janë shumë të rëndësishme.

Siç dihet nga të gjithë, si për drogat e ligjshme të cilat mund të gjenden kudo, në dyqane, në lokale, në diskoteka, etj., ashtu edhe për ato të paligjshme që blihen nëpërmjet narkotrafikantëve, trafikantëve, shpërndarësit e vegjël dhe konsumuesit, etj., është krijuar një rrjet i fuqishëm shpërndarjeje. Çmimi është një tjetër çështje shumë e rëndësishme. Aktualisht, çmimi për një dozë është mesatar ose i lartë, por aksesibel nga shumë njerëz, kur bëhet fjalë për një dozë ose për disa të tilla. Problemi shfaqet kur personit i duhen disa doza në ditë ose disa doza në muaj; në këtë moment mund të shfaqet problemi i mungesës së lekëve për të blerë drogën. Në tabelën 2.3 paraqiten çmimet që paguhen aktualisht për dozat e drogave të ndryshme. Konsumi i drogës shoqërohet edhe me sjellje të tjera, sidomos me sjelljen antishoqërore. Pasi kur mungojnë paratë, bëhet më e lehtë kryerja e veprimeve të jashtëligjshme për ta pasur, si vjedhje, zhvatje, kërcënime, etj.

Tabela 2.3. çmimet e drogave të ndryshme në Spanjë

Droga	çmimi për dozë/ euro	çmimi për gramë/ euro
Heroina	9.6	76 (h. E bardhë)
kokaina	12	60
Ekstazi	14.5	
Speed	8	23

**Burimi: PNSD (1998)**

#### 2.3.4. Lloji i substancës dhe perceptimi i rrezikut të saj

Qysh prej disa vjetësh në bazë të studimeve të ndryshme të kryera në të gjithë popullsinë, është vënë re se perceptimi i rrezikut për një substancë të caktuar është i rëndësishëm pasi njerëzit i druhen konsumimit të drogave të cilat perceptohen si të rrezikshme. Ky perceptim i rrezikut normalisht nuk është i njëjtë për të gjitha drogat, ashtu siç nuk është i njëjtë konsumi i një substance me një tjetër.

Pavarëshit atyre që thuhet informacioni mbi faktorët realë, të gjetur në mënyrë empirike, për atë që i shtyn konsumuesit të rrisin ose zvogëlojnë konsumin e drogave për shkak të perceptimit të rrezikut, nuk është i mjaftueshëm. Por ajo që dihet me saktësi është se sa më i madh të jetë perceptimi i rrezikut të një substance aq më i vogël është konsumimi i saj dhe anasjelltas. Prandaj kur një i ri ka një perceptim të ulët të rrezikut të një substance është i prirur ta konsumoj atë më shumë. Sipas të dhënave të konsumimit të drogës nga të rinjtë e moshave 14 deri në 18 vjeç në Spanjë, mund të krijohet një ide e përafërt për perceptimin e rrezikut të drogave të ndryshme, duke qënë se ky i fundi është e kundërta e niveleve të konsumimit të secilës prej tyre.

#### 2.3.5. Besueshmëri, qëndrime, norma të interiorizimit\*, vlera dhe qëllime

Konsumi i drogave, besimet, qëndrimet, normat e interiorizuara, vlerat dhe qëllimet e drogave të ndryshme, do të jenë elementët që do të përcaktojnë nëse individ do e provoj apo jo, e më pas do të përcaktojnë konsumimin dhe abstinencën. Normalisht i bashkohen faktorëve të rrezikut dhe mbrojtjes. Por janë edhe një tjetër element, frut i shoqërizimit të individit, të proceseve të tij të të mësuarit dhe të pritshmërive të tij. Besimet janë informacioni që ka një individ për një objekt, duke i bashkangjitur objektit një atribut. Qëndrimet përcaktohen si prirja e mësuar për t'iu përgjigjur pro ose kundër një objekti të caktuar; normat e interiorizuara, të cilat e çojnë individin drejt një drejtimi apo një tjetri, i udhëhequr nga ajo çka presin prej tij njerëzit më të rëndësishëm për të; një vlerë është një yjësi qëndrore sjelljesh që shërben për të strukturuar botën e individit dhe një qëllim i të sjellurit, është rezultati i qëndrimit ndaj sjelljes dhe i normës

**\*Në psikoanalizë, procesi i integritit të Unit në një konflikt ndërpersonal**

subjektive që e bën individin të mendoj se si ta çoj deri në fund një veprim apo një sjellje, se si ti përshtatet atyre, duke qënë ndërkaq një predikues i mirë i të sjellurit. Të gjithë këta elementë janë thelbësorë që njeriu të arrij të realizojë një sjellje. Në këtë rast besimet, qëndrimet dhe normat e interiorizuara, kanë një rol të rëndësishëm për parashikimin e qëllimit të sjelljes, që është edhe elementi që paraprin sjelljen.

### 2.3.6. Gjëndja emocionale

Sot është mëse e qartë që gjëndja emocionale, në disa raste ndikohet nga konsumimi i substancave. Janë përshkruar disa gjëndje specifike, si marrëdhënia midis gjëndjeve shpirtërore ose çrregullimeve psikopatologjike dhe konsumit të substancave, simptomatologjisë psikiatrike, etj. Çrregullimet e dyanshme shpesh lidhen me konsumin abuziv të substancave ose me gjëndjet specifike emocionale të një personi. Kjo ndodh kur ka një problem psikopatologjik të asociuar, si edhe kur është në një gjëndje normale. Por kryesisht ndodh kur individi gjëndet përballë një situatë problematike dhe përdor drogën për të gjetur një zgjidhje sa më të shpejtë.

Duhet kurajo për të bërë dallimin midis burimeve (psikiatrike apo çrregullime si pasojë e përdorimit të substancave) dhe nëse është e mundur edhe midis pozicioneve përgjatë vazhdimësisë në kohë të çdo çrregullimi (të mëparshëm, bashkëudhëtar ose mirëmbajtës). Këto kushte mund të jenë tregues të tipeve specifike të ndërhyrjeve.

### 2.3.7. Aftësitë përballuese

Përgjatë jetës së tij njeriu fiton aftësi për të përballuar situatat e ndryshme, si ato të zakonshmet me njerëzit që ka jetuar po ashtu edhe ato me njerëzit e rinj që njeh në jetë. Personi që gjatë jetës së tij ka përfituar aftësitë e duhura, të ashtuquajturat aftësitë përballuese, do të mund të përballoj edhe problemet që shaqen në mënyrë të papritur. Në rastin e drogave, ka njerëz që janë të aftë të zgjedhin nëse duan ti konsumojnë ose jo. Njerëz që janë të aftë të zgjedhin rrugën e tyre.

Por ka edhe njerëz të tjerë, të cilëve ju mungojnë aftësitë përballuese të problemeve konkrete, të ndryshimeve evoluese, gjërave të reja, etj. Këta njerëz do të kalojnë nëpërmjet këtyre eksperiencave dhe do tu japin këtyre problemeve (si për shembull, ndrojtja, stresi, depresioni, e të tjera) zgjidhje parciale duke e përfituar të ashtuquajturën "aftësi falë substancës". Por kjo e fundit është ajo që i pengon realisht që të zhvillojnë këto aftësi dhe të jetojnë jetën në mënyrën më të mirë të mundshme.

### 2.3.8. Të provosh/ të mos provosh substancat në dispozicion

Të gjithë variablët e sipërpërmendur duke ndërvepruar, e çojnë një person drejt të provuarit ose jo të një substancë të caktuar. Nëse nuk do ta provojë, variablët mbeten prezentë duke favorizuar atë që do ta provojë në një moment të dytë (rreziku) ose shton mundësinë që të mos i provojë (mbrojtje). Në rast se do ta provojë, mund të ndodh që të mbetet thjeshtë një provë për të ndjerë pasojat negative, ose mund të vazhdoj ta

konsumoj për pasojat pozitive që shfaq përdorimi. Ndërkohë, variablët e tjerë do vazhdojnë të ndikojnë tek personi dhe te substanca.

Nëse prova e një substance të caktuar vazhdon për një periudhë kohore pak a shumë të gjatë, atëherë do të prodhohen efektet psikofarmacologjike të asaj substance, po ashtu edhe efektet e saj psikoaktive, toleranca, sindroma e abstencës nëse do të ndërpresë përdorimin, etj. Duhet pasur parasysh edhe ndërveprimi që ndodh midis substancave të ndryshme psikoaktive. Edhe në këtë rast një rol shumë të rëndësishëm e luajnë proceset e të mësuarit, sëbashku me faktorët e tjerë që janë përmendur tashmë.

#### 2.4. Faza e konsolidimit: nga përdorimi te abuzimi dhe varësia

Elementi kryesor që do të ndikoj në vazhdimin e përdorimit të substancës janë pasojat, pozitive apo negative, të cilat shoqërojnë konsumimin. Janë ato që do ta bëjnë personi të vendos nëse do ta vazhdoj ose jo konsumimin e asaj substance. Pasojat do të jenë të lidhura me të barabartët e tij, me familjen e tij dhe me atë vetë. Të barabartët e tij mund ta pranojnë ose jo sjelljen e tij; mund ta përforcojnë ose mund ta ndëshkojnë. Është shumë e rëndësishme nëse konsumi ka ndodhur sëbashku me ata. Përsa i përket familjes, ajo mund ta toleroj, ose ta pranoj konsumin, ose mund të mos jetë dakort dhe ta kritikojë, ta çensurojë apo dhe ta ndëshkojë. Por nuk mund të mos përmendet fakti që pasojat e shkaktuara nga përdorimi te vetë personi, janë shumë të rëndësishme. Personi do ta vërë re menjëherë efektin, qoftë ky pozitiv apo negativ, do të vërë re të mirat apo problemet që i shkakton, etj. Ai që nuk konsumon vlerëson pasojat te të barabartët, te familja dhe te vetvetja. Duke u nisur nga të gjitha këto dhe nga perceptimi i rrezikut të substancës, mbasi e ka njohur, do ta bëj që të vazhdoj ose jo konsumimin ose në rast se nuk e konsumon të vazhdoj të mos ta konsumoj, ose mund të bëjë tentativa ose prova konsumi në të ardhmen.

Në këtë proces duhet pasur parasysh ndërveprimi midis substancave të ndryshme dhe midis adiksioneve të tjera pa substanca.

E gjitha kjo nisur nga nevoja për ta parë sjelljen e tij si një e tërë dhe jo si pjesë të pavarura nga njëra-tjetra. Por edhe gjëndja emocionale është një variabël shumë i rëndësishëm në këtë moment për të vazhduar ose jo përdorimin. Madje mund të rritet edhe sasia duke kaluar kështu nga përdorimi te abuzimi dhe te varësia, ose mund të fillojë të përdor një drogë më të fortë. Nëse gjëndet tashmë në fazën e varësisë dhe ajo vazhdon, atëherë mund të thuhet me plot gojë se është në një fazë adiktive të konsoliduar.

#### 2.5. Faza e braktisjes ose e mirëmbajtjes

Cilado sjellje që ndodh gjatë një periudhe të caktuar kohore, gjatë së cilës personi mund ta vazhdoj ose jo, nëse pasojat e saj janë më shumë negative sesa pozitive.

Në rastin e konsumatorëve të drogave të ndryshme, disa do ta ndërpresin konsumin mbas disa provave, të tjerë mbas një periudhe të shkurtër ose gjatë përdorimit, ndërsa

të tjerë do ta vazhdojnë përdorimin për shumë vjet ose edhe gjatë gjithë jetës së tyre. Këta të fundit do të ishin ata që janë në fazën adiktive të konsoliduar.

Për ata që e braktisin, shkaqet mund të jenë të jashtme ose të brendshme. Shkaqet e jashtme mund të jenë presionet familjare, të miqve, të të dashurës, sociale, shëndetsore, etj., për të hequr dorë nga një substancë konkrete. Ndërsa ata të brendëshmit ndodhin kur personi e ndërpret konsumin për shkak të problemeve që i krijojnë, qofshin këto personale, fizike, afektive, familjare, shoqërore, etj. Trajtimi që i duhet personit për të ndërprerë përdorimin në këtë moment është më i rëndësishëm se kurrë, në mënyrë që të arrihet abstinenca dhe të ruhet për një periudhë afatgjatë.

## 2.6. Faza e përtëritjes

Adiksi i konsoliduar mund të konsiderohet si një sjellje e mësuar, e vështirë për tu ndërprerë. Ndaj shpesh ndodh që personat që kanë një adiksion të konsoliduar (varësi), zakonisht, pas disa vitesh konsumim, duan ta lëmë substancën dhe ia arrijnë, por shpesh e rifillojnë. Në këtë rast braktisja e asaj substance mund të konsiderohet një proces i shoqëruar nga përtëritje të njëpasnjëshme. Pra, personi e braktis substancën, e rifillon, e braktis sërish dhe e rifillon sërish dhe, ose e vazhdon këtë proces për shumë kohë ose arrin abstinençën. Në këtë rast do të kishim të bënim me fazat klasike të trajtimit dhe ato post rehabilitim.

## PËRMBLEDHJE

- Në fushën e varësisë nga drogat janë propozuar një sërë teorishë. Njëra nga karakteristikave e të gjitha teorive është se përqëndrohen te një aspekt i vetëm ose disa aspekte parciais për të shpjeguar konsumin e drogave. Gjatë viteve të fundit është treguar interes për të shtjelluar teori dhe marka konceptuale shumë më komplekse.
- Pavarësisht moshës së provës së parë të drogave, dhe përpara fazës së adiksionit personi kalon një sërë etapash të cilat janë pjesë e një procesi, i cili e çon drejt adiksionit dhe më pas mund ta ndërpresë. Bëhet fjalë për fazën paraprake ose të prirjes, fazën e njohjes, të eksperimentimit dhe të fillimit të konsumit, të konsolidimit (abuzim dhe varësi), të braktisjes dhe të mirëmbajtjes së abstinençës *versus* përtëritjen.
- Një sërë faktorësh (individualë, familjarë dhe shoqërorë) të cilët bëjnë që adoleshentët të jenë më vulnerabël ndaj konsumit të drogave (faktorët e rrezikut), ndërkohë që të tjerë zvogëlojnë mundësinë e konsumimit (faktorët e mbrojtjes). Ndër faktorët e rrezikut bëjnë pjesë mungesa e sigurisë, papjekuria, mungesa e vetëvlerësimit, të pasurit qëndrime dhe besimet në favor të drogës, sjellje antishoqërore (për shembull, mbetje në klasë, mosbindje, kryerje a akteve kriminale), etj. Disa nga faktorët e mbrojtjes janë pjekuria, përgjegjësia, vetëvlerësimi, qëndrim përbuzës ndaj drogës, modeli i prindërve ose i personave të tjerë të rëndësishëm që nuk pijnë drogë, integrimi shoqëror i familjes, grup shokësh që nuk konsumojnë drogë, etj.

1. Faktorët që zvogëlojnë mundësinë e konsumit të drogave quhet:
  - a) Faktorët ndalues.
  - b) Faktorët e lehtësimit.
  - c) Faktorët mbrojtës.
  - d) Faktorët e rrezikut.
  - e) Faktorët e të sjellurit.
  
2. Varfëria konsiderohet faktor rreziku I tipit:
  - a) Konstitucionalë.
  - b) Familjarë.
  - c) Emocionalë ose ndërpersonalë.
  - d) Ekologjikë.
  - e) Ngjarje të jetës jo normative.
  
3. Njëri prej faktorëve që mund të ndikojë në fazën eksperimentale të fillimit të konsumit është:
  - a) Prirja biologjike.
  - b) Prirja psikologjike.
  - c) Të mësuarit.
  - d) Shoqërizimi.
  - e) Disponueshmëria e substancës.
  
4. Prirja ose vulnerabiliteti biologjik janë studiuar gjerësisht në problemin e konsumimit të:
  - a) Duhanit.
  - b) Alkoolit.
  - c) Qetësuesve.
  - d) Heroina.
  - e) Kokaina.
  
5. Droga që të rinjtë e perceptojnë si më të rrezikshmen është:
  - a) Duhani.
  - b) Alkooli.
  - c) Hashishi.
  - d) Heroina.
  - e) Kokaina.

### III. Vlerësimi

#### 3.1. Aspekte kyçe

Një prej detyrave më të rëndësishme të një mjeku klinik që do të studiojë një sjellje çfarëdo adiktive, është vlerësimi dhe përcaktimi i diagnozave funksionale të cilat do të ndihmojnë në planifikimin e trajtimit. E gjitha kjo njihet si *vlerësimi i të sjellurit*.

Vlerësimi i të sjellurit tek problemet e adiksionit me drogat, në këtë rast i kokainës, heroinës dhe drogave sintetike, ka të bëjë me procesin e mbledhjes së informacionit që ndihmon në marrjen e një vendimi mbi një ndryshim në sjellje dhe vlerësimin e këtij ndryshimi. Vlerësimi i të sjellurit është një proces që zgjat gjatë gjithë periudhës së ndërhyrjes dhe ka tre objektive: 1) identifikimi i sjelljeve që integrojnë problemin adiktiv dhe variablët që kontrollojnë shfaqjen e tij; 2) përcaktimi i objektivëve që duhen arritur nëpërmjet ndërhyrjes; 3) nxjerrja e informacionit të rëndësishëm për zgjedhjen e teknikës më të përshtatshme të trajtimit në çdo rast specifik; dhe 4) vlerësimi i saktë i rezultateve të ndërhyrjes.

Duke qënë se vlerësimi i të sjellurit zhvillohet përgjatë ndërhyrjes terapeutike, ka disa faza të njëpasnjëshme: 1) vlerësimi i sjelljeve që përbëjnë problemin dhe variablët që e mbajnë atë; 2) formulimi i hipotezave shpjeguese të problemit adiktiv.

Këto hipoteza shpjeguese përfshijnë historinë e të mësuarit të problemit, në funksion të faktorëve të shumtë që përfshihen në gjenezën dhe mirëmbajtjen e adiksionit, faktorët kryesorë që kanë lidhje ose që mundësojnë abstinencën si edhe faktorët që do të duhet të modifikohen për të arritur objektivat; 3) përcaktimi i objektivave terapeutikë; 4) zgjedhja e teknikave të ndërhyrjes. 5) vlerësimi i rezultateve të ndërhyrjes.

Vlerësimi i të sjellurit duhet parë në dy nivele:

1. *Vlerësim specifik*. Ka të bëjë me shtrirjen dhe rrethanat e konsumimit të drogës: lloji i drogave të përdorura, dozat e marra, mënyra e marrjes, momentet e një konsumi maksimal dhe rrethanat në të

cilat ka ndodhur. Për të gjitha këto, siç paraqitet në përmbledhjen e mëposhtme, përdoren lloje të ndryshme vlerësimi.

2. *Vlerësim i sjelljeve të tjera që shoqërojnë konsumimin e drogave.* Sjelljet e tjera problematike në përgjithësi janë shkaqe dhe pasoja të konsumit, në këtë rast të heroinës, kokainës dhe drogave sintetike. Do të ishte mirë që tregohet kujdes ndaj fushave që paraqiten në përmbledhjen 3.1.

### PËRMBLEDHJE 3.1. Fushat që duhen vlerësuar në lidhje me sjelljet adiktive.

- Kushtet fizike dhe gjëndja e përgjithshme shëndetsore. Duhet treguar shumë kujdes sidomos për sëmundjet më të shpeshta si: SIDA, hepatiti B dhe C, tuberkulozi, etj.
- Shkalla e koherencës familjare dhe shoqërore.
- Situata financiare. Vlerësimi i kësaj fushe mund të sugjerojë nevojën e përpunimit të një programi terapeutik i cili do të mund ti vij në ndihmë individit duke i zhvilluar aftësinë për tu formuar profesionalisht. Madje mund ta ndihmoj për të gjetur punë ose ta ndihmojë të bëjë një lloj jete e cila do t'i sjellë të ardhura, të ligjshme që nuk kanë lidhje me të ardhurat nga shitblerja e drogës.
- Situata përballë ligjit. Ky është një variabël shumë i rëndësishëm për të motivuar pjesmarrjen në një program terapeutik, i cili duhet përdorur në mënyrë strategjike brenda programit të ndërhyrjes.
- Kushtet psikologjike dhe repertori i sjelljeve të individit. Këtu do ti kushtohet vëmendje të gjitha sjelljeve problematike, të shpeshta të toksikomanët, të cilët mund të shkaktohen nga konsumimi i drogës: ankth, depresion, çrregullime konjitive, çrregullime të gjumit, mungesë aftësish shoqërore dhe mos funksionime seksuale.

Vendimi përse i përket ndërhyrjes në disa nga këto fusha do të varet nga ndërveprimi i dy faktorëve në vijim: 1) interesi për mirëqenie e plotë të personit; dhe 2) parashikimi që këto qëndrime problematike mund të thjeshtojnë dhe të veprojnë si stimulues paraprakë të konsumit të drogës.

### 3.2. Instrumenta vlerësues

Për përcaktimin e një sistemi vlerësues, mjeku klinik mund të zgjedhë midis intervistave klinike, intervistave të strukturuar dhe atyre jo të strukturuar, formularët vetjakë, etj. Numri dhe lloji i instrumentave që do të përdoren varen nga kriteret profesionistit klinik.

3.2.1. Intervista Objektivi i intervistës është mbledhja e informacionit të përgjithshëm mbi arsyen e konsultës dhe kushtet personale dhe të rrethanave të pacientit. Në përmbledhjen 3.2 prezantohet një model, i cili shërben për të marrë informacionin e nevojshëm në mënyrë që të kuptohet problematika e të varurit nga droga. Zbatimi i këtyre intervistave klinike duhet plotësuar me teknika shtesë të vlerësimit (për shembull, pyetësorë, formularë me informacion nga njerëz të tjerë, analiza urine).

Duke qënë se informacioni i përfutur gjatë intervistës është mjaft delikat, është shumë e rëndësishme të fitohet besimi i plotë i individit, ndaj përpara se të fillojë biseda duhet të qartësohet koncepti i



konfidencialitetit. Mund të shfaqen vështirësi sidomos nëse individi rrëfen krime ose mund të shfaqen situata për të cilat është e nevojshme një autorizim nga gjykata.

Në fillim të intervistës kërkohen të dhëna sociodemografike si emri, seksi, mosha, data e lindjes, gjendja civile, studimet e kryera, niveli socio ekonomik dhe gjendja e punësimit. Më pas, kërkohet informacion i përgjithshëm mbi arsyen e konsultës, kushtet personale dhe të rrethanave të klientit. Kur një i varur nga droga shkon te një profesionist mund ta bëjë për shumë arsye. Përgjithësisht individi shkon në konsultë nga presioni i familjes, i njerëzve të tjerë, ose i instancave ligjore, ndërsa pasi numri i atyre që e vendosin vetë është i vogël.

Ndërkaq, pas përshëndetjes fillestare, pacientit i kërkohet të shprehë arsyet që e kanë shtyrë të kërkojë ndihmë. Pyetjet që mund të bëhen janë: “përse vendosi të kërkoj ndihmë profesionale?” ose “çfarë e bëri të vinte?”. Në varësi të përgjigjeve të këtyre pyetjeve, terapeuti do të krijojë një ide fillestare mbi arsyen e konsultës dhe të përcaktojë fushat në të cilat do ti duhet të thellojë vlerësimin e mëvonshëm.

Tabela 3.2. Informacioni që duhet mbledhur gjatë intervistës

- Të dhëna sociodemografike

Emri:

Adresa:

Numër telefoni:

Mosha:

Seksi: Mashkull / Femër

Gjendja civile: Beqar e/ i e martuar/ i e divorciuar/ i e ve/ tjetër (specifiko)

Arsimi: 8 vjeçar/ i mesëm/ universitar/ tjetër (specifiko)

Profesioni:

Të ardhurat mujore në total:

- Arsyet e konsultës (Pse vendosët të kërkonit ndihmë profesionale?)

- Identifikim i substancave të konsumuara

- Rishikim i çdo substancë specifike (pse mendoni se ju kanë dërguar këtu?)

- Mungesë njohurishë për substancat e konsumuara:

- Nga substancat e mëposhtme, cilat përdorni ju?

Alkool/ Duhan/ Kafe/ Kanabis/ Kokainë/ Amfetamina/ Droga sintetike/ Haluçinogjenet/ Opiatikët/ Inhalantët/ Fenciklidinë/ Qetësuesit/ Hipnotikët/ Kundëranks/ Të tjerë

Tabela 3.2. vazhdim

- Konsumi (duhet të përqëndrohemi te substanca më problematike)

- Në cilën moshë e keni përdorur substancën për herë të parë?
- Sa kohë keni që e përdorni këtë substancë?
- Cila ka qënë dita e fundit që e keni konsumuar?
- Si e merrni substancën (pra, në ç'mënyrë)?
- Frekuenca e përdorimit?
- Cila është doza totale?
  
- (1) Keni vënë re ndonjëherë se keni pasur nevojë për një dozë më të madhe se ajo që merrnit zakonisht, ose që e njëjta sasi kishte më pak efekte se më parë? Po/Jo
  
- (2) Kur jeni munduar ta ndërprisnin ose të zvogëloni dozën e substancën, keni ndjerë ndonjë shqetësim fizik dhe/ose psikologjik? Po/Jo
- E keni konsumuar ndonjëherë substancës për të evituar shqetësimet e mësipërme? Po/Jo
- (3) Ju ka ndodhur ndonjëherë ta konsumoni substancën për një periudhë të caktuar në një sasi më të madhe ose për më shumë kohë se zakonisht? Po/Jo
- (4) Keni dashur ndonjëherë ta ndërprisni ose ta zvogëloni përdorimin e kësaj substance? Po/Jo
- Keni qënë i aftë ta pakësoni përdorimin e saj për të paktën një muaj? Po/Jo
- (5) Ju ka ndodhur të shpenzoni shumë kohë duke kërkuar ose duke përdorur substancën, ose duke e rimarrë veten nga efektet e saj? Po/Jo
- (6) Ju ka ndodhur të anuloni ose të zvogëloni aktivitete si sportet, puna, daljet me miqtë ose me familjen për të kërkuar ose për të përdorur substancën? Po/Jo
- (7) keni pasur ndonjëherë probleme shëndeti si mbidozë, kollë të vazhdueshme, kontraktime, infeksione, hepatite, qelbëzim, SIDA, probleme kardiake ose ndonjë dëmtim tjetër si pasojë e konsumit të kësaj droge? Po/Jo
- Vazhduat ta përdornit substancën edhe pasi morët vesh se ju shkaktonte probleme shëndetsore? Po/Jo
- Keni pasur ndonjëherë probleme emocionale ose psikologjike si rezultat i përdorimit të asaj substance? Po/Jo
- Vazhduat ta konsumonit edhe pasi morët vesh se ju shkaktonte këto probleme emocionale? Po/Jo

Tabela 3.2. Vazhdim

- Historiku i përfimit të problemit
- Cilët faktorë ndikuan në fillimin e varësisë nga droga?
- Cilët faktorë ndikuan në zhvillimin e varësisë nga droga?
- Specifikoni se si është zhvilluar fenomeni i ngjitjes në shumicën e drogave që keni konsumuar.

- Analizë e ndryshimeve në sjellje, të ndodhur si pasojë e konsumit të drogave (në nivel personal, familjar, pune, ndërpersonal, etj)
  
- Faktorët e prirjes sociale të varësisë nga droga (mbetje në klasë, konsum i hershëm i drogave, etj.)

- 
- Precedentët e konsumit
  
  - Përshkrim i stimulimeve që çuan në konsumim (persona, vende, objekte, gjëndje shpirtërore e pakëndshme, etj)

- 
- Pasojat e konsumit
  
  - Përshkrim i pasojave të konsumit afatshkurtër në fushën personale, ndërpersonale, në punë etj. (pozitive ose negative)
  
  
  - Përshkrim i pasojave të konsumit afatgjatë në fushën personale, ndërpersonale, në punë etj. (pozitive ose negative)

---

Tabela 3.2. Vazhdim

---

- Vetëkontroll
  
- Në cilat situata dhe rrethana individi ka kontroll?
  
  
- Metodatat e përdorura për të reduktuar konsumimin (strategji konjiktive, të të sjellurit, etj.)

- Qëndrimi ndaj konsumit (administrimi i parave, ruajtja e dozave, shpërndarja e blerjes gjatë ditës, vonesat e konsumit edhe pse mund ta ketë dozën, konsum i diskriminuar, vende të posaçme për konsum, etj.)
  
  - Atributet e suksesit të abstinencës në të tilla situata
- 

- Koha e lirë
  
  - Stili i jetesës para dhe pas përdorimit të drogës
  
  - Orët që i dedikon
  
  - Strukturim, organizim dhe planifikim i kohës së lirë
- 

- Ndryshime në aktivitete
  
  - Interesat, argëtimi dhe aktivitetet përpara konsumimit të drogës
  
  - Interesat, argëtimi dhe aktivitetet aktuale
- 

- Eksplorim somatik
- 

- Eksplorim psikopatologjik
- 

- Familja
  
- Me kë jeton?

- Emrin, moshën dhe profesionin e secilit prej tyre?
  
- Evoluimi i marrëdhënieve familjare përpara dhe pas konsumimit
  
- Lloji i marrëdhënies që keni me secilin nga pjestarët e famijes?
  
- Marrëdhëniet midis pjestarëve të tjerë të familjes
  
- Problemet e adiksionit tek anëtarët e familjes
  
- Cilët aspekte të familjes favorizojnë dhe vështirësojnë ndërhyrjen?
  
- Të dhëna të tjera (ndarje, konflikte, agresione, etj.)

---

#### Shoqëria

- Vlerësim i aftësive shoqërore të pacientit në marrëdhëniet ndërpersonale (pranim i kritikës, pa nota kërcënimi; përcaktim i kompromiseve shoqërore dhe përmbushja e tyre; diskutim jo agresiv, duke kuptuar pozicionin e tjetrit; të dish të thuash “Jo”; të fillosh, të ruash dhe të përfundosh një bashkëbisedim; manaxhim i mirë i situatave; etj.)

---

#### Tabela 3.2. vazhdim

---

- Puna
- Historiku i punësimit të individit
  
- Aftësi pune

- Lëvizshmëria në punë
  
- Kualifikime profesionale
  
- Interesa profesionale

- 
- Financa
  - Sa keni harxhuar javën e fundit për drogë?
  
  - Cila është sasia e parave që shpenzoni çdo javë?
  
  - Si i siguronit lekët për këtë ves?
  
  - Borxhet

- 
- Çështjet ligjore
  - Krime që kanë lidhje me drogën
  
  - Arrestime dhe qëndrime në burg
  
  - Çështje të hapura

---

*Shënim: numrat që janë në kllapa tregojnë se nëse personi i përgjigjet pozitivisht tre ose më shumë pyetjeve në një moment të caktuar të një periudhe të vazhdueshme 12 mujore atëherë do të thotë se ka një çrregullim të varësisë nga substancat.*

Mbasi janë përshkruar arsyet e konsultës është e nevojshme që të merret informacioni kontekstual i kushteve individuale dhe ambientale të pacientit. Në përgjithësi i shpjegohet se është i nevojshëm sa më shumë informacioni mbi të dhe ambientin e tij. Fillimisht, duhet të identifikohen substancat e konsumueshme (heroína, kokaina, drogat sintetike, të tjera). Është fakt që, për shembull, një heroíman është një politoksikoman. Nëse pacienti është shtruar për shkak të konsumimit të një substance specifike, mjeku klinik duhet të përqëndrohet tek ajo: “çfarë mund të thoni për të?”, “pse mendoni se ju kanë sjellë këtu?”. Intervista do të përqëndrohet te problemi më i rëndë, qoftë ky substanca ose jo; nëse është substanca, duhen bërë pyetje mbi kohën e konsumit, mënyrën e marrjes, frekuenca e përdorimit, doza totale ditore, momentet e konsumit maksimal, kriteret për varësinë, rrethanat në të cilat ndodh dhe pasojat e konsumit, etj. Përveç një vlerësimi specifik, gjatë të cilit vlerësohen fuqia dhe rrethanat e konsumit të substancës, do ishte interesante nëse do t’u kushtohej vëmendje edhe disa fushave të tjera të individit (asaj familjare, shoqërore, financiare, ligjore, etj.). Nëse problemi kryesor do të ishte një tjetër, atëherë do të duhej të vlerësoheshin sjelljet e tjera problematike të cilat mund të jenë shkakut ose pasoja e konsumit të substancës.

Përveç përdorimit të intervistës klinike, që u prezantua më sipër, ekzistojnë edhe të tjera gjysëm të strukturuar ose të strukturuar, që shërbëjnë për të bërë përmbledhjen e të dhënave të konsumit dhe të aspekteve të tjera të sjellurit. Ndoshta kanë më pak hapësirë për të eksploruar në mënyrë spontane problemet e pacienteve, por mendohet se janë një mënyrë e besuar për nxjerrjen e informacionit të diagnozës dhe kështu nuk humbet informacioni mbi shenja ose simptoma të rëndësishme.

Dy prej këtyre intervistave meritojnë një vëmendje të veçantë. Intervista klinike e strukturuar për DSM-IV (Structured Clinical Interview, SCID) (First et al., 1995), e cila është një intervistë klinike që mundëson dhënie të diagnozës për çrregullimet e shkaktuara nga substancat dhe për çrregullime të tjera psikiatrike. Manuali i Rrezikshmërisë së Adiksionit (ASI) (McLellan et al., 1980, 1992), botimi i 5-të i të cilit është përkthyer në spanjisht nga Guerra (1994, 1999), bën të mundur një vlerësim shumë dimensional të pacienteve me çrregullime të shkaktuara nga substancat; vlerësohet rrezikshmëria e problemit me drogat dhe rrezikshmëria e problemeve mjekësore, financiare, ligjore, familjare, shoqërore, psikiatrike dhe pune, të pacientit. ASI mund të përdoret edhe për të vërtetuar efektet e trajtimit dhe ndryshimet në ecurinë e pacientit.

### 3.2.2. Pyetësorë

Përdorimi i pyetësorëve është shumë i shpeshtë përpara, gjatë dhe pas intervistës. Objektivi i tyre është të identifikojnë abuzimin ose varësinë. Ndoshta më i njohuri është *testi i vlerësimit të konsumit të drogës* (Drug Abuse Screening Test, DAST) i Skinnerit (1982, 1994); është një përshtatje e MAST-it, (*Michigan Alcoholism Screening Test*) që shërben për të zbuluar problemet e abuzimit me drogat dhe për të bërë vlerësimin e trajtimit. Manuali që ofron është matës i mirë i përmasave të problemeve ose pasojave të abuzimit me drogat. Plotësimi i tij bëhet për afërsisht 5 minuta. Versioni i fundit i DAST është i përbërë prej 20 pika në formë pyetjesh me dy mundësi përgjigjeje (Po ose Jo) (tabela 3.3). Individit duhet të rrethojë përgjigjen që i përshtatet rrethanave të tij. Në dy pika, atë 4 dhe 5, shënjohej përgjigjia negative (Jo = 1, dhe Po = 0). Ndërsa në 18 pikat e mbetura, përgjigja “Po” është e barabartë me 1 dhe përgjigja “Jo” me 0. Vlerësimi i testimit arrihet duke mbledhur të gjitha pikët. Shumica e pacientëve me problem alkooli ose drogash të tjera përgjithësisht marrin 5

pikë e sipër. Është e rëndësishme që të analizohen përgjigjet me 1 pikë, për të identifikuar problemet specifike të individit (për shembull, problemet familjare, në punë, etj.).

Edhe në rastin e heroinës mund të përdoren *pyetësorët e rrezikshmërisë të varësisë së opiatikëve (Severity of Opiate Dependence Questionnaire, SOPQ)* (Sutherland *et al.*, 1986), të cilët janë një përshtatje e SADQ-së (*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*). Ky pyetësor përfshin pyetje që lidhen me pesë dimensione: 1) sasia, mënyra e marrjes dhe zotëruesi i konsumit të opiatikëve; 2) simptomat fizike të abstinencës; 3) simptomat afektive të abstinencës; 4) konsumi i opiatikëve dhe i drogave të tjera për të lehtësuar simptomatologjinë e abstinencës; dhe 5) shpejtësia e vendosjes së simptomave të abstinencës mbas rifillimit të konsumimit të opiatikëve, mbas një periudhe mospërdorimi të drogës. Gjithashtu mbidhet informacion mbi të dhënat demografike dhe ngjarjet e rëndësishme në evoluimin individual të konsumit të heroinës, tolerancës dhe ndjesisë subjektive të të qënurit i zënë mat.

Tabela 3.3. Testi i vlerësimit të konsumit të drogave, DAST

Pyetjet e mëposhtme kanë të bëjnë me përdorimin e substancave (për shembull heroinës) gjatë 12 muajve të fundit. Nëse ka më shumë se një vit që ka ndërprerë konsumimin e drogave dhe aktualisht nuk konsumon, i referohet periudhës gjatë së cilës konsumonte. Lexoni me kujdes çdo pyetje dhe rrethoni një nga përgjigjet "Po" ose "Jo" sipas rastit. Jeni i lutur ti përgjigjeni të gjitha pyetjeve. Nëse keni ndonjë dyshim për ndonjërin nga pyetjet, zgjidhni përgjigjen që është më afër rastit tuaj.

#### Pyetje / Përgjigjet

1. Keni konsumuar droga të tjera përveç atyre që ju ka dhënë mjeku me recetë? Po/ Jo
2. Keni abuzuar me drogat e recetës? Po/ Jo
3. Abuzoni me më shumë se një drogë në të njëjtën kohë? Po/ Jo
4. Mund të qëndroni një javë pa konsumuar drogë? Po/ Jo
5. Kur doni të ndërprisni përdorimin, ia arrini gjithmonë? Po/ Jo
6. Keni pasur humbje kujtese ose shqetësime perceptive (flash backs) si pasojë e konsumimit të drogës? Po/ Jo
7. Jeni ndjerë ndonjëherë keq si pasojë e abuzimit të drogave? Po/ Jo
8. Ankohen prindërit tuaj, partneri ose miqtë për shkak të përdorimit tuaj të drogave? Po/ Jo
9. Ka krijuar ndonjëherë konsumi i drogave probleme midis jush dhe prindërve tuaj ose partnerit? Po/ Jo
10. Keni humbur ndonjëherë miq për shkak të konsumit tuaj të drogave? Po/ Jo
11. Ka ndodhur që të mos jeni prezentë në detyrime familjare ose të mos keni shkuar në punë për shkak të konsumit të drogës? Po/ Jo
12. Keni pasur ndonjëherë probleme në punë për shkak të konsumit të drogës? Po/ Jo
13. Keni humbur ndonjëherë punën për shkak të përdorimit të drogës? Po/ Jo
14. Keni marrë pjesë ndonjëherë në një përleshje, ndërkohë që keni qenë nën efektin e drogave? Po/ Jo
15. Jeni përfshirë në aktivitete të jashtëligjshme për të gjetur drogë?
16. Ju kanë arrestuar ndonjëherë për zotërim droge? Po/ Jo
17. Keni pasur ndonjëherë simptoma abstinence kur keni ndërprerë përdorimin e drogës? Po/ Jo



18. Keni pasur ndonjëherë probleme shëndetsore për shkak të përdorimit të drogave (për shembull, humbje kujtese, hepatit, kontraktime, hemorragji)? Po/ Jo
19. Keni kërkuar ndonjëherë ndihmë për një problem droge? Po/ Jo
20. Jeni trajtuar ndonjëherë për konsumin e drogave? Po/ Jo

Treguesi kryesor i vlerësimit të varësisë nga droga varet nga *motivacionit i pacienti për të ndryshuar*. Prochaska et al. (1994) propozuan gjashtë stade ndryshimi: paravrojtimit, vrojtimit, përgatitjes, veprim, mirëmbajtje dhe finalizim. Në stadin e *paravrojtimit* i varuri nga droga nuk sheh si problematike sjelljen e tij dhe nuk ka ndërmend ta ndërpresë përdorimin për gjashtë muajt e ardhshëm. Në stadin e *vrojtimit* konsumuesi fillon ta vrojtoj sjelljen e tij si një problem, kërkon në mënyrë aktive informacion dhe fillon ta mendoj seriozisht ndërprerjen gjatë gjashtë muajve të ardhshëm.

Në stadin e *përgatitjes për të vepruar* pacienti është gati për veprimin terapeutik, tashmë e ka marrë vendimin që të ndërpresë konsumimin sa më shpejtë (brënda 30 ditëve të ardhshme). Në fazën e *veprimit*, i varuri nga droga e ka ndërprerë përdorimin dhe abstenon për gjashtë muaj. Nëse pacienti qëndron më shumë se gjashtë muaj pa përdorur drogë atëherë është në stadin e *mirëmbajtjes*. Nëse ishkonsumuesi kalon pesë vjet pa rifilluar atëherë kalon në stadin e *finalizimit*, ku problemi konsiderohet i zhdukur; pacienti do të shfaq një mosdëshirë për përdorimin e drogës në rastet kur do ti jepet mundësia e përdorimit (niveli i tundimit është zero) dhe besueshmëria që të mos konsumojë në çfarëdo shtate është një qind për qind.

Një nga problemet kryesore të fushës së adiksioneve është fakti që procesi i ndryshimit për shumicën e të varurëve nga droga nuk qëndron linear nga stadi i paravrojtimit deri te finalizimi, por ky proces ndjek rrugën e një spiraleje. Ndërkohë përtëritja është një fenomen që ndodh shumë shpesh. Kjo e fundit kuptohet si braktisja e abstinencës në stadin e veprimit ose të mirëmbajtjes, duke bërë një regresion ciklik të konsumuesit në stadet fillestare të paravrojtimit ose të vrojtimit.

Përfshirja klinike e cila shpërbëhet nga ky model është nevoja për të vlerësuar stadin në të cilin gjëndet pacienti, në mënyrë që të kuptohet motivimi i tij për të ndryshuar dhe për ti ofruar atij trajtimin më të përshtatshëm, në mënyrë që të japë rezultate maksimale. Pacientët në stade të ndryshme kërkojnë edhe trajtime të ndryshme. Në rast se nuk veprohet kështu atëherë ka shumë mundësi që pacienti të shfaq rezistencë ndaj ndryshimit; sa më i madh të jetë ndryshimi aq më i madh do të jetë niveli i rezistencës.

Shumë nga personat që kërkojnë të trajtohen për përdorim të subrancave kanë edhe probleme të tjera si çrregullime ankthi dhe depresioni. Mund të ndodh që të nevojitet një vlerësim i këtyre problemeve për të përcaktuar nëse nevojitet trajtim shtesë. Një instrument shumë i nevojshëm për këtë është *SCL-90*.

Është një pyetësor klinik me informacion vetjak, shumë dimensional, i cili shërben për të vlerësuar simptomat psikopatologjike dhe shqetësimin psikologjik të popullsisë normale dhe të popullsisë psikiatrike. Nuk është një njësi matëse e personalitetit, përveçse në mënyrë jo të drejtëpërdrejtë, që do të thotë se disa lloje çrregullimesh të personalitetit mund të shfaqin një profil karakteristik në përmasat e simptomave fillestare. Shpërndan tregues të rrezikshmërisë psikopatologjike dhe për më tepër mundëson njohjen e shpeshtisë të simptomave përgjatë javës së fundit dhe intensitetin e tyre.

SCL-90 konstaton se janë 90 pika, të cilat shënjojnë dhe interpretojnë me anë të nëntë dimensioneve simptomash fillestare (somatizim, obsesivo-kontraktues, ndjeshmëri ndërpersonale, depresion, ankth, kundërshtim, ankth fobik, krijime paranojake dhe psikoticizëm) dhe tre tregues global të të ndjerit keq:

Treguesi I Përgjithshëm Simptomatik (IGS); Treguesi Pozitiv i Simptomave Stresuese (ISPE); Totali i Simptomave Pozitive (TSP). Këta tre tregues janë zhvilluar dhe i janë shtuar me qëllim që të shpërndajnë më shumë fleksibilitet në vlerësimin e përgjithshëm të statusit psikopatologjik të pacientit. Tre treguesit reflektojnë aspekte të ndryshme të çrregullimit psikologjik. Ky pyetësor duhet bërë kur pacienti të ketë superuar sindromën e abstinencës dhe ka abstenuar për dy deri katër javë; në të kundërt, acarimet psikopatologjike që shfaq pacienti mund të jenë pasojë e përdorimit të drogës. Për shembull, në rastin e kokainomanëve mund të shfaqen simptoma psikotike për shkak të konsumit të kokainës, që nuk ndryshon nga një psikozë autentike paranojake. I vetmi ndryshim është që simptomat e shkaktuara nga kokaina janë tranzitore dhe përgjithësisht zhduken në krye të 2 deri në 5 ditëve pa konsumuar drogë.

### 3.2.3. Regjistri vetjak

Regjistri vetjak është një nga instrumentat e vlerësimit të sjelljes që përdoret më së shumti në zhvillimin e formulimit klinik, duke qenë se lejon përfshirjen e instruksioneve të detajuara në mënyrë që pacienti të regjistroj aspekte të ndryshme të sjelljes së tij adiktive, jo vetëm si përshkrim përgjigjeje por edhe në raport me variabël të tjerë të stimulimit.

Regjistrat vetjakë janë disa letra në formë ditari të cilat plotësohen nga individit mbi konsumin e tij, rrethanat e mëparshme (ora, vendi, shoqëria, aktivitetet e kryera, mendimet) dhe pasojat e konsumit (paratë e shpenzuara, efektet e vuajtura, etj.).

Të dhënat e regjistrave vetjakë mund të jenë shumë më të sakta sesa informacioni i intervistës, por kjo vetëm nëse plotësohen përpara dhe mbas konsumit, pasi duhen kryer ndërkohë që nuk janë nën efektin e çrrgullimeve të kujtesës që ndodhin me kalimin e kohës. Megjithatë, mund të shfaqen të paktën tre lloje problemesh të cilët do të mund të dëmtojnë cilësinë e të dhënave vetëvrotuese: 1) nëse pacienti nuk e plotëson rregullisht regjistrin vetjak; 2) vështirësia për të regjistruar konsumin e substancave në disa situata (për shembull, kur është me miqtë); dhe 3) regjistri vetjak mund të shkaktojë reaksion, sidomos nëse vihet re përdorimi i substancës përpara se të konsumohet. Në rastin e parë, nëse dyshohet për këtë mundësi, mjeku klinik duhet ti paraprijë dhe ti kërkojë pacientit që të plotësoj regjistrin vetjak në momente specifike (për shembull, kur duhet të hajë, përpara se të flerë). Në rastin e dytë, duhen planifikuar strategji të tjera se si mund të regjistrohet pjesa tjetër e konsumit (për shembull, kokrrat që mbeten). Në rastin e tretë, mund të minimizohen efektet e reaksionit duke e plotësuar regjistrin mbas konsumit. Saktësia e të dhënave të regjistrit varet edhe nga terapeuti, i cili duhet ti verifikoj këto të dhëna periodikisht.

Regjistrat vetjak rekomandohen jo vetëm për të shënuar konsumin dhe rrethanat e tij, por mund të përdoren edhe për të vlerësuar shumë aspekte të tjera. Për shembull, mund të realizohen regjistra të mendimeve automatike, të aktiviteve ditore, të dëshirës së konsumit të heroinës, kokainës ose drogave sintetike, etj.

### 3.2.4. Prova fiziologjike

Aktualisht ekzistojnë prova të ndryshme se disa stimule që kanë lidhje me drogat mund të ndërpresin zinxhirin e përgjigjeve fiziologjike dhe të “dëshirave të parëzistueshme” tek konsumatorët, ndërkohë që vihen re këto përgjigje tek konsumuesit përballë stimuleve neutrale.

Ndërkaq mund të analizohet niveli i adiksionit tek një vartës i drogës nëpërmjet një vlerësimi fiziologjik, me anë të të cilit do të mund të përcaktohet ndikimi që kanë këta stimuj të kushtëzuar tek ndërprerja e zinxhirit të

dëshirës subjektive të drogës dhe të përtëritjes. Procedura e kryerjes së këtij vlerësimi përbëhet nga dy faza: përgatitje dhe aplikim. Në fazën e përgatitjes specifikohen: a) masat psikofiziologjike (temperatura periferike, reagimi elektrodermik dhe pulsi kardiak); b) masa subjektive: dëshirë ose dashuri për drogën, sindroma e abstinencës dhe reagimet agoniste; c) përpunim i një hierarkie stimuluesh që lidhen me konsumin e heroinës, kokainës ose i drogave sintetike (shitblerja, përgatitja dhe rituali i marrjes) si dhe i stimuljeve të ndryshëm neutralë. Në fazën e aplikimit, procedohet në bashkëpunim me sekuencën vijuese: a) vendoset një kufi bazë për një kohëzgjatje rreth pesë minuta, gjatë së cilë vlerësohen reaksionet e ndryshme subjektive dhe psikofiziologjike të stimuljeve të ndryshëm neutralë; b) procedohet me prezantimin e një stimuli që ka lidhje me konsumin e drogës (për shembull, përgatitja) dhe vlerësohen sërish variblët subjektivë dhe psikofiziologjikë; dhe c) kjo procedurë përsëritet edhe një ose dy herë të tjera dhe më pas përsëritet sërish gjatë trajtimit për të përfunduar terapinë e ekspozimit.

### 3.2.5. Analiza të tjera

Duke qënë se pacientët mund të japin informacion jo të saktë gjatë intervistës klinike, në pyetësorët dhe në regjistrat vetjak, është e nevojshme që të merret informacion nga njerëz të rëndësishëm në jetën e tyre si dhe të merren masa fiziologjike.

#### A) Intervista me njerëz të rëndësishëm

Sa herë që është e mundur, terapeuti duhet të kryejë një intervistë me anëtarët e familjes ose me persona të tjerë të afërt të cilët e njohin pacientin si dhe kanë kontakt të shpeshtë me të. Rekomandohet që këta persona të mos kenë probleme me alkoolin ose me droga të tjera.

Informacioni i personave të ndryshëm mund të ndryshojë vazhdimisht vlefshmërinë e vlerësimit. Besueshmëria e informacioneve vetjake do të shtohet vetëm atëherë kur pacienti është në dijeni se informacioni që ai jep mund të përgenjshetrohet nga dikush tjetër. Mund të ndodh që familja ose personat e tjerë do të mos dinë shumë gjëra të detajuara për pacientin (për shembull, sasinë ose shpeshtinë), por në shumicën e rasteve do të japin informacion shumë të vlefshëm mbi ndryshimet e sjelljes së pacientit ose mbi problemet e rëndësishme që vijnë si pasojë e konsumit të drogës. Përfshirja e këtyre personave, veçanërisht e familjes, gjatë fazave të para të vlerësimit do të lehtësoj mbështetjen e mëvonshme të këtyre personave gjatë trajtimit.

#### B) Prova biologjike

Edhe pse informacioni i dhënë nga pacienti është i vërtetë, rekomandohet që të përdoren prova biologjike për të ratifikuar informacionin vetjak gjatë vlerësimit, trajtimit dhe vazhdimet. Analitika e urinës, ose analiza e urinës është testi biologjik që përdoret më shpesh, edhe pse periodua e gjetjes së substancave nëpërmjetë kësaj metode kërkon pak kohë (nga një deri në tre ditë për shumicën e drogave) (tabela 3.4), duke qënë se është logjikisht në varësi të dozës së marrë dhe mënyrës se si është marrë. Analizat e urinës kanë jo vetëm një qëllim vlerësues, por janë edhe të nevojshme për terapinë, e cila konsiston në: 1) përcaktimi i një treguesi objektiv për gjëndjen e vlerësimit të trajtimit të pacientit, terapeutit dhe familjes, dhe 2) përforsim i aftësisë së pacientit për ti rezistuar dhe për të përballuar dëshirën për drogë. Ekzistojnë disa mënyra për të gjetur drogën në urinë. Mënyra më praktike dhe më e kujdeshme që përdoret shpesh teknika e *enzimoinmunoprovës*, me anë të së cilës mund të gjendet me siguri në urinë prezença e thujtës së gjitha drogave, 72 orë mbas dozës së fundit. Mostrat e urinës që mund të merren vazhdimisht (për shembull, çdo dy ose tre ditë përgjatë trajtimit)

ose në mënyrë të herë pas hershme (për shembull, kur paraqiten rrethana të veçanta të cilat mund të provokojnë përtëritjen) ose në mënyrë të rastësishme.

Tabela 3.4. Koha e gjetjes së substancave abuzive në urinë

Substanca	Doza (mg)	Koha e gjetjes në urinë
Heroinë	10	1-4 ditë
Kokainë	250	8-48 orë
Amfetamina	30	1-120 orë

Por është e rëndësishme që të mos harrohet se rezultatet pozitive të analizave të urinës, tregojnë vetëm një përdorim të vonët të drogave; nuk tregojnë domosdoshmërisht abuzim apo varësi nga droga. Rekomandohet që kur një analizë rezulton pozitive, të ribëhet për të rritur besueshmërinë e saj. Nëse terapeuti mendon se rezultati i provës është negativ por i rremë, atëherë duhet përsëritur analiza me një metodë të re dhe në një laborator tjetër.

### 3.3. Diagnoza dhe diagnoza e diferencuar

#### 3.3.1. Heroina

Siç e kemi parë edhe më sipër, heroina është opiatiku gjysëmsintetik i jashtëligjshëm më i konsumuar. Tek DSM-IV përfshihen dy çrregullime për shkak të konsumit të opiatikëve, *varësia nga opiatikët* dhe *abuzimi i opiatikëve*, si edhe disa *çrregullime të shkaktuar nga opiatikët* (për shembull, intoksikimi nga opiatikët, *delirium* nga intoksikimi i opiatikëve). Për të diagnostikuar me DSM-IV varësinë e opiatikëve dhe abuzimin e opiatikëve, ndiqen kriteret e përgjithshme që janë propozuar për varësinë dhe abuzimin me substancat në kapitullin 1.

Në DSM-IV tek përkufizimi i *intoksikimit nga opiatikët* përfshihet prezenca e ndryshime të papërshtatshme të sjelljes dhe disa simptoma specifike fizike të konsumit të opiatikëve (tabela 3.5).

Në përgjithësi, prezenca e një gjëndjeje shpirtërore të acaruar, vonesë psikomotorë (frenim psikomotor), përgjumësi, të folur të nxituar, zvogëlim të kujtesës dhe të vëmendjes në prezencën e treguesve të tjerë të një konsumi të vonët të opiatikëve nxorrën një diagnozë intoksikimi nga opiatikët. DSM-IV merr parasysh specifikimin “perceptime të acaruar”.

Tabela 3.5. Kriteret për diagnozën e intoksikimit nga opiatikët

- A. Konsum i vonët i një opiatiku.
- B. Ndryshime psikologjike ose të sjellurit të papërshtatshëm, klinikisht domethënës (për shembull, eufori fillestare e ndjekur nga apatia, disforia, humbja e qetësisë ose frenimi psikomotor, acarim i

aftësisë së gjykitimit, ose degjenerim social ose në punë) të cilët shfaqen pak kohë mbas konsumit të opiatikëve.

- C. Miozis (ose midriazis nga anoksia në intoksikimin e rëndë) dhe një (ose më shumë) nga shënjat e mëposhtme, të cilat shfaqen pak kohë mbas konsumit të opiatikëve:
1. Përgjumësi ose koma.
  2. I folur i nxituar.
  3. Degjenerim i vëmendjes ose i kujtesës.
- D. Simptomat nuk janë pasojë e një sëmundje mjekësore dhe as nuk shpjegohen më mirë me prezencën e çrregullimeve të tjera mendore.

*Shënim i kodifikimit: Kodifikim F11.04 me perceptime të acaruar.*

*Abstinenca e opiatikëve* në DSM-IV përcaktohet nga një formë shenjash dhe simptomash kundër efekteve agoniste akute (tabela 3.6). Në shumicën e individëve të varur nga droga me efekte të shkurtra si heroína, reaksionet që vijnë nga konsumi shfaqen afërsisht 6-8 orë mbas dozës së fundit. Orët e para të sindromës së abstinencës karakterizohen nga dhimbje muskulare, hapje goje, djersitje e bollshme dhe lot. Tridhjetë e gjashtë orë mbas injektimit të fundit me heroinë, simptomat rëndohendhe mund të shfaqen kontraktime muskulare, ethe, djersë të ftohta që alturnohen me djersitje dhe një shtim i rrahjeve kardiake dhe i presionit të gjakut. Normalisht ka edhe të përzierja, të vjella, diarre dhe shqetësime të gjumit. Sindromat më intense të abstinencës zgjasin rreth 72 orë dhe më pas, do të zvogëlohen gradualisht gjatë 5 ose 10 ditëve të ardhshme.

Tabela 3.6. Kriteret për diagnozën e abstinencës së opiatikëve.

- A. Disa nga mundësitë e mëposhtme:
1. Ndërprerje (ose zvogëlim) e një konsumi të bollshëm dhe të zgjatur në kohë (disa javë ose më shumë) të opiatikëve.
  2. Marrje e një opiatiku luftarak mbas një periudhe konsumimi opiatikësh.
- B. Tre (ose më shumë) nga shënjat ose simptomat e mëposhtme, të cilat shfaqen nga disa minuta deri në disa ditë mbas kriterit A.
1. Humor disforik.
  2. Të përzierja dhe të vjella.
  3. Dhimbje muskulare.
  4. Lotë ose rinorre.
  5. Zgjerim të pupilës, piloereksion dhe djersitje.
  6. Diarre.
  7. Hapje goje.
  8. Temperaturë.
  9. Pagjumësi.

- C. Simptomat e kriterit B provokojnë shqetësime klinike domethënëse ose degjenerim social, në punë ose në fusha të tjera të rëndësishme të aktivitetit të individit.
- D. Simptomat nuk janë pasojë e sëmundjes mjekësore dhe as nuk shpjegohen më mirë nga prezenca e çrregullimeve të tjera mendore.

Janë disa çrregullimet që mund të *shkaktohen nga opiatikët*, përveç intoksikimit dhe abstinencës: *delirium* nga intoksikimi, çrregullime psikotike, çrregullime të gjëndjes shpirtërore, çrregullime seksuale dhe çrregullime të gjumit. Siç mund ta shihni edhe në tabelën 3.7, ku paraqitet një përmbledhje e kriterëve diagnostike të DSM-IV për çrregullimet e shkaktuara nga substancat, të cilët diagnostikohen në vend të intoksikimit ose të abstinencës të substancës në fjalë, vetëm kur simptomat janë më shumë se zakonisht lidhen me sindromën e intoksikimit dhe kur shfaqin rrezikshmërinë e nevojshme për të merituar një vëmendje klinike të pavarur.

Tabela 3.7. Përmbledhje e kriterëve diagnostikë të DSM-IV për çrregullimet e shkaktuara nga substancat.

- A. Prezenca e simptomës psikiatrike të veçantë.
- B. Duke u nisur nga historiku klinik, eksplorimi fizik ose kontrollet e laboratorit janë provat (1) ose (2):
  1. Simptomat e kriterit A shaqen gjatë ose në muajin që pason intoksikimin nga ose abstinencia e substancave.
  2. Konsumi i një ilaçi është i lidhur etiologjikisht me acarimin.
- C. Acarimi nuk shpjegohet më mirë me prezencën e një çrregullimi mendor që nuk është shkaktuar nga substancat. Provat që simptomat nuk janë pasojë e një çrregullimi mendor që nuk është shkaktuar nga substancat mund të jenë të poshtëshënuarat:  
 Simptomat paraprijnë fillimin e konsumit të substancës (ose konsumin e mjekimeve); simptomat vazhdojnë gjatë një peirudhe kohore të caktuar (për shembull 1 muaj) ndërmjet abstinencës akute dhe intoksikimit të rëndë, ose janë qartësisht të tepruara në lidhje me atë që do të pritej nga lloji ose sasia e substancës së përdorur ose nga kohëzgjatja e përdorimit të saj, ose ka të dhëna të tjera që paraqesin ekzistencën e një çrregullimi psikiatrik që nuk shkaktohet nga substanca (për shembull, historia e episodeve të përsëritur që nuk lidhet me substancat).

Shënim: Kjo diagnozë duhet realizuar në vend të diagnozës së intoksikimit nga substancat ose abstinencia e substancave vetëm nëse simptomat që lidhen me sindromën e intoksikimit ose të abstinencës janë më shumë se zakonisht dhe kur simptomat janë aq të rënda sa të meritojnë një vëmendje klinike të pavarur.

Të specifikohet nëse:

- Nga fillimi dhe gjatë intoksikimit: nëse plotësohen kriteret e intoksikimit nga substanca.

- Nga fillimi dhe gjatë abstinencës: nëse plotësohen kriteret e abstinencës së substancës dhe nëse simptomat që shfaqen gjatë katër javëve mbas sindromës së abstinencës.

### 3.3.2. Kokaina

Në ditët e sotme dihet se kokaina shkakton një mënyrë të sjellurit të abuzimit dhe varësisë tek një përqindje e caktuar e konsumatorëve. DSM-IV përshkruan dy çrregullime për konsumin e kokainës, *varësia nga kokaina* dhe *abuzimi i kokainës* si dhe disa çrregullime të shkaktuara nga kokaina, si intoksikimi, çrregullimi i gjëndjes shpirtërore, çrregullimi i gjumit, etj. Njësoj si për opiatikët, DSM-IV përdor kriteret e përgjithshme për varësinë e substancave dhe për abuzimin e substancave për të diagnostikuar *varësinë e kokainës* dhe *abuzimin e kokainës* (shih tabelën në kapitullin e I-rë). Klinikisht dhe praktikisht, mund të dyshohet për varësi ose abuzim të kokainës tek pacientët që shfaqin ndryshime të pashpjegueshme të personalitetit të tyre.

Ndryshimet e zakonshme që lidhen me përdorimin e kokainës janë irritimi, mungesa e aftësisë për tu përqëndruar, sjellje kompulsive, pagjumësi e theksuar dhe humbje në peshë. Kolegët e punës dhe familjarët mund të vënë re një paaftësi të përgjithshme në rritje, për të çuar deri në fund detyrat që duhen bërë në punë ose në shtëpi. Pacienti mund të shfaq një shtim të borxheve ose një paaftësi për të paguar faturat në kohë për shkak të shumave të mëdha të parave që shpenzon për blerjen e kokainës. Abuzuesit e kokainës mungojnë shpesh në punë ose në ngjarje shoqërore, pasi çdo 30-60 minuta duhet të gjejnë një vend të veçuar ku të mund të thithin nga hunda kokainën. Për shkak të efekteve të ngushtimit të venave që ka kokaina, përdoruesit e saj thuajse gjithmonë kanë probleme me kongestionin në hundë dhe ndonjëherë tentojnë të vetëmjekohen me pluhura çkongjestues.

DSM-IV specifikon kriteret për diagnozën e *intoksikimit nga kokaina* (tabela 3.8), duke bërë enfazë në shenjat dhe simptomat fizike dhe të sjellurit të konsumit të kokainës. Dozat e larta të kokainës prodhojnë një sërë simptomash ndër të cilat mund të përmenden humbja e qetësisë, irritimi, gjykim i dobësuar, sjellje seksuale potencialisht e rrezikshme dhe impulsive, sulmim, shtim i përgjithshëm i aktivitetit psikomotor dhe potencialisht, simptomat e manisë. Simptomat kryesore fizike që lidhen me takikardinë, hipertensionin dhe midriazin. Kriteret diagnostikuese të DSM-IV kanë parasysh edhe specifikën e prezencës së perceptimeve të acaruar.

Nëse haluçinacionet janë prezente në mungesën e gjykimit të realitetit të paprekur, diagnoza e saktë është një çrregullim psikotik i shkaktuar nga kokaina i shoqëruar me haluçinacione.

Tabela 3.8. Kriteret për diagnozën e intoksikimit nga kokaina.

- 
- A. Konsum i vonët i kokainës.
  - B. Ndryshime psikologjike ose të sjellurit që nuk përshtaten dhe që janë klinikisht domethënëse (për shembull, euforia ose mpirja emocionale e shqisave; shtim i shoqërizimit; hipervigjilencë; ndjeshmëri ndërpersonale; ankth; tension ose inat; sjellje të estereotipizuara; degjenerim i aftësisë së gjykimit, ose degjenerim i aktivitetit shoqëror ose në punë) të cilët shfaqen përgjatë, ose pak kohë mbas, konsumit të kokainës.
  - C. Dy ose më shumë nga shenjat e mëposhtme, të cilat shfaqen përgjatë ose pak kohë mbas konsumit të kokainës:
    1. Takikardi ose bratikardi.

2. Zgjerim i pupilës.
3. Shtim ose zvogëlim të tensionit arterial.
4. Djersitje ose djersë të ftohta.
5. Të përziera ose të vjella.
6. Humbje e konsiderueshme e peshës.
7. Humbje e qetësisë ose vonesë psikomotore.
8. Dobësi muskulare, depresion në frymëmarrje, dhimbje në kraharor ose aritmi kardiake.
9. Konfuzion, kriza konvulsive, diskinezi, distoni ose koma.

- D. Simptomat nuk janë shkak i një sëmundje mjekësore dhe as nuk shpjegohen më mirë me prezencën e një çrregullimi tjetër mendor.

*Shënim kodifikimi: kodifikim F14.04 po me perceptime të acaruar.*

DSM-IV ka vendosur kriteret diagnostike për *abstinencën e kokainës* (tabela 3.9). Mbas ndërprerjes së konsumimit të kokainës ose mbas intoksikimit akut, shfaqet një depresion i karakterizuar nga disforia, anhedonia, ankthi, irritimi, lodhja, hiperpërgjumësia, dhe ndonjëherë humbje të qetësisë. Me një konsum të lehtë ose të moderuar, këto simptoma zgjasin rreth 18 orë. Me një konsum të lartë, simptomat mund të zgjasin një javë, duke e arritur pikën e tyre të fortë midis ditës së dytë dhe të katërt mbas ndërprerjes së konsumimit.

Tek disa pacientë kjo sindromë mund të zgjasë disa javë ose disa muaj. Simptomat e abstinencës mund të lidhen edhe me ideim të vetëvrasjes. Gjatë periudhës së abstinencës dëshira e kokainës (craving) mund të jetë shumë intense, duke qënë se personi e di që po të marr kokainë mund të lehtësoj simptomat e bezdisshme të sindromës së abstinencës. Personat që përjetojnë sindromën e abstinencës janë të prirur të pijnë alkool, të marrin qetësues, hipnotikë ose haluçinotikë.

Tabela 3.9. Kriteret për diagnozën e abstinencës së kokainës

- A. Ndërprerje (ose zvogëlim) e konsumit të zgjatur, të sasive të bollshme të kokainës.
- B. Gjëndje shpirtërore disforike dhe dy (ose më shumë) nga ndryshimet e mëposhtme fiziologjike, të cilët shfaqen pak orë, ose ditë, mbas kriterit A:
  1. Lodhje.
  2. Ëndrra të jetuara dhe të pakëndshme.
  3. Pagjumësi dhe hipersomni.
  4. Shtim i oreksit.
  5. Vonesa ose humbje të qetësisë psikomotore.
- C. Simptomat e kriterit B shkaktojnë një shqetësim klinik domethënës ose një degjenerim i aktivitetit të punës, aktivitetit shoqëror, dhe të fushave të tjera të rëndësishme të aktivitetit të individit.
- D. Simptomat nuk janë pasojë e një sëmundjeje mjekësore dhe as nuk shpjegohen nga prezenca e një tjetër çrregullimi mendor.



Njësoj si në rastin e heroinës apo të substancave të tjera, DSM-IV përfshinë manifestime shtesë të *shkaktuara nga kokaina*, që shfaqin çrregullime të tjera psikiatrike: *delirium* nga intoksikimi i kokainës; çrregullim të ankthit të shkaktuar nga kokaina, çrregullim seksual të shkaktuar nga kokaina dhe çrregullim të gjumit të shkaktuar nga kokaina. Kriteret diagnostikuese për këto çrregullime janë të ngjashëm me ata që u prezantuan për heroinën.

Këto çrregullime diagnostikohen në vend të diagnozës së intoksikimit ose të abstinencën së kokainës vetëm kur janë më shumë se ato që shfaqen zakonisht në një sindromë të intoksikimit ose të abstinencës karakteristike të kokainës dhe kur kërkojnë vëmendje klinike në mënyrë të pavarur. Në këto raste nuk është e nevojshme që të realizohet një diagnozë shtesë e intoksikimit ose e abstinencës së substancave. Në vend të kësaj mund të tregohet specifikimi që fillon gjatë intoksikimit ose që fillon gjatë abstinencës.

### 3.3.3. Drogat sintetike

Vitet e fundit janë shfaqur një sërë substancash të reja të njohura si “drogat e modës” ose “drogat sintetike”, pasi shumica e tyre janë si amfetamina. Siç e përmendëm edhe në kapitullin e I-rë, më e përdorura në ambientin tonë është 3,4-metilendioksimentamfetaminë (MDMA) e njohur si “ekstazi”. Këto substanca kanë efekte neurokimike mbi sistemin serotoninergjik dhe dopaminergjik dhe, edhe pse mbizotërojnë efektet stimuluese, mund të ketë edhe efekte haluçinotikësh, megjithëse probemet e çorientimit dhe të çrregullimeve perceptuale janë më të pakta se me haluçinotikët klasikë (për shembull, LSD). Në DSM-IV, MDMA-ja bën pjesë tek çrregullimet për shkak të konsumit të haluçinotikëve, megjithatë MDMA-ja sillet më shumë si një drogë e llojit të amfetaminës. Ndërkaq, e konsiderojmë si një çrregullim për shkak të konsumit të amfetaminës. Në DSM-IV kriteret për *abuzimin dhe varësinë e amfetaminave* i bashkangjiten çrregullimeve për shkak të konsumit të substancave (shih tabelat e kapitullit 1). Format e konsumit dhe varësia nga amfetaminat janë të ngjashme me ato të kokainës, edhe pse efektet e amfetaminave zgjasin më shumë dhe për pasojë, konsumi është më pak i shpeshtë se në rastin e kokainës tek kokainomanët. Konsumi mund të jetë kronik ose episodik.

Në DSM-IV diagnozat për *intoksikimin nga amfetaminat* (tabela 3.10) shfaqen si një njësi e pavarur por praktikisht janë po të njëjtat si intoksikimi nga kokaina. DSM-IV merr parasysh specifikën e çrregullimeve perceptuale. Në rast se gjykimi i realitetit nuk është i paprekur do të thotë se kemi të bëjmë me një diagnozë të çrregullimit psikotik të shkaktuar nga amfetaminat që e ka filluesën gjatë intoksikimit.

Simptomat e intoksikimit nga amfetaminat në shumicën e rasteve shfaqen mbas 24 orëve dhe, në përgjithësi, e humbasin intesitetin e tyre plotësisht mbas 48 orësh.

Tabela 3.10. Kriteret për diagnozën e intoksikimit nga amfetamina.

- 
- A. Konsum i vonët i amfetaminës ose i substancave të ngjashme (për shembull, metilfenidato).
  - B. Ndryshime psikologjike ose të sjellurit që nuk përshtaten dhe që janë klinikisht domethënëse (për shembull, euforia ose mpirja emocionale e shqisave; shtim i shoqërizimit; hipervigjilencë; ndjeshmëri ndërpersonale; ankth; tension ose inat; sjellje të estereotipizuara; degjenerim i aftësisë së gjykimit, ose degjenerim i aktivitetit shoqëror ose në punë) të cilët shfaqen përgjatë, ose pak kohë mbas, konsumit të amfetaminave ose të substancave të ngjashme.
  - C. Dy ose më shumë nga shenjat e mëposhtme, të cilat shfaqen përgjatë ose pak kohë mbas konsumit të amfetaminës ose të substancave të ngjashme:

1. Takikardi ose bratikardi.
2. Zgjerim të pupilës.
3. Shtim ose zvogëlim të tensionit arterial.
4. Djersitje ose djersë të ftohta.
5. Të përziera ose të vjella.
6. Humbje e konsiderueshme e peshës.
7. Humbje e qetësisë ose vonesë psikomotore.
8. Dobësi muskulare, depresion në frymëmarrje, dhimbje në kraharor ose aritmi kardiake.
9. Konfuzion, kriza konvulsive, diskinezi, distoni ose koma.

- D. Simptomat nuk janë shkak i një sëmundje mjekësore dhe as nuk shpjegohen më mirë me prezencën e një çrregullimi tjetër mendor.

*Shënim kodifikimi: kodifikim F15.04 po me perceptime të acaruar.*

“Rënia” (crash) mbas intoksikimit të amfetaminave mund të shoqërohet me ankth, të dridhura, gjëndje shpirtërore disforike, letargji, lodhje, makte, dhimbje koke, djersitje e bollshme, ethe muskulare, ethe stomaku dhe uri e pangopur. Simptomat e abstinencës arrijnë pikën e tyre të fortë në ditën e dytë ose të katërt dhe kanë prirjen që të zhduken për një javë.

Problemi më i rëndë i abstinencës së amfetaminave është depresioni që mund të jetë shumë i rëndë mbas konsumit të vazhdueshëm të dozave të larta të amfetaminave dhe që mund të çoj në ideim ose në një sjellje vetëvrasëse. Kriteret diagnostikuese të DSM-IV për *abstinencën e amfetaminave* specifikojnë si një nga kriteret, shfaqjen e një gjëndje shpirtërore specifike nga ana e pacientit dhe dy ose më shumë ndryshime fiziologjike (tabela 3.11).

Tabela 3.11. Kriteret për diagnozën e abstinencës së amfetaminave

- A. Ndërprerje (ose zvogëlim) e konsumit të zgjatur, të sasive të bollshme të amfetaminave.
- B. Gjëndje shpirtërore disforike dhe dy (ose më shumë) nga ndryshimet e mëposhtme fiziologjike të cilët shfaqen disa orë ose ditë mbas kriterit A:
  1. Lodhje.
  2. Ëndrra të jetuara dhe të pakëndshme.
  3. Pagjumësi dhe hipersomni.
  4. Shtim i oreksit.
  5. Vonesa ose humbje të qetësisë psikomotore.
- C. Simptomat e kriterit B shkaktojnë një shqetësim klinik domethënës ose një degjenerim i aktivitetit të punës, aktivitetit shoqëror, dhe të fushave të tjera të rëndësishme të aktivitetit të individit.
- D. Simptomat nuk janë pasojë e një sëmundjeje mjekësore dhe as nuk shpjegohen nga prezenca e një tjetër çrregullimi mendor.

Njësoj si në rastin e heroinës dhe kokainës, tek DSM-IV renditen një sërë çrregullimesh shtesë të shkaktuar nga amfetaminat: *delirium* për shkak të intoksikimit me amfetamina; çrregullim psikotik i shkaktuar nga amfetaminat, çrregullim i gjumit i shkaktuar nga amfetaminat, çrregullim i ankthit i shkaktuar nga amfetaminat dhe çrregullim seksual i shkaktuar nga amfetaminat. Instrumenti kryesor për të diagnostikuar një çrregullim të shkaktuar nga amfetaminat është momenti kur simptomat përcaktuese të këtyre çrregullimeve psikiatrike janë më shumë se ato që shfaqen gjatë intoksikimit ose abstinencës të amfetaminave dhe përkeqësimi i tyre kërkon vëmendje klinike.

### 3.4. Formulimi i çrregullimit

Formulimi klinik karakterizohet nga renditja e variablëve më të rëndësishëm që mund të shpjegojnë procesin nëpërmjet të cilit individi ka mësuar adiksionin e tij. Ndërkaq, duhet të shërbejë si guidë për të vendosur se cili është trajtimi më efektiv, pra ai që ka një raport më të mirë kosto-përfitime, tek një pacient i caktuar. Për më tepër, lejon identifikim dhe rregullon përcaktuesit e shumtë të sjelljes, në nivel të përgjithshëm dhe diversitetin e ndërveprimeve midis proceseve psikologjike bazike, rezultat i të cilëve është çrregullimi adiktiv. Formulimi klinik është një hipotezë që përmban tre elementë: 1) identifikon marrëdhënien funksionale të të gjithë problemet që pacienti paraqet; 2) shpjegon se përse kanë ndodhur vështirësitë në sjellje; dhe 3) jep predikim mbi përgjigjet e mundshme të pacientit përballë situatave stimuluese në të ardhmen. Nëpërmjet formulimit të të sjellurit integrohet dhe renditet i gjithë informacioni i mbledhur në mënyrë objektive dhe deskriptive përgjatë procesit të të vlerësimit, i renditur paraprakisht, në mënyrë që të bëhet ndërhyrja dhe të kuptohen marrëdhëniet ekzistuese në problematikën e secilit person të varur nga droga.

Formulimi klinik përqëndrohet në *analizën funksionale*. Me analizë funksionale kuptojmë identifikim të variablëve paraprakë dhe atyre pasues që kontrollojnë një sjellje, dhe vendosjen e marrëdhënieve midis këtyre variablëve dhe sjelljes në fjalë. Elementët që përbëjnë një analizë funksionale janë katër: 1) stimulet paraprakë të përgjigjes (E); 2) variablët e organizmit (O); 3) përgjigja ose përgjigjet (R); dhe 4) stimulet pasues të përgjigjeve (C). Në figurën 3.1 paraqitet skema e përgjithshme që duhet ndjekur për të realizuar një analizë funksionale, që në këtë rast do ti referohet sjelljes së konsumimit të heroinës, kokainës dhe drogave sintetike.

*Stimujt paraprakë të përgjigjeve* janë ata stimujë që ruajnë një marrëdhënie funksionale të vërtetueshme me përgjigjet (shkëpusin zinxhirin ose lehtësojnë konsumin e secilës drogë abuzuese), në këtë rast konsumimi i heroinës, kokainës ose i drogave sintetike. Janë dy llojesh: të jashtëm dhe të brendshëm. Të jashtëmit mund të jenë në varësi të *situatës, kontekstit dhe ambientit*. Të parët janë sinjale ose situata që për arsye të të mësuarit sinjalizojnë mundësinë për konsumin ditor të substancës (për shembull, parku i lagjes, i makinës, shërbimi i një diskoteke që frekuenton).

Të dytët, i referohen vlerave, aspiratave, besimit, etj., të komunitetit në të cilin pacienti jeton në marrëdhënie me konsumin e drogave (për shembull, mundësia për të gjetur drogë, trafiku i drogës në lagjen ku jeton individi). Të bredëshmit prodhohen nga vetë individi (për shembull, dëshira për të konsumuar drogë, mërzija).

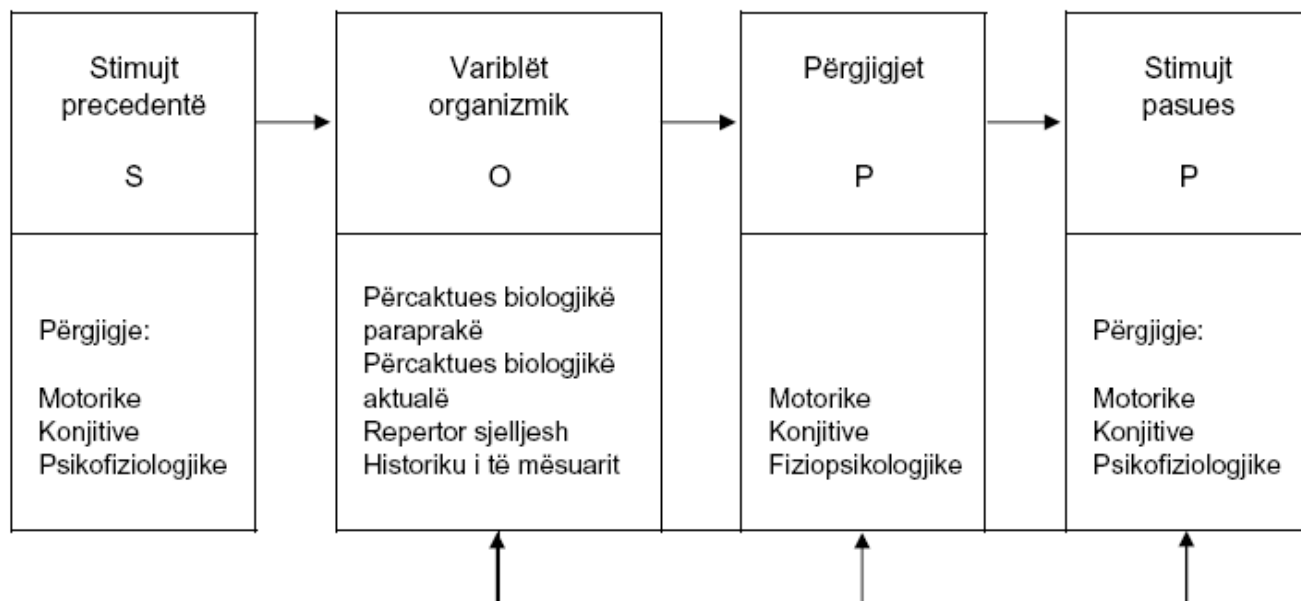


Fig. 3.1. Elementë të analizës funksionale

*Variablët e organizmit* ndikojnë te përgjigjia e konsumimit të substancës. Brënda variablëve organizmikë përfshihen: 1) përcaktuesit biologjikë paraardhës, 2) përcaktuesit biologjikë aktualë, 3) repertorët e sjelljeve ekzistuese në organizëm, dhe 4) informacioni që lind nga ndërveprimi midis organizmit me ambientin, e cilësuar edhe si historiku i të mësuarit.

Përcaktuesit biologjikë paraardhës përfshijnë faktorët e trashëguar, prenatalë dhe perinatalë. Përcaktuesit biologjikë aktual përfshijnë faktorë si sëmundjet tranzitore, gjëndjet e deprivimit, ngopje dhe lodhje, njësoj si gjëndjet e prodhuara nga marrja e mjekimeve, drogave ose alkoolit. Si shembull i tyre, brënda përcaktuesve biologjikë paraardhës të konsumimit të heroinës, kokainës ose drogave sintetike, është hedhur hipoteza se disa pacientë që zhvillojnë çrregullime nga abuzimi i drogave do vazhdonin ta bënin sepse vuajnë çrregullime gjenetike endogjene me substrat biologjik që, direkt ose indirekt, i çon drejt konsumit të substancave si një mënyrë e vetëtrajtimit.

Përsa i përket përcaktuesve biologjikë aktualë, janë gjetur disa faktorë të cilët masin marrëdhënien midis stimujve paraardhës të treguar me konsumin e heroinës, kokainës ose drogave sintetike. Pra, dihet që këto substanca modulojnë ndjenjën afektive, kujtesën, të mësuarin, rendimentin, etj. Gjithashtu, brënda variablëve të organizmit, është i rëndësishëm repertori i sjelljeve ekzistuese në të, ose në atë që është i ngjashëm me të, nëse organizmi mund ta ketë ose jo atë sjellje. Përveç rasteve të sëmundjeve të rënda, anestezi, gjëndje gjumi, etj., organizmi, konsumuesi i heroinës, kokainës ose drogave sintetike, mund të prodhojë sjelljen, edhe pse për këtë prodhim është e nevojshme që këto substanca të jenë prezente.

Njëri prej variablëve që i është dhënë gjithnjë mjaft rëndësi në nivel organizmi është informacioni i nxjerrë përgjatë ndërveprimit me ambientin, i cilësuar edhe si *historia e të mësuarit*. Këtu përfshihen variablët e zakonit, variablët e situatës dhe variablët situatë-person, të cilat çojnë në konsumin e drogës në situata, ambiente, me persona të caktuar, etj. Gjithshtu konsumimi i drogës në disa orë dhe jo në disa të tjera, të kontrollosh konsumin në një shkallë më të lartë ose më të ulët, etj.

Brenda analizës funksionale të sjelljes, elementi qëndror është përgjigjia ose përgjigjet që analizojmë, në këtë rast *sjellja e konsumit të heroinës, kokainës ose drogave sintetike*. Të flasësh për sjellje dhe përgjigje, është e njëjta gjë. Përgjigjet analizohen duke pasur parasysh dimensionet e ndryshme (motore, konjitive dhe psikofiziologjike), që ndërveprojnë. Dimensioi motor karakterizohet nga modeli specifik i konsumit të heroinës, kokainës, ose drogave sintetike (lloji i drogës, mënyra e konsumit, mënyra e marrjes, sasia, shpenzimi ditor, etj.) dhe sjellja e kërkimit (vjedhje, *si* dhe *kur* e gjejnë drogën). Sistemi konjitiv i përgjigjes merr përsipër sjelljen verbale, qoftë atë të jashtme qoftë dhe atë të brendshme, po ashtu edhe përfaqësimin e pamjeve. Sjellja verbale e jashtme i referohet përbërësve të gjuhës së folur që i referohen sjelljes në studim, në këtë rast konsumit të drogave; e jashtëmja përfshin pritshmëritë që ka pacienti mbi efektet e drogave, stili atributiv, mendimet automatike përpara, gjatë dhe mbas konsumimit, besimet irracionale (për shembull, kur pacienti mendon se është shëruar mbasi e ka kaluar sindromën e abstinencës, imazhi për veten (si e sheh ai veten, si e shohin të tjerët dhe si do të donte ta shihte), etj.

Sistemi psikofiziologjik i korrespondon përgjigjeve fiziologjike që përjetohen gjatë sjelljes së kërkimit dhe përpara, gjatë dhe mbas sjelljes së marrjes. Ndërkaq, për të njohur sjelljen e një të varuri nga droga është e nevojshme që të mbahen parasysh tre sistemet e përgjigjes dhe ndërlidhja e tyre. Gjithashtu është e nevojshme që çdo përgjigjeje ti përcaktohet limiti i frekuencës, i intesitetit dhe i kohëzgjatjes me të cilët kryhet. Kjo mund të bëhet lehtësisht nëpërmjet vrojtimit ose vetëvrojtimit. Po ashtu analiza e përgjigjeve lejon të kuptohet nëse sjellja është e tepruar ose me difekte. Normalisht në rastin e drogave është e tepruar, edhe pse ky nivel varion në funksion të shpeshtisë, intesitetit dhe të kohëzgjatjes së çdo konsumi.

Përbërësi i fundit i analizës funksionale i referohet *stimujve konsekuentë* të përgjigjeve, të cilët njësoj si fjala që i përcakton janë stimujt që ndjekin përgjigjet dhe që në të ardhmen do të bëjnë që mundësia e shfaqjes së tyre të rritet (përforcimet) ose të zvogëlohet (ndëshkimet). Në njërin rast apo në një tjetër mund të ndodh për shkak të pasojave të jashtme, ose të përgjigjeve të vet organizmit. Ndërkohë pasojat e konsumit të heroinës, kokainës ose drogave sintetike mund të jenë pozitive ose negative. Është e rëndësishme që të bëhet një analizë afatshkurtër dhe aftagjatë, pasi ndryshojnë në funksion të dimensionit kohor në të cilin i vendosim. Kështu për shembull, kur një heroiman është në fazën fillestare, pasojat janë pozitive (efekte përforcuese të substancës). Ndërkohë që zakoni konsolidohet pasojat negative janë më të dallueshme (për shembull, shfaqja e infeksioneve, humbja e punës).

Pra, analiza funksionale është metoda që do të na ndihmojë të organizojmë informacionin e mbledhur dhe të kuptojmë sjelljen e konsumit të heroinës, kokainës ose drogave sintetike si për çdo sjellje tjetër, po ashtu edhe për formulimin e rastit, planifikimin e trajtimit, zbatimin e tij dhe analizën e rezultateve.

Mbasi terapeuti e ka realizuar vlerësimin klinik, të varurit nga, droga i shpjegohen konkluzionet përfundimtare në të cilat është arritur dhe specifikohen në mënyrë negociative (mjeku klinik-pacienti) objektivat për ndërhyrjen terapeutike.

Në disa raste nuk koincidojnë, prandaj këshillohet që të arrihet në një marrëveshje përpara se të fillohet programi i ndërhyrjes. Ndodh shpesh që të gjendesh në situatën që objektivi i pacientit nuk është abstinenca, gjë që në shumicën e rasteve do të ishte ideale.

---

## PËRMBLEDHJE

- Vlerësimi i sjelljeve të problemeve të adiksionit, në këtë rast, i heroinës, kokainës dhe drogave sintetike, është një procedurë mbledhjeje informacioni e cila lejon marrjen e vendimeve mbi prodhimin e një ndryshimi të sjelljes dhe vlerësimin e këtij ndryshimi.
- Intervista është instrumenti më i përdorur për mbledhjen e informacionit mbi sjelljen e konsumit dhe variablët që e mbështesin.
- Ekzistojnë disa intervista klinike, të strukturuar dhe gjysëm të strukturuar, të cilat bëjnë mbledhjen e të dhënave mbi konsumin dhe fushat e tjera të të sjellurit. Dy intervistat më të njohura janë *intervista klinike e strukturuar DSM-IV (Structured Clinical Interview, SCID)* dhe *treguesi i rrezikshmërisë së adiksionit*.
- Përdorimi i pyetësorëve është i shpeshtë para, gjatë dhe mbas intervistës. Më i përdoruri është testi i *vlerësimit për konsumin e drogave (DAST)*. Në rastin e Heroinës mund të përdoret edhe *pyetsori i rrezikshmërisë së varësisë nga opiatikët (SODQ)*.
- SCL-90 është një pyetsor i përshtatshëm për të vlerësuar prezencën e problemeve të tjera psikiatrike.
- Duke qënë se pacientët mund të japin informacion jo të saktë, është e nevojshme që të mblidhet informacion nga personat e rëndësishëm të tij, si dhe të bëhen analiza urine.
- *Analiza funksionale* është metoda që ndihmon në organizimin e informacionit si dhe për të kuptuar sjelljen e konsumit të heroinës, kokainës, drogave sintetike ose çfarëdo lloj tjetër droge apo problemi në sjellje. Gjithashtu ndihmon për të formuluar rastin, për të bërë planifikimin e trajtimit, zbatimin e tij dhe analizën e rezultateve.

#### Paraqitje e formulimit klinik të tre rasteve

Për rastet e paraqitura në kapitullin e I-rë janë realizuar intervistat klinike, duke përdorur pyetësorë të ndryshëm, të ngjashëm me ata që u përshkruan në këtë kapitull, analiza urine dhe regjistrat vetjakë për të mbledhur informacionin. Nëpërmjet tyre u përpunua analiza funksionale dhe formulimi i rastit, të shfaqura këto në përmbledhjet 3.1, 3.2, dhe 3.3, ku tregohen variablët më të rëndësishëm të lidhur me konsumin e substancave të ndryshme dhe se si do të shkoj trajtimi.

#### PËRMBLEDHJE 3.1 Formulimi i rastit të heroinës

Në rastin e Danielës kanë qënë të shumta situatat paraprake që kanë lehtësuar fillimin e konsumit, siç është dashuria e munguar kur ka qënë e vogël dhe adoleshente, problemet që patën prindërit, dhe braktisja e parakohshme e vatrës familjare dhe vetmia që e ka shoqëruar gjithmonë. Drogat e ndihmuan fillimisht për të përballuar këto probleme (cigaret me hashish, alkool me tepicë). Ndërkohë që koha kalonte, ajo vazhdoj të ishte e varur prej tyre dhe prej substancave të tjera të reja, si heroina. Duke qënë se mundësitë që kishte për të përballuar jetën ishin të pakta iu desh ti futej një karriere pa rrugëdalje (prostitucion, “matrapazllik”, sulme me armë, abort).

Po të flisnim për aspektet pozitive të pesë viteve të fundit mund të përmendim fakti që ka kërkuar dy herë ndihmë për trajtim dhe kjo është hera e tretë. Gjatë tentativave të para kishte arritur disa objektiva por e kishte filluar sërish. Gjëndeje në një situatë që “kishte prekur fundin” dhe kërkonte ndihmë për të dal prej saj. Tashmë kishte edhe mbështetjen e nënës së saj, të cilën e kishte pasur larg vitet e fundit.

Zinxhiri i konsumit të saj ishte mëse i qartë: duke u gjendur përballë varësisë së kokainës, konsumonte, dhe duke qënë përballë sindromës së saj të abstinencës kërkonte substancës me të gjitha mjetet e mundshme, të ligjshme apo të jashtëligjshme, për ta gjetur. Duke qënë se ndihej keq dhe nuk shihte perspektivë tek e ardhmja, heroina kishte në jetën e saj një rol funksional dhe përshtatës.

Objektivi i trajtimit do të orientohet drejt ndërprerjes së konsumimit, ose reduktimit të tij, përvetsimi të aftësive të reja për të përballuar një jetë normale dhe për të mbushur mangësitë e viteve të kaluara. Duke pasur parasysh rrezikshmërinë, objektivi i parë do të jetë normalizimi i shpejtë i saj dhe ruajtja e trajtimit, në mënyrë që të mund të bëhet më pas një ndërhyrje afatgjatë.

---

### PËRMBLEDHJE 3.2 Formulim i rastit të kokainës

---

Huani filloj të konsumonte heorinë për tu ndjerë më i shpenguar duke qënë se ishte i ndrojtur. Më përpara kishte konsumuar alkool që në moshë të vogël, si hashish në moshën 16 vjeçare. Ajo çka i pëlqente më shumë ishte kombinimi i kokainës me birra. Megjithatë moskujdesi i tij filloj të ndryshojë kur ai vuajti nga një konsum abuziv i saj, u ndje keq dhe filluan ti shfaqeshin një sërë simptomash somatike, të cilat prej atij momenti u somatizuan edhe më shumë dhe filluan të ishin më të shpeshta. Kjo i krijonte shumë ankth dhe aktualisht, konsumin e kokainës e ka të lidhur me çrregullime ankthi të përgjithësuara dhe një çrregullim frike, përveç shqetësimeve të pagjumësisë, si pasoja të mundshme të konsumit. I trembet shumë një ataku kardiak.

Duke qënë se punonte kishte para, kokaina ndërkohë ishte një mënyrë për të zgjidhur problemet e ndryshme që kishte, kështu që e ka pasur më të lehtë konsumin gjatë viteve të fundit.

Në familjen e tij ka precedentë të sëmundjeve mendore, siç ka ndodhur me babain e tij (depression maniakodeprisivë). Është djalë i vetëm dhe nëna e tij i ka kushtuar gjithnjë vëmendje, por mendon se ndrojtja e tij ka qënë gjithnjë një problem.

Kur vjen në trajtim pranon se përgjegjësja e problemeve aktuale të tij është kokaina dhe ndihet i paaftë për ta lënë. Gjendja e tij është rënduar edhe më shumë pasi ka dy muaj që nuk punon dhe ka filluar të mbetet pa para, ka probleme me një vajzë që ka pak kohë që e njeh, dhe ka filluar të ketë frikë kur del me miqtë e tij të cilët janë konsumues aktivë të kokainës.

Një nga problemet e tij është varësia nga kokaina e shoqëruar me çrregullime të tjera, me siguri për shkak të konsumit në fjalë. Trajtimi do të orientohet drejt ndërprerjes së konsumimit të kokainës, ndërprerjes së probleme të ankthit, problemeve të frikës dhe drejt përfitimit të aftësive të mjaftueshme për të bërë një jetë normale, si për shembull të gjejë një punë të re, të ketë një marrëdhënie të përshtatshme me vajzën që del, marrëdhënie më të mira me prindërit e tij, braktisje të miqve të tij konsumues, etj.

---

### PËRMBLEDHJE 3.3 Formulim i rastit të personit që konsumon droga sintetike

---

Në rastin e Hoses, konsumi i tij i drogave sintetike është i lidhur me jetën e natës dhe argëtimin. Konsumon edhe substanca të tjera si alkool, dhe dehet herë pas here. Edhe pse është vetëm 18 vjeç ka para nëpër duar kështuqë e ka shumë më të thjeshtë të konsumoj. Në këtë rast është presioni i jashtëm i nënës së tij, që e detyron të trajtohet, edhe pse ai nuk e sheh si një problem varësie por duke konsumuar drogë argëtohet më mirë.

Ka provuar një sërë substancash (për shembull, LSD, haluçinotikë, kokainë), por konsumi i tij është fokusuar te konsumimi i tepruar i alkoolit dhe konsumi i ekstazi: që prej gjashtë muajsh merr dy kokrra sa herë që del për tu argëtuar. Ka raste që konsumon edhe kokainë.

Konsumi i tij nuk është i tepruar, por pi njësoj si shumë të rinjë të tjerë gjatë fundjavave. Pra është pak e vështirë që të kuptojë që ka një problem dhe që duhet të përfundojë trajtimin e tij. Mendon se konsumi i tij është mëse “normal” për njerëzit që bëjnë jetë nate. Për më tepër pohon se ka kontroll të plotë mbi atë që konsumon. Pra mesa duket është presioni i mamasë që e ka sjellë në trajtim. Po të mos ishte për atë, ai nuk do të vinte.

Përveç konsumit të tepruar të alkoolit, dhe të drogave të ndryshme në raste sporadike, nuk ka probleme të tjera, përveç shkollës që shkon shumë keq. Ndërsa përsa i përket punës, punon ndonjëherë dhe ka pasur të ardhura të mira prej tyre.

Trajtimi do të orientohet drejt ndërprerjes së konsumimit ose të paktën të kryejë një konsumim më pak të rrezikshëm.

---

#### Pyetje vetëvlerësimi

1. Instrumenti më i përdorur për të mbledhur informacion mbi sjelljet e konsumimit dhe variablët që e mbështesin është:
  - a) Pyetësi.
  - b) Intervista.
  - c) Regjistri vetjak.
  - d) Shkalla.
  - e) Informacioni vetjak.
2. Një nga pyetësit më të përdorur për të gjetur problemet e abuzimit me drogat dhe për të vlerësuar trajtimin është:
  - a) DAST-i.
  - b) MAST-i.
  - c) MALT-i.
  - d) SODQ-ja.
  - e) SADQ-ja.
3. Kur i varuri nga droga nuk e sheh si problematike sjelljen e tij, kjo përfshihet në stadin e:
  - a) Mirëmbajtjes.
  - b) Veprimit.
  - c) Përgatitjes për veprim.
  - d) Vrojtimit.



- e) Paravrojtimit.
4. Tek njerëzit me një problem adiktiv, SCL-90-a duhet bërë:
- a) Javën e dytë të fazës së evoluimit.
  - b) Një javë përpara se të filloj trajtimin siç duhet.
  - c) Dy ose katër ditë pasi ka filluar fazën e intoksikimit.
  - d) Mbasi të ketë kaluar sindromën e abstinencës dhe të ketë abstenuar për dy deri në 4 javë.
  - e) Javën që pason fillimin e fazës së heqjes së zakonit.
5. Stimujt që ruajnë një marrëdhënie funksionale me sjelljen e konsumit njihen si:
- a) Stimuj paraprakë.
  - b) Stimuj pasues.
  - c) Stimuj organizmikë.
  - d) Stimuj eksteroreceptivë.
  - e) Stimuj interoceptivë.

## IV. Trajtimi (I). Guidë për terapeutin

### 4.1. Objektivat e trajtimit të varësisë nga droga

Ka shumë substanca ndaj të cilave personat mund të krijojnë varësi. Në këtë kapitull do të paraqiten vetëm tre prej drogave të jashtëligjshme, më të rëndësishmet aktualisht, heroína, kokaina dhe drogat sintetike.

Në çfarëdo ndërhyrje terapeutike te një person i varur nga substancat, ka disa objektivët që duhen arritur gjatë procesit të trajtimit (tabela 4.1). Këta të fundit renditen sipas funksionit që kanë tek varësia; pra, nuk mund të arrihet ndonjë gjë e madhe me një ndërhyrje psikologjike nëse konsumuesi paraqitet në konsultë i intoksikuar; ose, stili i tij i jetesës nuk mund të bëhet i shëndetshëm nëse nuk njihet me mënyrat e përshtatshme për t'a arritur.

Objektivi primar i trajtimit është që personi me varësi, të pranojë që ka nevojë për ndihmë. Si për drogat e ligjshme ashtu edhe për ato të jashtëligjshme, zhvillohet një proces mohimi i vetë aditivëve të tyre. Drogat ju japin kënaqësi, i bëjnë të ndihen mirë, i japin sadsfaksion (përforcues pozitiv) dhe ndërkohë, po vetë droga i ndihmon të evitojnë sindromën e abstinencës (përforcues negativ) kur nuk konsumojnë ose kur nuk kanë dozën që ju nevojitet. Ndaj, varësia i qëndron kohës dhe procesi i përforcimit bën që pasojat e rënda që e shoqërojnë të pengojnë aftësinë për të kuptuar problemin në fillesat e tij.

Tabela 4.1. Skema e përgjithshme e objektivave që duhen arritur gjatë trajtimit të cilësdo varësie

1. Personi pranon se ka një problem.
2. Vlerësimi i duhur i problemit të varësisë dhe problemeve të tjera të mundshme.
3. Çintoksikim nga substanca.
4. Heqja psikologjike e zakonit.
5. Stërvitja për parandalimin e përtëritjes-
6. Kthimi në një stil jetese të shëndetshëm.

Pavarësisht kësaj, për të kryer proceset e ndryshimit, personi duhet të kalojë nëpër disa faza përpara se të kuptojë se duhet të bëjë një ndryshim.

Mbasi personi t'a ketë kuptuar që duhet të ndryshojë atëherë do të kërkojë disa lloje ndihmash. Ai në këtë moment është shumë e rëndësishme që ta bësh të kuptoj qartë se ka nevojë për ndihmë, se duhet të ndryshojë sjelljen e tij të konsumit prej pasojave të rënda dhe evidente që prodhon, por që ai vet nuk arrin ti shohë për momentin (për shembull, që e kanë pushuar nga puna, që i është dashur të braktisë studimet, që ka konflikte familjare, që e ka arrestuar policia, që duhet të hyjë në burg, që marrëdhëniet e tij shoqërore kanë ndryshuar dhe që miqtë e tij të vetëm për momentin, janë konsumuesit, etj.).

Në momentin që është superuar mohimi i problemit ose të paktën është minimizuar, duhen vënë kufijtë e saktë të problemit të pacientit, duhen përcaktuar faktorët që shoqërojnë atë dhe problemet e tjera që ka shkaktuar varësia. Kjo është faza e vlerësimit, e cila u paraqit në kapitullin paraardhës.

Kur gjendemi tashmë brenda trajtimit, ky i fundit fillimisht do të orientohet drejt arritjes së abstinencës. Lloji i trajtimit do të variojë sipas llojit të drogës nga e cila është i varur personi, heroína, kokaina apo drogat sintetike, por për të këtë do të flasim në vazhdim. Sot, në trajtimin e varësisë së heroinës, sëbashku me programet e orientuara drejt abstinencës janë edhe programet e reduktimit të dëmëve, sidomos ato të mirëmbajtjes me metadon.

Në rastin e heroinës çintoksikimi është shumë i rëndësishëm, pasi personat e varur kanë krijuar varësi fizike dhe varësi psikologjike.

Për të parën, çintoksikohet organizmi nëpërmjet një ndërprerje të menjëhershme ose të ngadaltë të substancës. Ndërsa tek kokaina dhe drogat sintetike më e rëndësishme është varësia psikologjike, ndaj aspekti i tyre kryesor është heqja e zakonit psikologjik.

Kur arrihet çintoksikimi, ose e thënë ndryshe, kur personi ndërpret konsumimin e substancës, kalohet në fazën e heqjes së zakonit psikologjik. Ky është procesi më i gjatë dhe më kompleks i procesit adiktiv, përveç rasteve kur personi është edhe në programin e mirëmbajtjes me metadon, në këtë rast të dy proceset shkojnë paralelisht.

Duke hequr zakonin psikologjik, pretendohet që personi i varur nga një substance të jetë i aftë të përballojë abstinencën. Për këtë arsye, trajnohet me disa teknika për të përballuar jetën pa drogë, të arrij t'a evitosh, t'a refuzosh dhe të riorganizoj ambientin e tij në mënyrë të tillë që të mund të jetoj pa to. Kjo është një nga pjesët më komplekse të të gjithë procesit pasi personat që paraqiten për trajtim kanë konsumuar për vite me radhë. Për më tepër, shumë prej tyre kanë zbuluar se kur ndihen keq mund të ndihen përnjëherë mirë duke konsumuar sërish. Prandaj është shumë i rëndësishëm trajnimi i strategjive përballuese ndaj situatave të rrezikshme që çojnë drejt konsumimit. Drogat prodhojnë efekte të menjëhershme. Nga konsumi i saj tek efekti mjaftojnë disa sekonda. Për më tepër gjenden lehtësisht dhe personi e di këtë. Personi duhet stërvitur sa më mirë për të përfutur siç duhet aftësinë e të jetuarit pa drogë, e cila duket shumë subjektive dhe e zbehtë që të gjej mbështetje në ambientin e tij. Këta janë disa nga aspektet kyçe të një trajtimi të suksesshëm. Nuk duhet të harrojmë që drogat kanë jo vetëm një efekt të menjëhershëm, por edhe falë konsumit janë kthyer në përforcues. Duhet kërkuar përfortime të tjera për individin, në mënyrë që ai të kundërvihet pasojave negative të konsumit (pasi kur është adiktiv ai sheh vetëm aspektet pozitive) dhe të kuptojë avantazhet që i sjellë moskonsumimi, në aspektin personal, familjar, shoqëror, etj.

Duke qenë se e dimë tashmë që përtëritja është ngushtësisht e lidhur me varësinë e cilësdo substancë, ligjore ose të jashtëligjshme, trajnimi i pacientit për të parandaluar përtëritjen është një element shumë i rëndësishëm mbasi superohen fazat paraprake.

Duke u nisur nga modeli i Marlatt dhe Gordonit dhe nga zhvillimet që janë kryer falë tyre, teknikave efektive për parandalimin e përtëritjes, kjo e fundit është kthyer në një hallkë shumë të rëndësishme të trajtimit. Me anë të saj mund të arrijmë që personi të qëndrojë abstinent dhe nëse i ndodh përtëritja, të mund të kthehet sërish tek abstinenca brenda një afati kohor sa më të shkurtër që të jetë e mundur.

Pra, nëse personi ndryshon stilin e tij të jetesës së mëparshme me një stil më të shëndetshëm, ruajtja e abstinencës afatgjate është shumë më e thjeshtë. Megjithatë, realiteti i sotëm dëshmon se nuk është e lehtë të ndryshosh stilin e jetesës, veçanërisht për adiktivët e opiatikëve, pasi varet nga një sërë rrethanash, si të konsumuesit ashtu edhe të familjes, të ambientit shoqëror, të mundësive, të pjekursë, etj. Nëse arrijmë të bëjmë një ndryshim në stilin e jetesës që ka lidhje me abstinencën, atëherë do të jetë më e thjeshtë të ruash abstinencën afatshkurtër apo atë afatgjatë. Analiza e COpatologjisë, e lidhur me ndryshimin e stilit të jetesës, ka një rëndësi shumë të madhe. Të arrish një vazhdimësi të saj dhe të mund të ndërhysh në problemet e lidhura me ndryshimin e konsumit të drogave mund të jetë një nga faktorët që thjeshtësojnë mirëmbajtjen e abstinencës.

## 4.2. Varësia nga heroína

### 4.2.1. Lloje përqsajsh terapeutike

Janë të shumtë objektivat që I ka vënë vetes një njeri që shkon në trajtim për varësinë nga heroína. Është një nga përqsajset më komplekse dhe në të njëjtën kohë edhe më të plota, të rrjetit mbështetës specifik të Spanjës për trajtimin e të varurëve nga drogat, që praktikisht ka të bëjë thajse ekskluzivisht me trajtimin e personave të varur nga heroína. Arsyet që është një përqsaje e plotë vijnë edhe nga kompleksiteti i këtij problemi, vështirësitë praktike të trajtimit, kërkesa shoqërore që këta persona të jenë të stabilizuar dhe për shkak të shfaqjes së disa viteve më parë të epidemisë së SIDA-s, e cila ndryshojë rrënjësisht përqsajset terapeutike të viteve të fundit, me hyrjen masive të programeve të reduktimit të dëmeve dhe specifikisht të programeve të mirëmbajtjes me metadon.

Për t'i pasur sa më të qartë objektivat që duhen arritur nga një person që është I varur nga opiatikët, siç paraqitet edhe në tabelën 4.2 dhe shtjellohet në pikën pasardhëse, do të radhiten në këtë pikë shkurtimisht, llojet e ndryshme të përqsajve terapeutike që janë sot në dispozicion për personat që janë të varur nga heroína. Kjo do të ndihmonte që të kuptoheshin më mirë përqsajet specifike që nxirren nga pikëpamja psikologjike, siç përshkruhen edhe në pikën pasardhëse, por pa harruar edhe karakteristikat e këtij trajtimi. Edhe pse programet në vazhdim shpalosen të ndarë, në fakt personi përfshihet në një ose më shumë prej tyre në të njëjtën kohë (për shembull, çintoksikimi dhe parandalimi i përtëritjeve).

Tabela 4.2. Principet kryesore që duhen pasur parasysh për trajtimin e një personi që është I varur nga substancat psikoaktive

- Personat e varur nga një drogë janë heterogjenë dhe duhet të trajtohen si të tillë (specifikisht).
- Rezultatet e trajtimit duhet të jenë shumëdimensionale (duhet të mbulojnë fushat e punës, ligjore, psikologjike, shoqërore, mjekësore, psikiatrike, etj.).
- Varësia e një droge është një çrregullim kronik që karakterizohet nga përtëritja.
- Asnjë mënyrë e trajtimit nuk është absolutisht efektive (zakonisht, më efikas është kombinimi o trajtimit psikologjik me atë farmacologjik).
- Trajtimet që kanë nivel më të lartë mbështetje empirike jo gjithmonë përdoren.

**Burimi: Carroll (1998).**

#### A) Ç'intoksikimi

Në adiksionin ndaj opiatikëve ka një varësi mëse të qartë fizike. Braktisja e substancës sjell me vete edhe sindromën e abstinencës. Ndaj, është një nga objektivet kryesorë të një njeriu që vendos të realizojë një trajtim çintoksikues nga heroína dhe nga substancave të tjera të konsumueshme.

Aktualisht ka disa lloje çintoksikimi: ambulator dhe spitalor dhe brenda kësaj, klasiket (7-10 ditë), të shkurtrat dhe shumë të shkurtrat. Në atë ambulator, pacienti e realizon çintoksikimin në shtëpinë e tij mbasi mjeku I ka dhënë ilaçet për të superuar sindromën e abstinencës së opiatikëve kur ai që vuan ndërpret konsumimin e tyre. Përsa I përket ç'intoksikimin spitalor procesi kryhet nën mbikqyrjen e mjekut, nëpërmjet ndërprerjes së konsumit të heroinës dhe nevojës për ilaçe, me qëllim që të evitohet sindroma e abstinencës. Aktualisht,

çintoksikimet e shkurtra dhe shumë të shkurtra, realizohen nën efektin e qetësuesve. Mund të jetë I nevojshëm bashkëpunimi I shërbimeve të terapisë intensive ose të anestezisë, ndaj duhet anestezi, dhe zakonisht bëhet nëpërmjet tubave dhe rrugës së frymëmarrjes. Provokohet induksionin i menjëhershëm i sindromës së abstinencës nëpërmjet një opiatiku antagonist, ndërkohë që përdoren ilaçe që prodhojnë një nivel të lartë qetësimi. Pacienti kontrollohet herë pas here, për të shmangur efektet dytësore gjatë procedurës dhe efektet akute të sindromës së abstinencës. Ky lloj çintoksikimi mund të bëhet nga 24 deri në 48 orë.

Zgjedhja e llojit të çintoksikimit varet nga objektivat e pacientit dhe të grupit të mjekëve që e trajton si dhe nga jetëgjatësia. Duhet pasur parasysh se nëse pacienti ka varësi nga heroina dhe nga droga të tjera, duhet të çintoksikohet nga të gjitha.

Duhe qënë se çintoksikimi është vetëm një nga hapat e procesit të braktisjes së substancës, zakonisht bëhet në një qendër e varësisë së drogës, kur ndodh në nivel spitalor. Mbasi është çintoksikuar (I pastruar nga opiatikët), pacienti kthehet në qendrën e varësisë së drogës për të filluar heqjen e zakonit psikologjik dhe integrimin shoqëror.

Çintoksikimi I bëhet një personi që është I varur nga një substancë, pasi që të superojë varësinë fizike I duhet të “pastrohet” nga të gjitha mbetjet e saj. Në rast se personi ndërpret në mënyrë të menjëhershme përdorimin e substancës, prodhohet sindroma e abstinencës nga opiatikët. Duke qënë se kjo është një nga arsyet e kërkimit të drogës ose një nga arsyet për të braktisur konsumin, të arrish që një person të ndërpresë “nevojën” fiziologjike për substancën është një hap shumë I rëndësishëm drejt braktisjes së saj. Sindroma e abstinencës së opiatikëve karakterizohet nga shfaqja e menjëhershme, ose e brenda disa ditëve, të humorit disforik, marrje mendsh, të vjella, dhimbje muskulare, lot ose rinorre, zgjerim I pupils, piloereksion ose djersitje, diarree, hapje goje, temperaturë dhe pagjumësi.

Këto simptoma provokojnë një përkeqësim shëndetsor klinikisht domethënës ose një degjenerim të rëndësishme në fushën shoqërore, në punë dhe në fusha të tjera. Frika nga sindroma e abstinencës së opiatikëve ose vetë sindroma e abstinencës është në të shumtën e rasteve përgjegjëse e mirëmbajtjes së varësisë. Mbasi është superuar është hedhur tashmë hapi I parë drejt rekuperimit të plotë të personit adikt ndaj opiatikëve.

Çintoksikimet filluan të realizoheshin në vitet shtatëdhjetë, dhe u përhapën rreth viteve tetëdhjetë. Realizohen duke e precipituar sindromën e abstinencës ndaj opiatikëve dhe duke e mbajtur nën kontroll nëpërmjet mjekimit. Nëpërmjet një antagonistit opioid, naloksonë, ose një agonisti alfa-2-adrenergjik, klonidinë, mund të moderohet sindroma e abstinencës së opiatikëve, duke përdorur edhe benzodiazepinë dhe neuroleptikë. Ky proces zgjat 7 ose 10 ditë.

Duke qënë se mbas çintoksikimit fizik pacienti do ti nënshtrohet një programi trajtimi, ai duhet të përgatitet gjatë këtyre ditëve nëpërmjet ndërhyrjes me këshilla shëndeti, mbështetje psikologjike, terapi farmacologjike, mbështetje shoqërore, orientim familjar, analiza urine dhe aktivitet sportiv.

## B) Programe pa drogë

Objektivi fillestar I një trajtimi për abuzim substancash është abstenenca. Të ashtuquajturit programet pa drogë kanë pikërisht këtë objektivi. Megjithatë në varësinë e opiatikëve jo gjithmonë arrihet ky objektivi, por mund të jetë një nga llojet e mundshme të programeve që janë në dispozicion. Një tjetër aspekt shumë I rëndësishëm I

programeve, reduktimi i dëmeve, ka si qëllim përmirësimin e problemeve që lidhen me konsumin dhe zvogëlimin e tij sa më shumë që të jetë e mundur.

Programet pa drogë janë ambulatorë dhe mund të zgjasin disa muaj ose disa vite, veçanërisht nëse përfshijnë komunitetin terapeutik si një element më shumë të programit. Më e zakonshme është që pacienti të paraqitet në trajtim një ose dy herë në javë përgjatë një periudhe që zgjat nga tre muaj në një vit. Trajtimi individual plotësohet me atë në grup dhe atë familjare. Përdoret një numër i madh teknikash terapeutike dhe secila prej tyre i përshtatet çdo pacienti.

Një program tipik, pa drogë do të ishte një program gjatë të cilit nuk përdoret ndonjë terapi specifike me ilaçe si mbështetje për aktivitetet e tjera terapeutike. Normalisht kjo e diferencon nga të tjerët që përdorin disa ilaçe konkrete, si për shembull në rastin e programeve të mirëmbajtjes me opiatikë. Nga një pikëpamje psikologjike do ishte më mirë që varësia fizike të superohej pa përdorur terapi ilaçesh zëvendësuese, pasi mund të jetë një përforcues, që do të zgjaste më shumë në kohë procesin e ndryshimit. Megjithatë, çdo herë e më shumë po përdoren ilaçe të ndryshme si mbështetëse të programeve pa drogë sa herë që paraqitet e nevojshme dhe për të trajtuar edhe CO patologjinë që shkakton te shumë pacientë. Faktet tregojnë se po të përdoren siç duhet, ilaçe të ndryshme (zëvendësuesit ose të tjerë) japin një ndihmë të paçmueshme për të përballuar pasojat e abstinencës.

Këto programe rekomandohen si trajtim me zgjedhje për pacientët që: 1) nuk konsumojnë derivate të opiatikëve; 2) për ata që konsumojnë opiatikë por që ende nuk kanë krijuar varësi; 3) pacientët me varësi ndaj opiatikëve por që ende nuk shfaqin një degjenerim të rëndësishme në nivelin fizik, psikologjik, shoqëror dhe që nuk kanë qenë më parë në trajtim dhe që kanë mbështetjen e duhur të familjes dhe shoqërisë; 4) pacientë që nuk kanë çrregullime psikopatologjike ose organike, të rëndë; dhe 5) pacientë që janë të motivuar aq sa duhet për të arritur abstinencën.

Një program pa drogë ka disa objektivë. Objektivi kryesor është eliminimi i adiksionit, i abuzimit ose i konsumit të atyre drogave që pacienti përdor, parandalimi i konsumit të drogave në ambientin shoqëror ku zhvillohet (familja, të njëjtët), zgjidhja e atyre problemeve personale, familjare, shoqërore, e të tjera, dhe arritja e një niveli të përshtatshëm shëndetsor. Terapitë konjitive të sjelljes kanë treguar se janë shumë efektive për të arritur shumicën e këtyre objektivëve.

Zakonisht ndodh që pacienti bie dakort me terapeutin, qoftë me shkrim ose me gojë, për të ndjekur një sërë rregullash dhe hapash gjatë procesit të ndryshimit. Rregullat më të zakonshme të një kontrate të tillë janë: a) pacienti pranon të përmbush rregullat kryesore të funksionimit të këtyre programeve; b) vajtja në takimet e programuara; c) ndjekja e udhëzimeve që jepen nga terapeuti; d) realizimi i analizës së urinë për të vërtetuar mungesën e konsumit, atëherë kur terapeuti e sheh të arsyeshme; dhe e) masat që merren në rast se pacienti shkel normat e vendosura.

#### C) Programet e mirëmbajtjes me metadon

Nga bima e opiumit merren disa derivate, si morfina, heroína, kodeína, etj. Këta janë opiatikë natyralë. Por ka edhe opiatikë të tjerë, të cilët mund të krijojnë në laborator, të ashtuquajturit opiatikë sintetikë ose gjysëmsintetikë. Ndër ta, dhe për përdorimin e tyre nga personat adiktivë ndaj opiatikëve, veçohen metadoni dhe më pak i hershmi Laami.

Metadoni u sintetizua në vitet dyzetë, duke u komercializuar vite më vonë (përmbledhja 4.1). Njësoj si opiatikët e tjerë, prodhon varësi, tolerancë dhe sindromën e abstinencës në momentin që ndërpritet konsumimi. Jetëgjatësia e tij mesatare është 15 orë, edhe pse zakonisht zgjat deri në 24 orë për shkak të prezencës së metabolitëve të tjerë.

#### PËRMBLEDHJE 4.1 Metadoni

Metadoni është një substancë e bardhë, e kristaltë dhe e hidhur, me origjinë sintetike, e cila vepron si agonist i opiatikëve duke prodhuar një efekt shtypës mbi aktivitetin e SNQ-së në mënyrë të ngjashme me morfinën. Gëzon një thithje të mirë intestinale dhe një jetëgjatësi mesatare plazmatike nga 13 deri në 55 orë, dhe kjo bën që të përdoret si një terapi e nevojshme në programet e mirëmbajtjes së personave të varur nga opiatikët.

Avantazhi kryesor i metadonit është se merret nga goja, dhe kjo e bën më të përshtatshëm konsumin e tij për nevojat e personit adikt (tabela 4.3). Dhe, çështje më e rëndësishme, duke qënë se është një opiatik, efektet janë të njëjta me ata të heroinës pa qenë e nevojshme që të injektohet. Duke shmangur në këtë mënyrë edhe rreziqet që sjellë kjo mënyrë e marrjes; si për shembull transmetimin e sëmundjeve nëpërmjet shkëmbimit të shiringave, shfaqjen e sëmundjeve për shkak të konsumit të një substance të manipuluar me substanca që bëjnë keq për shëndetin, të cilat shkaktojnë degjenerim fizik dhe psikik, si dhe stili i jetesës që substanca detyron pacientin të bëjë, etj.

Për më tepër, aktualisht, fuqizimi i programeve të mirëmbajtjes me metadon mundëson një akses të lehtë të tyre, ndryshe nga e kaluara, për adiktët nga opiatikët. Me anë të tij pretendohet të arrihet reduktimi i plotë ose i konsiderueshëm i konsumit të heroinës, në momentin që e konsumojnë dhe me anë të tij të reduktohen rreziqet që shoqërojnë konsumin e tij.

Tabela 4.3. Disa avantazhe të programeve të mirëmbajtjes me metadon

- Ruajtja e mirë e pacientëve në trajtim.
- Reduktim i konsumit të heroinës.
- Reduktim i rrezikut të shkëmbimit të shiringave, dhe me të, reduktohet edhe rreziku për të marrë HIV-in.
- Përmirëson cilësinë e jetës së adiktivëve.
- Ju thjeshtëson atyre pjesëmarrjen dhe në lloje të tjera programesh, si ata edukativë, psikoterapeutikë, psikosocilë, integrimi, etj.
- Mund të përdoret me pacientë ambulatorë dhe me pacientë që ndodhen në burg (54% e popullsisë së burgosur spanjolle është e varur nga droga).

Një tjetër avantazh i metadonit është se efektet e tij dytësore, nuk janë shumë të rëndësishme, edhe pse ka të tillë (tabela 4.4). Për shembull, toksiteti i tij në nivel hepatic është fare i pakët, edhe pse përdorimi i tij kronik prodhon një ulje të dëshirës seksuale, ejakulim të vonuar dhe në disa raste vështirësi me ereksionin.

Për më tepër, ka avantazhin që tek gratë shtatzëna nuk krijon probleme shqetësuese për fetusin, pra ai do të lindë pavarësisht metadonit (në rast se do të konsumohej heroinë, fetusin do të lindte me varësi nga heroina dhe me sindromën e abstinencës). Nëse gjendemi përballë këtij rasti, duhet treguar shumë kujdes sidomos në momentin e lindjes dhe të javëve pasuese të jetës së sapolindurit.

Tabela 4.4. Disa nga problemet e programeve me metadon

- Shtim i konsumit të kokainës.
- Shtim i konsumit të qetësuesve.
- Zgjatja në kohë e tyre (kronifikimi).
- Efektet dytësore të substancës.

Programet e mirëmbajtjes me metadon u krijuan nga mesi viteve gjashtëdhjetë nga Dole dhe Nyswander. U bazuan në ndryshimet e metabolizimit që adiktët përjetonin pasi krijohej një nevojë e vërtetë për drogë, e cila vazhdonte shumë kohë mbas abstinencës dhe që mund të plotësohej vetëm duke përdorur opiatikë. Përdorën metadonin për të kontrolluar varësinë fizike të heroinës pasi ai nuk prodhon eufori apo simptoma të tjera të abstinencës, ka tolerancë të kryqëzuar me opiatikët e tjerë, ka efekt të zgjatur (24 orë), është e lirë, ka pak efekte dytësore dhe mund të merret nga goja. Dalëngadalë, duke u gjendur përballë rritjes së personave adiktë ndaj heroinës, në vendet e zhvilluara, në dekadën e viteve gjashtëdhjetë dhe shtatëdhjetë, përballë dështimit ose suksesit që nuk u arrit nga programet e trajtimit të orientuar vetëm drejt abstinencës, dhe me shfaqjen e HIV-it (njohja e faktit që transmetimi i tij tek përdoruesit përhapej nëpërmjet shkëmbimit të shiringave) u zhvilluan, u përhapën dhe më pas u njehsuan programet e mirëmbajtjes me metadon (përmbledhja 4.2).

Në Spanjë u vunë në punë programet e mirëmbajtjes me metadon nga mesi i viteve tetëdhjetë. Sot, nga rreth 100 000 adiktë të heroinës, 56 000 ndjekin programin e mirëmbajtjes me metadon në rreth 900 qendra në të gjithë vendin. Me kalimin e kohës, kriteret për tu bërë pjesë e këtyre programeve u bënë më fleksibël, veçanërisht kur u vu re se me anë të tyre shtohet mbajtja e pacientëve në trajtim, zvogëlohet konsumi i heroinës, zvogëlohet rreziku i shkëmbimit të shiringave, rreziku për t'u infektuar me HIV, përmirësohet cilësia e jetës së adiktëve, etj. Me anë të tyre është arritur gjithashtu edhe një integrim më i mirë tek programet e tjera, si ata edukativë, psikosocialë, të integritimit, etj.

#### PËRMBLEDHJE 4.2 Përshkrim i ecuresë së trajtimit me metadon

Kur merret vendimi për një person që duhet të hyj në programin me metadon i bëhet prova e naloksonës. Kjo është një substancë antagonist e opiatikëve që provokon sindromën e abstinencës nga opiatikët. Nëse ndodh kështu, mbasi pacientit i injektohet kjo substancë, mund të arrihet në përfundim nëse personi është adikt ndaj opiatikëve dhe, nëse është një kandidat potencial për programin e mirëmbajtjes me metadon.

Përcaktimi i dozës duhet të jetë individual, duke pasur parasysh historikun adiktiv të pacientit. Zakonisht fillohet me 20-40mg/ditë me një korigjim +/- 5-10 mg në ditë derisa arrihet niveli i tolerancës dhe vendoset doza e duhur për të vazhduar mirëmbajtjen, që do të jetë ajo që do të japë efektet e dëshiruara, e cila varion nga 60 deri në 100 mg/ditë nga goja.



Doza shpërndahet në një qendër të varësisë nga droga, në të cilën pacientit i duhet të shkoj çdo ditë. Mjeku ose infermierja janë personat që ja japin. Përgjatë fundjavave do jetë një nga familjarët që do të marr përsipër ti japë pacientit dozat. Ndërkohë, me anë të analizave të urinës vërtetohet nëse konsumon heroinë ose substanca të tjera.

Gjithashtu krijohet mundësia që personat që marrin pjesë në këtë program, të marrin pjesë edhe në ndërhyrje të tjera që bëhen për shëndetin, që nga më të shkurtrat (këshilla shëndeti për disa minuta) deri tek ato më intensive (trajtim psikologjik javor ose disa herë në javë). Është mëse e zakonshme që të ketë ndërhyrje paralele si kontrole mjekësore, trajtime për problemet fizike, trajnim për praktikat higjienike dhe shëndetsore, parandalim i sëmundjeve ngjitëse, trajtim psikologjik, ndërhyrje sociale, etj.

Objektimi i ndërmjetëm i një programi të mirëmbajtjes me metadon është që personi të mund të kaloj nga varësia e opiatikëve, në një fazë tjetër, të një programi me me naltrekson ose në një program të lirë drogash. Kjo gjë është e mundur kur personi është përmirësuar në disa fusha të jetës.

Një nga problemet më të rëndësishme të programit të mirëmbajtjes me metadon është që, një pjesë e pacientëve shtojnë konsumin e kokainës ose të qetësuesve për të arritur euforinë, pasi tashmë nuk e arrijnë dot me heroinë dhe as me metadon.

Është hedhur hipoteza që matadoni shton aftësitë përforcuese të kokainës. Kjo do të shpjegonte shkallën e lartë të përdorimit të kokainës tek adiktët e heroinës që trajtohen me metadon. Po ashtu rritet konsumi i alkoolit dhe marrja e ushqimeve e lëngjëve.

Kohët e fundit në dispozicion është edhe Laam. Kjo substancë është po ashtu një opiatik derivat i metadonit por që ka një ndryshim thelbësor, që në këtë rast është avantazh, që është më jetëgjatë, rreth 72 orë. Kjo gjë lehtëson marrjen e dozave javore, duke kaluar nga një dozë ditore me metadon në tre doza javore me Laam. Aktualisht Laam po përhapet shumë në Spanjë.

#### D) Programet me antagonistë të opiatikëve

Baza teorike e përdorimit të antagonistëve të opiatikëve, vjen nga një psikolog i sjelljes, Wikler, i cili është bazuar në principet e kushtëzimit. Për Wiklerin një nga mënyrat se si të ndërpritet dëshira për heroinë, do të ishte bllokimi i efektit euforik që ajo vetë prodhon, pasi stimujt ambientalë që lidhen me konsumin e asaj droge mund të provokojnë tek pacienti simptoma shqetësimi, të cilat mund të imitojnë sindromën e abstinencës së heroinës dhe të gjenerojnë dëshirë të menjëhershme të konsumimit të opiatikëve (abstinencë e kushtëzuar). Përtëritja e një toksikomani, që deri në këto momente ka qenë abstinencë, sjell menjëherë vendosjen e padronëve të sjelljes dhe një përdorim për herë e më kompulsiv të heroinës. Ndaj, idea e përdorimit të antagonistëve të opiatikëve, do të anulonte efektin e heroinës, duke penguar euforinë si dhe efektet që lidhen me konsumin e heroinës, duke favorizuar në këtë mënyrë shuarjen e refleksit të kushtëzuar dhe më pas zhdukjen e dëshirës së fortë për drogë.

Duke u nisur nga principi i mëparshëm, janë përdorur disa antagonistë të opiatikëve, kryesisht naloksona dhe naltreksona. Naloksona sot përdoret pak në programet e antagonistëve të opiatikëve për shkak të jetëgjatësisë së shkurtër që ka, kështu që naltreksona mbetet më e përdorura (përmbledhje 4.3). Megjithatë, naloksona ka

avantazhin që mund të përdoret për të përshpejtuar sindromën e abstinencës së opiatikëve tek personat që varen prej tyre.

Nuk duhet harruar se ndodh që personat të thonë që janë të varur nga opiatikët dhe të mos jenë të tillë. Varësia fizike varet nga niveli i pastërtisë të drogave, marrja e tyre (dozë/ditë), sasia e marr, metabolizimi, etj.

Tabela 4.3  
Karakteristika të naltreksonës

Naltreksona merret nga goja. Nuk prodhon efekte të rëndësishme dytësore të padëshiruara. Mekanizmi i saj i veprimit konsiston në futjen tek receptorët opiatikë të trurit dhe të zhvendosjes së agonistëve të opiatikëve (prandaj quhen antagonistë). Në momenti që pushtohen receptorët opiatikë, bllokohet edhe efekti i opiatikëve që mund të merren më pas. Ndaj, nëse personi është i varur nga opiatikët dhe merr naltreksona, kjo e fundit do ti prodhojë një sindromë abstinence akute.

Një dozë prej 50 mg naltrekson bllokoi efektet e heroinës përgjatë 24 orëve, 100 mg përgjatë 48 orëve dhe 150 mg përgjatë 72 orë. Doza fillestare zakonisht është 50 mg në ditë, nga e hëna në të premte dhe 100 mg të shtunën. Mbas disa javëve shtohen dozat dhe merret më pak herë gjatë javës (për shembull, dy herë në javë: 150 mg të hënave dhe 200 mg të enjteve).

Fazat e trajtimit me naltrekson quhen: induksion (kur bëhet pak ditë në disa javë), stabilizim (2-6 javë) dhe mirëmbajtje (nga gjashtë javë në një kohëzgjatje të papërcaktuar).

Disa nga efektet dytësore që mund të shfaqen me marrjen e naltreksonës janë: probleme me gjumin, marrje mendsh, ethe abdominale, ankth, laksitet, dhimbje artikulare, dhimbje muskulare, dhimbje koke, humbje në peshë dhe pakësim i oreksit. Mund të ngatërrohen me simptomat e sindromës së abstinencës ndaj duhet monitoruar, për të shmangur rrezikun e përtëritjes. Këto simptoma zhduken mbas disa javëve konsum të naltreksonës.

Antagonisti i opiatikëve i naltreksonës është i llojit konkurues, kështu që nëse personi merr doza të larta opiatikësh mund të arrijë të zhvendos antagonistët e receptorëve dhe të pësojë një intoksikim me mbidozë. Për shkak të këtij rreziku, duhet paralajmëruar në rast se ka ndërmend të tentoj të arrijë efektin luftarak duke konsumuar doza të mëdha opiatikësh. Po ashtu, duke qënë se ndërvepron me ilaçe të ndryshme që përdoren në anestezilogji, rekomandohet që personi të mbajë të shoqëruar me dokumentacionin e tij një letër që shpjegon se është nën trajtim me naltreksonë.

Një element bazik i një trajtimi me naltreksonë është aplikimi i një trajtimi paralel psikologjik, në mënyrë që personi të ruajë abstinencën dhe të mos shfaqet përtëritja e konsumit. Për tepër, ky lloj programi pranohet më pak se ai i metadonit. Duhet shtuar dhe të gjithë burimet e mundshme që personit i duhen për të ruajtur abstinencën dhe motivimim, ky i fundit mjaft është thelbësor. Mbështetja e ambientit familjar dhe e partnerit, janë shumë të rëndësishme për mirëmbajtjen e abstinencës.

Por është e sigurtë që një personi të çoj deri në fund një program trajtimi me naltrekson, duhet të jetë i motivuar. Personat idealë për një trajtim të këtij lloji janë: 1) heroimanët e motivuar për një çintoksikim paraprak; 2) persona adiktë abstenues gjatë qëndrimit të tyre në spital, në komunitet terapeutik ose në burg, ku kanë arritur edhe abstinencën, dhe duan të parandalojnë përtëritjen; 3) profesionistët shëndetsorë që janë

adiktë ndaj opiatikëve; 4) ata që mund të humbasin punën për shak të vazhdimin të konsumimit të heroinës; 5) ata që arrijnë reduktimin ose edhe heqjen e një dënimi me anë të abstinencës së opiatikëve; dhe 6) pacientët që dëshirojnë të ndërpresin programin e trajtimit me mirëmbajtje metadoni.

#### E) Njësia ditore

Njësia ditore është një burim ndihmës, shumë i rëndësishëm për personat që varen nga opiatikët, të cilët gjenden në mes të njësisë ndihmëse dhe komunitetit terapeutik. Në komunitetin terapeutik personi jeton 24 orë të ditës për muaj me rradhë. Në njësinë ndihmëse i shpërndahet trajtimi, por jo më shumë se një orë në javë, në rastin më të mirë. Ndërsa në njësinë ditore, pacienti ka në dispozicion më shumë kohë terapeutike dhe nuk ndahet nga ambienti i tij, pasi shkon të flërë në shtëpinë e tij. Mund të bëhet një trajtim më intensiv, më i strukturuar, mund të organizohet më mirë koha e lirë dhe është një ambient ideal për të parandaluar përtëritjen. Personat që marrin pjesë në njësinë ditore duhet të jenë abstinencë ndaj heroinës ose duhet të jenë në programe të mirëmbajtjes me metadon ose naltrekson (tabela 4.5).

Në njësinë e ditës, kur bëhet fjalë për shtrim, është trajtim parcial. Ka një orar fiks aktivitetesh, me një vëmendje psikosociale të stabilizuar dhe të programuar për çdo ditë, e cila është intensive dhe e zgjatur në kohë, që ndihmon ruajtjen e integritetit të personit në komunitet ose në një grup terapeutik.

Duke mos u veçuar totalisht nga ambienti i tij, kjo favorizon integrimin e tij social dhe thjeshtëson pjesëmarrjen e familjes së tij në rehabilitim.

Një ditë tipike në një njësi të ditës përfshin një periudhë shumë të strukturuar, për rreth 4 deri në 12 orë në ditë, 3 deri në 7 ditë të javës. Përgjatë kësaj kohe, përdoruesit marrin pjesë në disa mbledhje, aktivitete edukative, grupe takimi dhe grupe terapeutike, këshilla dhe terapi individuale, aktivitete krijuese, etj. Ndërveprimi i të gjithë këtyre aktiviteteve edukative, terapeutike dhe sociale përbën esencën e njësisë së ditës.

Tabela 4.5.

Profili i një të varuri nga droga me më shumë mundësi për të qëndruar më shumë kohë në trajtim tek një njësi ditore

- Nivel më i lartë edukativ.
- Situatë e mirë pune.
- Partner stabël.
- Të jetë i martuar.
- Të mos ketë precedentë konsumuesish droge në familje.
- Të fillojë më pas konsumin e hashishit.
- Të ketë konsumuar heroinë me injektim.
- Të ketë gjyqe pezull.

#### F) Programe parandalimi të përtëritjeve

Vitet e fundit janë përfshirë shumë lloje strukturash, ambulatorë, njësi ditore apo komunitete terapeutike dhe brënda të gjithë orientimeve teorike, programet e parandalimit të përtëritjes. Megjithatë, këto programe kanë

një origjinë konjitive të të sjellurit, duke u nisur nga Marlatt në vitet tetëdhjetë dhe modeli I tij I propozuar në vitin 1985 në librin mbi përtëritjet, që vazhdon të jetë referencë për këtë temë.

Programet e parandalimit të përtëritjeve nevojiten në momentin që konstatohet në nivel empirik, në studimet vijuese që, nga personat që arrijnë në fund të trajtimit abstinencën afatgjatë, shumica kalojnë në përtëritje, pra kanë filluar të konsumojnë sërisht. Është zbuluar se rreziku më i madh i përtëritjes qëndron në periudhën që përfshin fundin e trajtimit dhe 90 ditë më pas, në momentin që të prekurit ekspozohen ndaj stimuleve që kanë lidhje me drogën, pa pasur mbështetjen e strukturuar që ti ndihmojë të zgjidhin konfliktet e tyre, problemet, gjëndjet emocionale, etj., dhe për ata që nuk ishin trajnuar. Duke u nisur nga ky fakt, kuptohet që përgjigja terapeutike nuk mund të përqëndrohet vetëm tek trajtimi për të arritur abstinencën, por edhe që personi të mos pësojë ripërtëritje në të ardhmen, mbasi e ka arritur tashme abstinencën.

Kështu që përgjigja terapeutike duhet të jetë specifike dhe në përputhje me një model integral që do të vendos enfazë në çrregullimin e psikosjelljes, pasi është varësia psikologjike ajo që shpjegon tendencën e përsëritjes së përtëritjes tek këta pacientë. Procesi i ndërprerjes së adiksionit është i vështirë, kompleks dhe i gjatë në kohë. Një njeri ka më shumë nevojë për të bërë ndryshimin se sa kohëzgjatja e trajtimit. Do të ishte gabim nëse do ta quanim të përfunduar procesin e ndryshimit kur personi adikt ka ndërprerë konsumimin. Nuk do të kalonte shumë kohë dhe do të shfaqeshin krizat e para. Zhvillimi i strategjive specifike për të përballuar dhe për të zgjidhur krizat e para, është thelbësor.

Në pikën e fundit, aty ku përshkruhen teknikat specifike për objektivat konkretë, paraqiten teknikat e parandalimit të përtëritjes.

#### G) Komuniteti terapeutik

Mbyllja në një komunitet terapeutik është një lloj përjasje speciale brënda trajtimit të varësisë nga opiatikët. Kjo do të thotë që praktikisht një izolim nga bota e përditshme, nga ambient, i personit adikt në mënyrë që ai të mbyllet në një vend ku kryesore është terapia. Aty të gjitha aktivitetet që bëhen brënda disa muajve orientohen drejt përfundimit të zakoneve për një jetë normale, pa substancë. Ai që hyn në komunitet abstinencë, do të dal abstinencë dhe shpresohet që jashtë tij të mund të jetojë pa drogë. Njësoj si në njësinë e ditës, brënda komunitetit terapeutik, kryhen të gjithë programet që janë paraqitur deri tani.

Nën principin e përgjithshëm të një jete pa drogë, në komunitetet terapeutike ka disa objektiva. Gjithashtu ka edhe profesionistë edhe joprofesionist, me orientime dhe filozofi terapeutike të ndryshme, të cilat varen nga organizma publik ose privat, me një hap direkt nga komuniteti në shoqëri ose me elementë të ndërmjetëm nga njëri te tjetri, vendndodhja, lloji i normave, etj.

Në Spanjë njihen dy lloje. Të parin e përbëjnë komunitetet terapeutike të rrjetit publik që i dedikohen trajtimit të të varurëve nga droga, që ekzistojnë në komunitetet terapeutike të "Projektit Njeri". Ka edhe të tjerë, por janë më pak të rëndësishme.

Një karakteristikë thelbësore, si filozofia e komuniteteve terapeutike, është që janë programe pa drogë. Gjatë tyre nuk mund të konsumohet as heroinë dhe as një lloj tjetër droge e jashtëligjshme (për shembull, kokaina ose hashishi), as alkooli, duke ju lejuar vetëm konsumin e duhanit (zakonisht një paketë në ditë). Përfundim, nga ato që konsiderohen si droga, psikoilacet për trajtimin e problemeve të tjera nga të cilat mund të vuajë individi. Po ashtu ka filluar të shtohet numri i komuniteteve terapeutike ku personat marrin metadon.

Jeta në komunitetin terapeutik regjistrohet në konceptin e “komunitetit”, që i përket po atij. Ndaj, personi duhet të integrohet si në punët e përditshme për mbijetesën e vet (për shembull, kujdes për kopështin, për kultivimet, punët e mirëmbajtjes, ushqimi, punishte, aktiviteteve, etj.), si rehabilitim terapeutik (terapi individuale, në grup, etj.). Duke u nisur nga karakteri i saj i mbyllur, jeta në terapi kërkon përshtatje dhe pranimi i normave të saj të cilat janë të shkruara. Të gjitha këto përbëjnë një ndërhyrje intensive përgjatë një dite të plotë. Në varësi të ecurisë së evoluimit të tij, personi përfiton role të një rëndësie më të madhe brënda komunitetit. Mos pranimiti i normave ose transgresioni i tij, mund të çojë në përjashtimin e tij dhe në finalizimin e procesit terapeutik brënda komunitetit.

Trajtimi shihet në mënyrë integrale, si në aplikimin e teknikave specifike të trajtimit (përshembull, trajnim i aftësive sociale), si dhe në të mësuarin e jetës (për shembull, të mësuarit të një zanati për integrimin e mëpasshëm në punë).

Duke u nisur nga koha e gjatë e qëndrimit pranë tyre, disa muaj, këto objektiva shpesh herë mund të arrihen, edhe pse, personat e varur nga opiatikët nuk i pranojnë me shumë kënaqësi komunitetet terapeutike dhe numri i vendeve të pranimit është më i vogël se numri total i personave që janë aktualisht adiktë. Për më tepër, për disa kritere, do ishte një mënyrë artificiale e të mbajtur larg personin nga ambienti i tij. Pasi kur ai të kthehet do të shfaqen të njëjtat probleme që kishte më parë. Megjithatë, gjithçka ka evoluar, dhe siç e kanë konfirmuar sëfundmi Fernandez e Llorente, qëllimet kryesore të trajtimit në komunitet terapeutik janë rritja psikologjike, përforcimi i abstinencës së vazhdueshme të drogave, zhvillimi i një vizioni realist të aftësive dhe të prithshmërive të klinetëve, adherimi në rregulla dhe pranimi i kontratave të sjelljes si dhe, në përgjithësi, zhvillimi i aftësisë së marrjes së vendimeve në formë autonome.

Faza e fundit e këtij procesi terapeutik është integrimi në komunitet. Nëse është i mundur bashkëpunimi midis komunitetit terapeutik dhe ambientit social atëherë suksesi është më i sigurtë. Për më tepër, profesionistët e komuniteteve terapeutike po i mëshojnë çdo herë e më shumë këtij aspekti, pasi realisht përbën *esencën* e çështjes së ruajtjes ose jo të ndryshimeve për një periudhë afatgjate.

#### H) Programet e reduktimit të dëmeve

Një lloj i ri programi që është bërë shumë i rëndësishëm vitet e fundit, është programi i reduktimit të dëmeve (tabela 4.6). Këta programe nuk e orientojnë konsumuesin drejt ndërprerjes së konsumit por drejt një konsumi më pak të rrezikshëm, që të kryejë marrëdhënie seksuale më të sigurta, të mos shkëmbejnë shiringat e infektuara, etj. Në këtë mënyrë arrijnë të zvogëlojnë dëmin që shkaktojnë substancat e manipuluar, rrugët e marrjes së tyre jo higjienike, praktikat e rrezikut, etj. Shfaqja e virusit HIV ka qënë në krye të këtyre programeve, duke u nisur nga nevoja, dhe nga një perspektivë e shëndetit publik, për veprime më efektive kundër kësaj sëmundje.

Tabela 4.6. Principet bazë, çështjet dhe vlerat e modelit që i nënshtrohet programeve të reduktimit të dëmeve

- Modeli i reduktimit të dëmeve është një alternativ e shëndetit publik, përballë modeleve moraliste/kriminalistike dhe të sëmundjeve mbi konsumin dhe adiksinin e drogave.
- Për reduktimin e dëmeve, abstenenca është rezultati ideal por i pranon edhe alternativat që reduktojnë dëmin për shkak të konsumimit të substancave.

- Reduktimi i dëmeve është shfaqur kryesisht si një përjasje nga poshtë lart, duke u bazuar në mbrojtjen e personit të varur, në vend që të bëjë një politikë nga lart poshtë.
- Reduktimi i dëmeve promovon aksesin në shërbime me prag të ulët si alternativë e tradicionalistëve të fokusuar në një kërkesë të lartë.
- Reduktimi i dëmit bazohet në principet e pragmatizmit keqardhës i cili është e kundërta e idealizmit moralist.

*Burimi: Përshtatur nga Marlatt (1996, 1998)*

Programet e reduktimit të dëmeve nisen nga një pozicion realist, siç është përtëritja që karakterizon personat e varur nga opiatikët, nevoja për të përmirësuar situatën e tyre në mënyrë që të shmangin sëmundjet në të tashmen dhe në të ardhmen, dhe pranimi i këtyre programeve për një pjesë të adiktëve, gjë që do të lehtësonte një ndërhyrje më efektive të strategjive të orientuara vetëm drejt abstinencës. Ndaj objektivi i tyre nuk është i orientuar drejt abstinencës, kjo shpesh për shkak të dështimit sistematik për ta arritur atë, për të rekrutuar të varurit nga droga ose për mangësinë e të adheruarit në trajtim (tabela 4.7).

Sot ekziston një numër i madh programesh që reduktojnë dëmet, si programe shpërndarjeje dhe/ose shkëmbimi shiringash; programe *outreach*; programe mirëmbajtje me metadon (të cilët kanë pak kushte për të marrë pjesë); programe të mirëmbajtjes me opiatikë të tjerë antagonistë (për shembull, buprenorfina); programet e mirëmbajtjes me heroinë; programe me vëmendje urgjente socioshëndetsore; hapësira për një injektim më të sigurtë; dhe shpërndarje e naloksonës. Siç dihet, ekzistojnë shumë programe reduktimi dëmsh, të cilët janë frut i eksperiencave parciaisë ose i eksperiencave shumëvjeçare. Një gjë është e sigurtë, këto programe janë përherë e më të rëndësishëm përgjatë viteve të fundit.

Po ashtu edhe pranimi midis profesionistëve dhe popullsisë. Plakja e një pjese të konsumuesve kronikë të heroinës, epidemia e HIV-it, vështirësia për të pasur akses tek një pjese e konsumuesve të heroinës, nevoja për të reduktuar treguesin e krimeve që kryhen si pasojë e kërkimit të drogës, të gjitha këto, kanë lehtësuar vënien në punë të këtyre programeve dhe kanë vërtetuar se ia arrijnë qëllimit të tyre. Për më tepër, falë tyre është arritur edhe një gjë e paparashikuar, mbajtja e konsumuesve në dispozicion. Me anë të tij, shtohen mundësitë që gjatë kohës që i nënshtrohet një programi të uljes së pragut ti nënshtrohet edhe programeve të tjera, qofshin këta edhe me një ndërhyrje minimale.

Tabela 4.7. Karakteristikat kryesore që shpresohet të arrihen me anë të një programi të reduktimit të dëmeve tek personat e varur nga heroina

- Objektivi final i programit nuk është abstenenca ndaj opiatikëve.
- Me anë të masave që merren gjatë programit shpresohet të përmirësohen disa parametra të konsumit dhe të sigurisë së tij, në mënyrë të tillë që të arrihet një ulje domethënëse e dëmit që ka prodhuar më parë vënia në punë e këtij programi për konsumin e heroinës.
- Shpresohet që të ulet edhe patologjia dhe të përmirësohet cilësia e jetës të këtyre adiktëve, veçanërisht e atyre që nuk pranojnë mundësi më klasike, siç janë programet pa drogë, njësitë ditore, komunitetet terapeutike, etj.

Një pjesë e programeve të mëparshëm janë vënë në punë në qendrat e varësisë nga drogat në të gjithë zonën gjeografike kombëtare nëpërmjet shoqatave në ndihmë të toksikomanëve, qendrave të shëndetit, farmacive dhe OJQ-ve. Ndër programet që ofrojnë këto struktura përfshihen ato të shkëmbimit të shiringave, programet e mirëmbajtjes me metadon, të cilët janë fleksibël dhe i përshtaten përdoruesit në mënyrë që të qëndrojnë në trajtim, si edhe autobuzët e metadonit (metabuzët), të cilët e sjellin strukturën (dhe substancën) pranë përdoruesit, etj. Modalitete të tjera si, për shembull, përshkrimi dhe ruajtja mjekësore e kontrolluar e heroinës, janë përdorur në mënyrë eksperimentale në Mbretërinë e Bashkuar dhe në Zvicër.

Në këtë të fundit janë provuar edhe sallat e injektimit. Në Madrid një program i tillë po vihet në punë. Ka mundësi që në të ardhmen të shtohet përdorimi i këtyre programeve dhe të dalin edhe programe të reja.

#### 4.2.2. Objektivat

Në pikën e mësipërme u paraqitën burimet e ndryshme dhe përjasjet terapeutike që janë në dispozicion për trajtimin e një personi që është i varur nga opiatikët. Në këtë pikë do të paraqiten objektivat e vendosur dhe se si mund të arrihen, duke u nisur nga ndërhyrja psikologjike dhe, specifikisht, ajo e të sjellurit (tabela 4.8). Ndryshe nga çrregullimet e tjera, ndërhyrja tek këta persona, bëhet zakonisht me një ekip i disiplinave të shumta, me një bashëpunim të vazhdueshëm dhe të rrjedhshëm midis mjekut dhe psikiatrit, psikologut, punonjësit social, infermieres, personelit administrativ, etj. Ekipet terapeutik janë konsoliduar mjaft vitet e fundit dhe po funksionojnë me protokolle për herë e më shumë konsesualë.

Tabela 4.8. Çështjet kryesore të modelit të sjelljes mbi çrregullimin për shkak të substancave psikoaktive dhe trajtimit të tij

1. Sjellja njerëzore është më shumë e mësuar sesa e përcaktuar nga faktorët gjenetikë.
2. Të njëjtët procese që janë përdorur për të prodhuar sjelljet problematike mund të përdoren edhe për ti ndryshuar.
3. Sjellja përcaktohet mjaft nga faktorët kontekstualë dhe ambientalë.
4. Sjelljet e fshehura, si mendimet ose ndjenjat, mund të ndryshohen nëpërmjet aplikimit të principeve të të mësuarit (qofshin të kushtëzimit klasik, operues ose të të mësuarit social).
5. Një pjesë shumë e rëndësishme e ndryshimit të sjelljes është e bukura e sjelljeve të reja dhe e konteksteve në të cilët realizohen.
6. Çdo klient është unik dhe duhet vlerësuar si një individ në një kontekst të veçantë.
7. Zgjedhja e trajtimit të përshtatshëm për individin arrihet nëpërmjet një vlerësimi të imët të sjelljes së tij.

*Burimi: Rotgers (1996)*

Fazat e trajtimit të një personi me varësi ndaj opiatikëve janë të lidhura me etapat që kërkon trajtimi, vlerësim, trajtim dhe vazhdim. Edhe vetë trajtimi përbëhet nga gjashtë faza: çintoksikimi; heqja e zakonit psikologjik; normalizim, ndryshimi i stilit të jetës së mëparshme dhe kërkim i objektivave të rinj, që nuk kanë të bëjnë me konsumin shpërblyes të drogave; parandalim të përtëritjes; program mirëmbajtje dhe program mbështetës

afatshkurtër, afatmesëm dhe afatgjatë; dhe nëse nevojitet edhe program i reduktimit të dëmeve. Normalisht, ky është një çrregullim përballë të cilit psikologu duhet të vërë në punë të gjitha burimet e mundshme terapeutike që janë në dispozicion. Të njëjtën gjë duhet të bëjnë edhe profesionistët e tjerë, si për shembull mjeku në fushën e mjekësisë (sëmundjet fizike, procesi i çintoksikimit dhe trajtimi farmacologjik i çrregullimeve mendore) ose punonjësi social në fushën e tij (integrimi social, kërkimet për punë, vazhdimin e ndihmës sociale, etj.)

Në tabelën 4.9 paraqiten të detajuara fazat e sipërpërmendura, objektivi kryesor i sëcilës prej tyre, elementët që duhet të kemi parasysh dhe procedurat e nevojshme teknike. Gjithashtu paraqiten edhe teknikat më të rëndësishme të trajtimit që përdoren, duke i kushtuar vëmendje të veçantë aspekteve motivuese përpara fillimit të trajtimit, parandalimit të përtëritjes dhe mirëmbajtjes afatgjate.

Pa diskutim që fillimisht, pretendohet që personi të arrijë abstinencën nga konsumi i heroinës. Ky vazhdon të jetë objektivi kryesor, edhe pse shumë herë arrihet duke konsumuar opiatikë, metadon. Kjo e fundit është një mënyrë për ta mbajtur personin në trajtim, duke reduktuar ose eliminuar sjelljen kërkuese dhe konsumuese të heroinës, dhe duke përmirësuar gjëndjen e tij fizike.

Por mund të ndodh edhe që pacienti të mos ketë nevojë të bëhet pjesë e programit të mirëmbajtjes me metadon dhe të arrijë direkt abstinencën duke ndjekur paraprakisht një program çintoksikimi, ambulator ose spitalor, siç u fol në pikën paraardhëse. Në të gjitha rastet, trajtimi është i gjatë. Të trajnosh personin që të jetojë pa substancën dhe që të përqëndrohet më shumë te vetja, te mundësitë etij, në atë çka mund të bëjë dhe mund të mësojë, dhe në të ardhmen e tij, janë disa nga qëllimet për tu realizuar që nga fillimi. Dhe pa lënë mënjanë edhe ambientin që e rrethon, si miqtë, qofshin ose jo konsumues, bashkëshortja ose familja, shokët e punës, lagjes ku jeton, etj. Prandaj, ndërhyrja është individuale, dhe përqëndrohet tek pacienti, por zakonisht plotësohet me terapi familjare dhe terapi në grup. Sigurisht që mjeku që përballet me trajtimin e një të varuri nga opiatikët duhet të jetë një mjek klinik kompetent dhe të ketë formimin e duhur të përgjithshëm për të kryer trajtimin psikologjik dhe formimin e duhur specifik për opiatikët.

Tabela 4.9. Skema e përgjithshme për trajtimin e personave të varur nga heroína

#### 1. Kërkesa për trajtim

- *Objektivi kryesor:* analizim i kërkesës dhe mbajtja e pacientit në trajtim.
- *Elementë që duhen pasur parasysh:* motivimi për të ndryshuar, fazat e ndryshimit, burimet në dispozicion, mbështetja e ambientit të tij, trajtime paraprake, njohje e trajtimeve në dispozicion, trajtimi që dëshiron, analizë se kush është i përfshirë në kërkesë, përse, etj.
- *Procedurat teknike:* intervista motivuese dhe fazat e ndryshimit.

#### 2. Vlerësimi dhe analiza funksionale

- *Objektivi kryesor:* njohja e fushave ku është më i nevojshëm dhe më urgjent realizimi i ndryshimit; njohje e fushave në të cilat ndryshimet nëpërmjet trajtimit dhe integritit social mund të çojnë drejt një jete të normalizuar. Me të gjithë informacionin në dispozicion do të realizohet analiza funksionale e sjelljes së konsumit dhe e sjelljeve të tjera që lidhen me problemin ose problemet që i shoqërojnë.



- *Elementë për t'u konsideruar*: vlerësimi individual, familjar, social, etj.
  - *Procedurat teknike*: intervista klinike, informacion vetjak, pyetësorë, masa psikofiziologjike, etj.
3. Trajtimi
- *Faza I. Çintoksikimi ose mirëmbajtja.*
    - *Objektivi kryesor*: çintoksikimi fizik i substancës.
    - *Elementë për t'u konsideruar*: lloji I çintoksikimit në bazë të kërkesës së tij, mundësitë ndihmuese, burime, etj., që nga ato ambulatorë deri tek ato spitalore.
    - *Procedurat teknike*: ndërhyrje mjekësore përballë asaj spitalore për të vazhduar çintoksikimin pa vuajtur simptomat e sindromës së abstinencës nga opiatikët.
  - *Faza II. Heqja e zakonit psikologjik*
    - *Objektiv kryesor*: të arrihet plotësisht heqja e zakonit psikologjik sipas treguesve që e çojnë pacientin drejt konsumit të drogave (kryesisht ajo që e ka çuar në trajtim dhe atë që lidhen me të).
    - *Elementë për t'u konsideruar*: adherimi në trajtim, faza e trajtimit, pranim i trajtimit të propozuar, etj.
    - *Procedurat teknike*: teknika të sjelljes dhe konjitive për heqjen e zakonit psikologjik (për shembull, ekspozim, trajnim për ti gjetur zgjidhje problemeve, trajnim për reduktimin e stresit, qetësim, trajnim i aftësive sociale, teknika përballimi, ristrukturim konjitiv, etj.). Përdoret terapia individuale, në grup dhe ajo familjare.
  - *Faza III. Normalizim, ndryshim i stilit të jetesës së mëparshme dhe kërkim i qëllimeve të reja ndryshe nga konsumi shpërblyes i drogës.*
    - *Objektivi kryesor*: normalizim, në sensin që të përftohen për herë e më shumë përgjegjësi në punë, në shkollë, në familje, me miqtë, me partnerin, etj.
    - *Elementë për t'u konsideruar*: shkalla e degjenerimit, sëmundjet fizike që shkaktohen si HIV ose SIDA, hepatit, etj.
    - *Procedura teknike*: planifikim i qëllimeve dhe objektivave, trajnim për të përftuar aftësi të reja, trajnim në asertiviteti, programe psikoedukative, trajnim në zgjidhjen e problemeve, etj.
  - *Faza IV. Parandalim i përtëritjeve*
    - *Objektivi kryesor*: trajnim i teknikave të parandalimit të përtëritjes në mënyrë që të ruhet abstinenca në vazhdimësi.
    - *Elementë për t'u konsideruar*: superim i fazave të mëparshme, mirëmbajtje e abstinencës, efekti i dhunimit të abstinencës.
    - *Procedurat teknike*: teknika parandaluese të përtëritjes (për shembull, udhëzime vetjake, trajnim i zgjidhjes së problemeve, etj.).

- *Faza V.* Programi i mirëmbajtjes ose programi i mbështetjes afatshkurtër, afatmesëm dhe afatgjatë.
  - *Objektivi kryesor:* trajnimi i strategjive të mirëmbajtjes të abstinencës afatgjate dhe se si mund të përmirësohet cilësia e jetës.
  - *Elementë për t'u konsideruar:* përdorim i naltreksonës, program pa drogë, komuniteti terapeutik, etj.
  - *Procedura teknike:* trajnim për qetësimin, programacion aktivitetesh, procedura për administruar stresin, etj.
  
- *Faza VI.* Në rastet kur nevojitet: program i reduktimit të dëmeve
  - *Objektivi kryesor:* të reduktosh nëpërmjet tij prirjen e HIV-it dhe të përmirësosh problemet e shkaktuara nga adiksi.
  - *Elementë për t'u konsideruar:* shkalla e degjenerimit të personit, mungesa e adherencës në trajtimin psikologjik, probleme psikiatrike të lidhura me të dhe që i shkojnë për shtat këtij programi.
  - *Procedura teknike:* ndërhyrje minimale, program psikoedukativ, edukim shëndetsor dhe praktika sigurie ndaj transmetimit të sëmundjeve (HIV, hepatit).

#### 4. Vazhdimi

- *Objektivi kryesor:* njohja e evoluimit të personit mbas shërimit terapeutik.
- *Elementë për t'u konsideruar:* mënyra e realizimit (personalisht, në shtëpinë e tij, me telefon).
- *Procedura teknike:* intervista, informacione vetjake, analiza urine, etj.

#### 4.2.3. Teknikat e disa objektivave të trajtimit të varësisë nga opiatikët

##### A) Rritje e motivimit për të ndryshuar

Tashmë dihet se sa i rëndësishëm është motivimi për të ndryshuar. Kur u fol për llojet e ndryshme të ndërhyrjes terapeutike, u komentua se disa programe ishin rezultat (për shembull, ai i reduktimit të dëmeve) i faktit që personat me varësi ndaj heroinës nuk shkonin në trajtim; nëse shkonin, nuk adheronin në të dhe e braktisnin parakohe. Kjo bëri që vitet e fundit ky aspekt të kthehej në një element më shumë terapeutik, madje i pari, në momentin që personi adikt paraqitej në qendër.

Intervista motivuese, e cila zhvillohet gjatë kontakteve të para të personit adikt me terapeutin, është mënyra ideale për të rritur motivimin për të ndryshuar. Nuk duhet të harrojmë që jo të gjithë personat adiktë shkojnë për herë të parë vullnetarisht në trajtim. Ka raste që shkojnë për shkaqe të jashtme, e thënë ndryshe, të shtyrë nga familja ose të shtyrë nga çështje ligjore. Ndërsa në disa raste të tjera shkojnë për të kërkuar ndihmën e duhur. Të arrish të mbas një konsumues në trajtim, ose të arrish ta mbash që në fillim dhe ai të fillojë trajtimin, është thelbësore.

Shumë persona kur shkojnë për herë të parë në trajtim mendojnë se nuk kanë një problem, ose dhe nëse e kanë është sipërfaqësor ose që nuk ka arritur ende në atë shkallë sa të trajtohet. Objektivi i intervistës së parë, në rast se ndodh, është të arrish ta bindësh se nëse ka një problem, ose nëse e ka dikush që jeton pranë tij, dhe se mund të ndihmohet. Për më tepër, është e kotë që një person të përfshihet në një trajtim në rast se

nuk është dakort ose nëse nuk është aq i motivuar sa ta çoj deri në fund. Në rast se trajtimi bëhet, ka shumë mundësi që të jetë i kotë, që personi do ta braktisë diku nga mesi dhe se nuk do të paraqitet në seancat pasardhëse.

Intervista motivuese lejon paraqitjen e çështjes së mungesës së motivimit tek ata konsumuesë që janë në fazën e paravrojtimit apo të vrojtimit.

Gjatë intervistave përdoren strategji motivuese, të cilat kanë treguar se janë mjaft efikase për të motivuar pacientin që të ndryshojë sjelljen e tij, dhe janë tetë të tilla:

1. *Të japësh informacion dhe të këshillosh.* I duhet dhënë informacion i qartë dhe objektiv. Është thelbësore që të identifikohet problemi i tij dhe rreziqet që mbart, i duhet shpjeguar se përse i nevojitet ndryshimi dhe i duhet ofruar mundësia për të bërë ndryshimin terapeutik.
2. *Duhet hequr pengesat.* I duhet ofruar mundësia e pjesëmarrjes në trajtim, në mënyrë të tillë që të mos gjej justifikime për të mos ardhur. Të arrihet një ndërhyrje e shkurtër, në një periudhë kohore të shkurtër dhe jo të qëndrojë në një listë të gjatë pritje, do ta ndihmonte shumë që të përfshihej në trajtim.
3. *I duhet dhënë sa më shumë mundësi zgjedhjeje pacientit.* Është e rëndësishme që konsumuesi të kuptoj që ka disa mundësi zgjedhjesh në dispozicion dhe që është i lirë të zgjedh midis tyre. Ndjesia që e ka bërë vetë zgjedhjen, pa bashkëveprim dhe pa ndërhyrje të jashtme, i shton motivacionin personal. Kjo jo vetëm që i lehtëson ardhjen në trajtim, por edhe e ndihmon që të përmirësoj adherimin dhe ndjekjen e tij në vazhdim. Po ashtu në trajtim, është e rëndësishme të diskutohen me të mundësitë e mundshme, qëllimet dhe objektivat që pretendohet të arrihen, dhe ai duhet të ketë një rol aktiv në zgjedhjen e alternativës që do të praktikojë.
4. *Zvogëlim i faktorëve që e bëjnë sjelljen e konsumit të dëshiruar.* Sjellja e konsumit ruhet për shkak të pasojave pozitive. Këto pasoja duhen identifikuar për t'i eliminuar ose të paktën për t'i zvogëluar. Ndër procedurat që mund të përdoren për t'i zvogëluar është ndërëgjegjësimi i pasojave dëmtoese ose nëpërmjet kontigjencave sociale të cilat zvogëlojnë pasojat pozitive dhe shtojnë ato negative. Gjithashtu, duhen analizuar edhe pro-të dhe kundër, kostot dhe të mirat, etj.
5. *Duhet promovuar empatia.* Empatia, dëgjimi reflektiv, aftësia për ta kuptuar, favorizon faktin që pacienti të shfaq nivele më të ulta të "rezistencës" ndaj ndryshimit.
6. *Të japësh retrouhqimin.* Është shumë e rëndësishme që terapeuti ti japë retrouhqim të vazhdueshëm pacientit, pra që ai të kthejë informacionin që merr, se si e sheh situatën e tij aktuale, rreziqet e tij dhe pasojat e mundshme.
7. *Qartësim i objektivave.* Nëse personi nuk ka një objektiv të qartë, retrouhqimi mund të mos jetë i mjaftueshëm.

Ndaj, objektivat që vendosen duhet të jenë realistë, të arritshëm dhe të pranuar nga pacienti. Në rast të kundërt nuk do i shohë si të mundshëm, do i refuzoj menjëherë ose nuk do ti përmbush, dhe as nuk do të tentojë sërish t'i arrijë.

8. *Ndihmë aktive.* Pavarësisht se është gjithnjë në dorën e pacientit nëse do të ndryshojë apo jo, për të çuar deri në fund trajtimin është shumë i rëndësishëm roli i terapeutit. Për shembull, kur pacienti nuk paraqitet në një seancë trajtimi, nëse terapeuti ose dikush tjetër nga qendra lidhet me të në telefon, ka më shumë mundësi që pacienti ta vazhdojë trajtimin.

Në tabelën 4.10 prezantohen aspektet më të rëndësishme të intervistës motivuese.

Tabela 4.10. Aspektet më të rëndësishme të motivimit për ndryshimin gjatë intervistës motivuese

- Principe të përgjithshme të intervistës motivuese.
  1. Të shprehësh empati.
  2. Të zhvillosh ndryshueshmërinë.
  3. Të evitosh diskutimin.
  4. Të heqësh rezistencën.
  5. Të mbështesësh vetëefikasitetin.
  
- Si ta promovosh motivimin për ndryshim.
  1. Të bësh pyetje të hapura.
  2. Të dëgjosh në mënyrë refleksive.
  3. Të afirmosh.
  4. Të bësh përmbledhje herë pas here.
  5. Të provokosh afirmime vetëmotivuese.
  
- Elementët kryesorë për të prodhuar motivimin e ndryshimit.
  1. Të shpërndash retrouhqim.
  2. Të vësh pikat mbi përgjegjësinë e tij dhe lirinë për të vendosur.
  3. Të japësh këshilla direkte dhe të qarta që duhet të ndryshojë dhe se si mund t'ia arrijë.
  4. Ti japësh sa më shumë alternativa, që të ketë mundësinë të zgjedhë.
  5. Të jesh empatik.
  6. Të rrisësh vetëefikasitetin e tij.

*Burimi: E përshtatur nga Miller (1995); Miller y Rollnick (1991); Miller dhe Sanchez (1994).*

#### B) Trajnimi i reduktimit të ankthit dhe stresit

Një nga problemet që lidhet me abstinencën e konsumit të substancave janë çrregullimet e ankthit dhe stresit. Gjithashtu, një nga çrregullimet që lidhet me konsumin e substancave është frika. Prandaj është e rëndësishme që të vlerësohet kjo problematikë dhe të aplikohen teknika për kontrollin e saj.

Administrimi i stresit është një nga pjesët më të rëndësishme të trajtimit, të një personi të varur nga heroína. Programet specifike pretendojnë që të ngacmojnë perceptimin e shkallës së kërcënimit që i atribuohet stresit, mënyrës së jetës për të reduktuar si shpeshtinë ashtu edhe forcën e streseve të jashtme dhe për ti përdorur më pas si strategji përballuese aktive, të cilat do të zëvendësojnë përgjigjet e stresit që nuk kanë kapacitet.

Si teknikë ndërhyrjeje e përgjithshme, mund të përdoret cilado nga ato që ofrohen për këtë problem, siç është për shembull trajnimi për administrimin e stresit dhe teknikat e shlodhjes, teknikat konjitive, biblioterapia, ndryshimi i stilit të jetës, etj.

Në praktikë është shumë i përdorur trajnimi për shlodhje, sëbashku me ato konjitive, për të ndryshuar besimet e gabuara mbi shkaqet e ankthit ose të elementëve stresues. Kur pacienti vuan nga një çrregullim ankthi specifik (për shembull, atake paniku) është e nevojshme që të aplikohen ato teknika specifike që janë efektive për trajtimin e tij.

#### C) Trajnimi i zgjidhjes së problemeve

Trajnimi i zgjidhjeve të problemeve është një procedurë nëpërmjet së cilës personat trajnohen se si të njohin problemet e tyre, si të kërkojnë zgjidhjet e përshtatshme për to dhe të vënë në jetë zgjidhjen sipas situatës në të cilën ndodh problemi. Ky trajnim konsiston në pesë faza: 1) orientim i përgjithshëm drejt problemit; 2) përcaktim dhe formulim i problemit; 3) gjenerim zgjidhjesh alternative; 4) marrje vendimesh; dhe 5) vënie në jetë dhe verifikim i zgjidhjeve.

Në trajnimin e zgjidhjeve të problemeve, për të kaluar nga një fazë në tjetrën, duhet kaluar fillimisht ajo paraprake.

Kur nuk ka informacion të mjaftueshëm për një fazë konkrete, do të thotë se është nënvlerësuar ose është kaluar pa u kryer një fazë paraardhëse trajtimi, ose zgjidhja e gjetur nuk është e përshtatshme kështu që duhet bërë kthimi në fazën ose fazat paraardhëse, dhe në momentin që janë kryer ashtu siç duhet mund të vazhdohet me ato pasardhëse.

Vitet e fundit trajnimi i zgjidhjeve të problemeve është kthyer në një nga elementët e mjaft programeve të trajtimit, falë racionalitetit të tij, falë lehtësisë me të cilën kuptohet nga konsumuesi, dhe efikasiteti i tij kur vihet në punë. Po ashtu është një strategji e përfshirë në thuajse të gjithë programet e parandalimit të përtëritjes.

Në përmbledhjen 4.4, paraqiten të përmbledhura disa koncepte bazë për vënien në jetë të këtij trajtimi.

#### D) Trajnim i aftësive sociale

Shumë persona me varësi nga heroina ose nga substanca të tjera, kanë mangësi të aftësive të duhura ndërpersonale e vetëpersonale, të aftësive për të kontrolluar gjëndjen e tyre emocionale pa përdorur substancën ose substancat dhe aftësitë për të administruar marrëdhënien në çift, me fëmijët, në punë, etj. Trajnimi i aftësive sociale bëhet në këtë mënyrë një pjesë shumë e rëndësishme e trajtimit kur ato mungojnë. Për më tepër, ato do të ndihmojnë në formimin e një strategjie për të parandaluar përtëritjen në të ardhmen. Situatat e përtëritjes shfaqen kur ekziston frustracioni ose paaftësia për të shprehur inatin, paaftësia për të bërë ballë presionit social, gjëndja emocionale vetëpersonale negative, paaftësi për t'i rezistuar tundimit vetëpersonale të konsumit.

Ekzistojnë disa programe të përgjithshme trajtimi. Në tabelën 4.11 tregohet një përshtatje e Montit *et al.* (1989). Ky i fundit është i orientuar drejt trajnimit të aftësive sociale, ndërpersonale dhe aftësive vetëpersonale. Të parat janë të drejtuara për të ndërvepruar në ambientin e personit me persona të tjerë që janë të rëndësishëm për të. Në këtë rast përdoret trajnimi i aftësive të komunikimit. Aftësitë vetëpersonale

drejton drejt aftësisë së personit për tu përballur me urgjencat e tij dhe me gjëndjet e tij emocionale, të cilat mund ta çojnë drejt konsumimit. I mësohen aftësi për të administruar gjëndjen shpirtërore po ashtu edhe për t'u përballur me urgjencat për konsum.

#### PËRMBLEDHJE 4.4

##### Disa koncepte bazë dhe hapa për të vënë në jetë trajnimin e zgjidhjes së problemeve

###### *Çfarë është një problem?*

Një problem ose një situatë problematike është një situatë reale ose imagjinare gjatë së cilës duhet të gjejmë një zgjidhje por që nuk dimë se si. Përgjithësisht rezultati është rritje e stresit dhe e afeksionit negativ.

###### *Orientimi drejt problemit*

Problemet në ekzistencën tonë janë të përditshëm. Dikush i zgjidh problemet më mirë se të tjerët. Perfeksionizmi, mungesa e aftësive, ose karakteristika të tjera, janë pengesa të rëndësishme për të zgjidhur një problem. Ndaj, të pranosh që ato ekzistojnë dhe që duhet t'u gjejmë një zgjidhje, është hapi i parë drejt gjetjes.

###### *Përkufizim dhe formulim i problemit*

Kur e dimë që ekziston një problem, duhet t'a përkufizojmë qartë, në mënyrë operative, specifike dhe konkrete, duke përdorur informacion e rëndësishëm që kemi mbi të.

###### *Gjenerim i zgjidhjeve alternative*

Nuk duhet pranuar vetëm zgjidhja që i jepej deri tani këtij problemi. Duhet kërkuar zgjidhje alternative për të, duke gjetur sa më shumë zgjidhje të mundshme. Rekomandohet që të bëhet një listë me të gjitha zgjidhjet që i vijnë në mendje. I vetmi rregull që duhet pasur parasysh është që zgjidhjet duhet të jenë konkrete dhe jo të turbullta.

###### *Marrja e vendimeve*

Nga të gjitha alternativat e propozuara të zgjidhjeve, zgjidhet njëra, në varësi të vlerës që ajo ka për të zgjidhur problemin dhe pasojat personale, sociale, ekonomike, etj, që ajo përfshin. Zgjidhja që gjendet, përpara se të vihet në zbatim, duhet të jetë një zgjidhje e vërtetë e problemit. Mbasi zgjidhet, përcaktohet një taktikë konkrete për t'a zbatuar.

###### *Vënia në jetë dhe verifikimi i zgjidhjes*

Zgjidhja e zgjedhur do të vihet në jetë dhe do të vërtetohet nëse ajo e zgjidh problemin. Vrojtohet nëse problemi zgjidhet apo nëse është e nevojshme të rishikohet procesi, në rastin kur rezultati nuk është ai që pritej.

Tabela 4.11 Elementët që mbulojnë trajnimin e aftësive sociale

---

*Shënim: Paraqitja, është: lloji i trajnimit i ndjekur nga elementët që e mbulojnë*

- a) Trajnimi i aftësive të komunikimit
    - 1. Aftësitë e mospranimit të konsumit.
    - 2. Shpërndarja e retroushqimit pozitiv.
    - 3. Shpërndarja e kritikës.
    - 4. Marrja e kritikave mbi përdorimin e drogave.
    - 5. Aftësitë e të dëgjuarit.
    - 6. Aftësitë e bashkëbisedimit.
    - 7. Zhvillim i mbështetjes së personave që nuk konsumojnë.
    - 8. Aftësitë e zgjidhjes së konflikteve.
    - 9. Komunikim jo verbal.
    - 10. Shprehje e ndjenjave.
    - 11. Principet e asertivitetit.
    - 12. Refuzimi i peticioneve.
    - 13. Marrja e kritikave në përgjithësi.
  
  - b) Trajnimi i administrimit konjitiv dhe të mënyrës së sjelljes të gjëndjes shpirtërore
    - 1. Administrimi i mendimeve mbi heroinën.
    - 2. Ndërgjegjësim i mendimeve negative.
    - 3. Administrim i mendimeve negative.
    - 4. Ndërgjegjësim i inatit.
    - 5. Administrim i inatit.
    - 6. Vendime në dukje, të parëndësishëm.
    - 7. Planifikim për raste emergjente.
    - 8. Përballim i problemeve të vazhdueshme.
    - 9. Trajnim i shplodhjes. I. Shplodhje muskulare e thellë dhe teknika të imagjinatës.
    - 10. Trajnim i shplodhjes. II. T'a lëshosh veten.
    - 11. Trajnim i lirë. III. Të shlodhesh në situata stresuese.
    - 12. Zgjidhje e problemeve.
    - 13. Shtim i aktiviteteve që falin kënaqësi.
  
  - c) Përballje e urgjencave të konsumimit
    - 1. Vonesë pasive dhe vonesa si strategji konjitive.
    - 2. Pasojat negative të konsumimit.
    - 3. Pasojat pozitive të abstinencës.
    - 4. Marrje me mend e reduktimit të urgjencave.
    - 5. Ushqim dhe pije alternative.
    - 6. Sjellje alternative.
    - 7. Pranim i mbizotërimit në nivel konjitiv.
    - 8. Argëtim konjitiv.
-

*Burimi: i përshtatur nga Monti et al. (1989)*

#### E) Terapia konjitive

Terapia konjitive është pjesë e premisë që çrregullimet prodhohen dhe ruhen falë një sërë konjuksioneve të deformuara e të fshehura dhe falë disa gabimeve në përpunimin e informacionit. Trajtimi orientohet drejt korigjimit të premisë të deformuara si dhe të gabimeve konjitive. Beck dhe bashkëpunorët e tij kanë krijuar një protokoll trajtimi për personat e varur nga substancat psikoaktive nëpërmjet terapisë konjitive. Për këtë të fundit, faktorët e predispozitës janë mjaft të rëndësishëm, por të bazuar në karakteristikat konjitive, më shumë se sa tek ato të të sjellurit apo biologjike (për shembull, toleranca e ulët përballë frustrimit). Ndikimi i formës konjitive shkakton veprime të të sjellurit (për shembull, konsumi) dhe biologjike (për shembull, sindromën e abstinencës). Besimet jo funksionale janë të lidhura ngushtë me urgjencat e konsumit, si dhe me probleme të tjera emocionale (për shembull, ankth, depresion). Terapia konjitive do të modifikojë mendimet dhe besimet e gabuara të individit dhe do të mësojë teknikat e kontrollit. Në tabelën 4.12 shfaqen besimet më të zakonshme të personave të varur nga substancat psikoaktive.

Tabela 4.12 Besimet më të rëndësishme të personave adiktë ndaj substancave psikoaktive

- Personi ka nevojë për substancën për të funksionuar dhe për t'u ndjerë normal.
- Substanca përmirëson funksionimin personal dhe mendor.
- Substanca krijon ndjenja pozitive dhe stimuluese.
- Substanca i shton personit ndjeshmëri dhe pushtetit.
- Substanca redukton ndikimin negativ.
- Substanca është qetësuese.
- Substanca është e vetmja gjë që redukton urgjencat.

Rëndësia e besimeve dhe e urgjencave është mjaft domethënëse në terapinë konjitive. Siç thotë edhe Beck dhe bashkëpunorët e tij, në librin *Terapia konjitive e varësisë nga drogat: "domethëniet që derivojnë nga besimet që lidhen me situatat, janë ato që shkaktojnë craving-un tek njeriu"*.

Personat që kanë besime nuk mund t'a tolerojnë ankthin, disforinë ose frustracionin, për shembull, do të jenë shumë të vëmendshëm ndaj këtyre ndjesive dhe do të ndërtojnë pritshmëri se si mund të shpëtojnë prej tyre, nëpërmjet përdorimit të drogave apo duke marrë alkool. Ndërkaq, kur shfaqet një emocion i pakëndshëm, personi mundohet t'a neutralizojë duke marrë drogë ose duke pirë alkool.

Edhe pse parashtrimi i mësipërm mund të duket si reduksionist, në fakt nuk është. Sëbashku me rëndësinë që i jepet pjesës konjitive të personit si shkak i përdorimit të substancave, po ashtu merren parasysh edhe aspektet esenciale, si problemet jetësore aktuale që ka, zhvillimi që nga fëmijëria, supozime, strategji shpërblyese, elementë vulnerabiliteti, sjellje, etj. Në këtë mënyrë, trajtimi do të përqëndrohet tek disa nga aspektet që lidhen me këtë problem.

Një seancë terapeutike ka tetë elementë: përcaktimin e axhendës së séances; të vërtetojë gjëndjen shpirtërore të individit; të bashkojë të dhënat e seancës paraardhëse me atë aktuale; komentimin e pikave të programit që do të paraqiten në këtë seancë; dialog sokratik; përmbledhje parciale; shënim i aktiviteteve për në shtëpi për



séance aktuale dhe atë pasardhëse; dhe retroushqimi i pacientit mbi seancën. Është e rëndësishme që pacienti të përvetsojë modelin konjitiv, me anë të të cilit do të mund të ndryshojë mendimet dhe besimet e tij të gabuara dhe të papërshtatshme. Analiza e situatave urgjente mund të shërbejë për këtë qëllimi.

Teknikat që përdoren gjatë terapisë konjitive janë të ngjashme me ato që përdoren për çrregullimet e tjera, si dialogu sokratik, riatribuimi, detyra për në shtëpi, analiza të avantazheve dhe të disavantazheve të konsumimit, identifikim dhe modifikim i besimeve që lidhen me drogat, teknika e shigjetave zbritëse, teknika e imagjinatës dhe regjistrat vetjakë. Gjithashtu i jepet shumë rëndësi edhe marrëdhënies terapeutike. Po ashtu përdoren edhe teknika të të sjellurit si programimi dhe kontrolli i aktiviteteve, eksperimente të të sjellurit, lojë rolesh, trajnim i shplodhjes, zgjidhje problemesh, ushtrime, kontroll i stimujve, etj.

Sëbashku me kontrollin e urgjencave dhe besimeve që kanë lidhje me to, ndërkohë që trajtimi përparon, merr më shumë rëndësi praktika e aktivizimit të besimeve të kontrollit. Në këtë mënyrë superohen besimet bazë dhe mendimet automatike që individi ka mbi konsumin dhe kalon në një kontroll më të madh ose të plotë të individit, mbi impulset e tij të konsumit. Gjithashtu duhen lënë mënjanë edhe të gjithë problemet që kanë shoqëruar konsumin e drogës, të cilat zakonisht e çojnë individin drejt një rrethi vicioz të probleme-konsum-rritje, probleme-konsum, etj.

Duke qënë se rënia dhe përtëritja janë shumë të zakonshme në këtë çrregullim, edhe terapia konjitive i jep mjaft rëndësi, asaj që cilësohet si ndërhyrje e krizave, duke përshtatur modelin e Marlatt dhe Gordon për parandalimin e përtëritjeve. Në të njëjtën mënyrë i jep rëndësi edhe prezencës së çrregullimeve të tjera, si depresioni, inati, ankthi dhe çrregullimeve të personalitetit, të cilët duhet të të shkëputen dhe të trajtohen, në mënyrë që personi të arrijë abstinencën dhe t'a ruajë atë për një kohë të gjatë.

#### F) Kontrolli i stimujve

Një teknikë që përdoret shpesh është kontrolli i stimujve. Me anë të saj i ngushtojmë aksesin situatave stimuluese, të cilat të shoqëruara nga drogat nëpërmjet proceseve të kushtëzimit, lehtësojnë zhvillimin e tij. Është shumë i dobishëm gjatë fazave të para të trajtimit. Disa nga stimujt më domethënës që lidhen me konsumin janë sjelljet e kërkimit të drogave, miqtë konsumues, vendet e zakonshme të konsumit, treguesit ambientalë, material për konsumin, etj. Sëbashku me këtë rregull, është e rëndësishme edhe që personi të jetë i aftë të gjenerojë këtë kontroll në mënyrë që të parandalojë përtëritjen edhe në të ardhmen.

#### G) Ekspozim me parandalim i përgjigjes

Teknika e ekspozimit është e lidhur me atë të kontrollit të stimujve, dhe është një teknikë shumë e dobishme për të dalluar treguesit që lidhen me konsumin e një droge. Individi ekspozohet, në mënyrë të kontrolluar, ndaj një sërë treguesish të cilët janë të lidhur me konsumin e substancës dhe që zbehin sjelljet kërkimore dhe të marrjes së drogës. Pacienti do të ekspozohet ndaj këtyre treguesve ose sinjale, në kontekstin klinik ose në ambientin e tyre të zakonshëm, pa pasur mundësi që të konsumojë substancë.

Janë të shumtë stimujt e lidhur me sjelljen e kërkimit dhe të marrjes së drogave. Në nivel eksperimental është parë qartësisht se personat adiktë ndaj heroinës kanë një aktivitet autonom të diferencuar përballë stimujve që lidhen me opiatikët, ndryshe nga stimujt neutralë.

Këta tregues e çojnë individin drejt një aktivizimi në nivel autonomik, duke shtuar përgjigjen e dëshirës së tij për heroinë dhe duke rritur edhe perceptimin mbi simptomat e kushtëzuara të abstinencës. Ky efekt do të

prodhohet nga stimuj të brendshëm (për shembull, gjëndja shpirtërore). Nëse nuk shkëputet kjo hallkë e të sjellurit mundësia e përtëritjes është shumë e lartë.

#### H) Kontrolli i inatit dhe i agresivitetit

Në disa raste personi i varur nga opiatikët shfaq probleme me inatin dhe me agresivitetin. Këta probleme i shkaktojnë atij shumë probleme në ambientin e tij familjar, social ose policor. Nëse ndodh kështu, mund të shtohen edhe më shumë problemet fillestare të varësisë nga opiatikët ose të jetë e vështirë ruajtja e varësisë në kohë për shkak të pamundësisë për të zgjidhur problemin.

Në rast se është ky rasti atëherë do ishte e nevojshme të përdroreshin strategji për të kontrolluar inatin dhe agresivitetin, që do të ishin njësoj si teknika e inokulimit të stresit, loja me role, trajnimi asertiv, trajnimi i shplodhjes, zgjidhjes së problemeve ose ristrukturim konjktiv.

#### I) Administrim i kontigjencave

Konsumi i drogave ruhet falë përforcimit pozitiv që i shkakton substanca konsumuesit (për shembull, eufori, kënaqësi) dhe përforcimit negativ (konsumon për të shmangur pasojat negative të sindromës së abstinencës). Konsumi i drogave, ndërkohë, influencohet nga të mësuarit dhe nga kushtëzimi. Po nëpërmjet principeve të të mësuarit dhe kushtëzimit mund të ndryshojmë këtë sjellje të papërshtatshme me një më të përshtatshme, pa konsum drogash. Kjo arrihet nëpërmjet principeve bazë të administrimit të kontigjentët, përforcimit pozitiv dhe negativ, ndëshkimit pozitiv dhe negativ, si dhe teknikat e ndryshme që derivojnë prej tyre (për shembull, shuarje, kontroll i stimujve).

Duke u nisur nga perspektiva vepruese dihet se zhvillimi i një çrregullimi të abuzimit me substancat, ndodh për shkak të pushtetit përforcues të drogës si dhe të faktorëve të tjerë, si biologjikë, ambientalë dhe variablët të sjelljes.

Por, pa hedhur poshtë këtë, për të përballuar trajtimin propozohet një mekanizëm ndërhyrjeje, ngacmimi I të të sjellurit, i cili është i pavarur nga faktorët specifikë etiologjikë.

Teknikat, si aplikimi I stimujve aversivë, përforcimi i teknikave alternative jo kompatibël gjatë konsumit të drogave, shuarja ose disa nga të sipërpërmendurat, kur veprojnë në të njëjtën kohë, thjeshtësojnë ndryshimin e sjelljes së konsumit. Një tjetër shtrirje e tyre janë kontratat e kontigjentëve ose strategjitë e parandalimit të përtëritjeve.

Përdorimi i teknikave të administrimit të kontigjencave, në shumë raste, sëbashku me tenika të tjera, na lejon të kemi një orientim të dobishëm dhe efikas për shumë nga pacientët që paraqiten për trajtim.

Veçanërisht, për një person që zhvillon sjellje të ndryshme nga konsumi i drogave, administrimi i kontigjencave shpesh është tenika kryesore për ta bërë personin që të ruajë abstinencën

Disa teknika të tjera që janë përmendur ose që do të përmenden, për shembull, shuarja ose kontrolli i stimujve, janë gjithashtu teknika shumë të rëndësishme të kontrollit të kontigjencave për trajtimin e personave me varësi nga heroina, të cilat aplikohen në çdo tip ndërhyrje, qoftë të të sjellurit ose jo.

## J) Teknika të vetëkontrollit

Një nga strategjitë e trajtimit të personave të varur nga opiatikët është trajnimi i tyre me teknikat e vetëkontrollit. Aplikimi fillon mbasi personi ka pranuar të marrë pjesë në trajtim, është i çintoksikuar ose në një fazë konsumimi të kontrolluar. Ka raste që vetëkontrolli fillon të shfaqet nga mesi i trajtimit, kur janë arritur tashmë objektivat minimalë për të ruajtur adherimin e tij në trajtim.

Teknikat e vetëkontrollit e bëjnë personin të njoh sjelljen e tij problematike dhe të jetë i aftë t'a përballojë nëpërmjet teknikave që ka mësuar pa e vënë në jetë. Me anë të vetëkontrollit personit i mësohen strategji për të kontrolluar ose modifikuar sjelljen e tyre nëpërmjet situatave të ndryshme, me qëllim që të arrihen objektiva afatgjatë.

Në rastin e kontrollit të drogave objektivi është mëse i qartë: të mos konsumosh, të kërkosh alternativa të tjera nga konsumi dhe ta ruash këtë sjellje përgjatë kohës. Ndaj personi trajnohet me disa teknika se si të mos konsumojë, që të zbus konsumin ose në rast se ndodh, ta zhvillojë në një mënyrë sa më pak problematike, dhe me idenë se mund t'a arrijë abstinencën e plotë.

Terapeuti e ndihmon të vendos kushtet e favorshme për ndryshimin, e trajnon me teknika që do ta ndihmojnë ta arrijë dhe ta përforcojë falë përparimeve të arritura. Gjithashtu trajnohet në aplikimin vetëpërforcimeve, për të kërkuar mbështetjen e njerëzve të tjerë për ti ndihmuar që të ruajnë atë që kanë fituar deri tani dhe që njerëzit që i rrethojnë t'iu përforcojnë abstinencën. Ekzistojnë një sërë teknikash që aplikohen sistematikisht kur aplikohet një program i vetëkontrollit (tabela 4.13). Për një konturim të mirë të tij, duhet bërë një vlerësim i përshtatshëm i të sjellurit të problemit që ka personi dhe duke përshtatur trajtimin sipas përparimeve të arritura përgjatë tij dhe arritjes së objektivave fillestar dhe të mesëm.

Tabela 4.13. Teknikat që aplikohen në një program të vetëkontrollit

- Teknikat e motivimit për ndryshimin
  - Vetëvrojtimi.
  - Kontrata të të sjellurit.
  - Programim të qëllimeve përgjatë seancave.
- Teknikat e kontrollit stimulus
  - Rregulla fizike.
  - Eliminim i stimujve.
  - Të ndryshohen stimujt diskriminativë.
  - Të ndryshohet ambienti social.
  - Të modifikohen kushtet e veta fizike dhe fiziologjike.
- Teknika të programimit të të sjellurit
  - Vetëpërfoces.

- Vetëndëshkim.
  - Procedura të fshehura.
- Teknika konjitive
- Vetëudhëzime.
  - Riatribuim.

Edhe teknikat e vetëkontrollit i japin shumë rëndësi ruajtjes së ndryshimeve, veçanërisht duke përdorur vetëpërforsimet kur sjellja e realizuar është ajo që pritej dhe vetëndëshkimit kur sjellja është ajo e padëshiruara. Një rëndësi shumë të madhe brënda vetëkontrollit marrin edhe procedurat konjitive, sidomos për idetë, besimet, mendimet dhe atributet e gabuara që personi ka për konsumin e tij, për substancën dhe ambientin e tij.

#### K) CO-patologjia: trajtimi tjetër

Rreth 90% e personave me varësi nga opiatikët kanë një diagnozë psikiatrike shtesë dhe 15% tentojnë të vetëvriten të paktën një herë. Diagnozat psikiatrike më të zakonshme janë çrregullimi i depresionit të madh, çrregullimet që lidhen me alkoolin, çrregullim i personalitetit antisocial dhe çrregullimet e ankthit. Prirja e lartë e CO-patologjisë tek konsumuesit e opiatikëve që kanë çrregullime të tjera psikiatrike gjeneron nevojën për të zhvilluar programe të ndërhyrjes të një spektri të gjerë, tek ato gjatë të cilave trajtohen edhe çrregullimet që lidhen me pacientin heroiman.

Për shkak të tendencës që ka përdorimi i heroinës, dhe i drogave të tjera, për të prodhuar shqetësime psikologjike, nuk është e thënë që të jenë të përfshira dy diagnoza psikiatrike të pavarura. Opiatikët mund të prodhojnë shenja dhe simptoma depresioni, ankth, psikoza dhe sjellje antisociale në një kontekst intoksikimi ose abstinence. Në përgjithësi, ky grup shenjash dhe simptomash zhduket mbas disa javësh abstinencë (tre ose katër javë). Etiketimi i parakohshëm si depresion i madh, çrregullim paniku, etj., do të ishte një diagnozë e gabuar dhe për pasojë do të kishte një trajtim të gabuar të problemit kryesor, që në këtë rast është varësia nga heroina.

Nëse konstatohet bashkëjetesa e dy ose më shumë çrregullimeve të pavarura, do të trajtohen me ndërhyrje specifike të llojit konjitivo-të sjellur, farmacologjik ose një kombinim i të dy modaliteteve, për secilin çrregullim dhe të përshtatura sipas nevojës të secilit pacient.

Një nga problemet që mund të shfaqen në këtë moment është që të duhet të vendosësh nëse trajtimet do të realizohen në mënyrë të integruar nga i njëjti ekip terapeutik (modeli integronist), nëse duhet filluar trajtimi i një çrregullimi mbas tjetrit (modeli me sekuenca) ose e kundërta, duhen kryer të dy në të njëjtën kohë, por me dispozitiva të ndryshme dhe nga ekipe të ndryshme (modeli paralel). Gjatë viteve të fundit është insistuar se për të kryer trajtimin e çrregullimeve duale duhet përshtatur një model integronist. Kjo do të thotë se trajtimet e të dy çrregullimeve duhen bërë në të njëjtën kohë dhe nga i njëjti ekip terapeutik.

#### L) Trajtimi i problemeve martesore dhe familjare: terapia e çiftit dhe terapia familjare

Konsumi i heroinës e transformon në mënyrë jo normale jetën e personit në familje dhe në çift. Kjo është një nga fushat më të prekura, duke i kthyer personat e tij më të dashur në të "burgusor" të procesit të tij adiktiv.

Pasi janë pikërisht ata që vuajnë direkt dekurajimin e pacientit, degjenerimin e tij fizike, problemet me miqtë, me drejtësinë, etj., jo vetëm të atij vetë por edhe të familjes dhe partnerit. Në momentin që pacienti ka hyrë në trajtim, është e nevojshme që të ndërhyet në marrëdhënien në çift, nëse është e nevojshme edhe me terapinë e çiftit. Dhe nëse bërthama familjare apo më gjerë janë të prekura, atëherë duhet të ndërhyet me terapinë familjare. Terapia e çiftit është një terapi specifike e cila pretendon të rrisë komunikimin mes tyre, të rrisë ndërveprimin e forcave të partnerëve dhe ti ndihmojë të zgjidhin problemet me të cilat do të përballen, nëpërmjet teknikës së zgjidhjes së problemeve. Gjithashtu është e nevojshme që të trajnohen në aspekte të tjera, që do të hasin (për shembull, kujdesi ndaj fëmijëve, problemet seksuale të njërit prej partnerëve).

Terapia familjare ka fituar mjaft rëndësi vitet e fundit në trajtimin e personave me varësi ndaj opiatikëve, për shkak të prekjes të të gjithë familjes nga një anëtar konsumues dhe për shkak të marrëdhënieve specifike që vendosen midis një anëtari të familjes dhe personit adikt. Terapia familjare zakonisht i përshtatet konceptit të sistemit, duke qënë se eksperiencat dhe sjelljet e një personi janë të lidhura dhe varen nga sjellja e anëtarve të tjerë të familjes.

Pra, sjellja e një anëtari të familjes nuk mund të jetë e izoluar nga ajo e anëtarëve të tjerë. Çdo familje manifeston forma të caktuara të komunikimit dhe sekuenca të sjelljes për të ruajtur ekuilibrin e anëtarëve të saj. Qëllimi i terapisë familjare të të sjellurit është të trajnojë anëtarët e familjes me teknikat e administrimit të kontigjentëve (për shembull, kontrata të të sjellurit), t'i trajnojë në aftësitë e zgjidhjes së problemeve dhe të komunikimit, shkëmbim sjelljesh, vrojtim të sjelljes vetjake dhe të të tjerëve, shkëmbim përforcimesh midis anëtarëve të ndryshëm të familjes, ndryshim i pritshmërive dhe i atributave negative, reduktim i gjëndjeve emocionale negative. Veçanërisht kur personi adikt arrin abstinencën, duhet të jemi të vëmendshëm ndaj ndryshimeve të mundshme në strukturën e marrëdhënieve të familjes, të cilat mund të ndihmojnë në përtëritje (përmbledhja 4.5). Përfshirja e familjes në trajtimin mund të shmang përtëritjen, si dhe mund të ndihmojë në administrimin e konflikteve të fshehura ose të konflikteve në familje dhe të krijojë aftësi të përshtatshme të komunikimit apo të zgjidhjes së problemeve.

Për t'a arritur këtë duhen administruar siç duhet disa probleme, si për shembull norma të qartat të bashkëjetesës, të hierarkisë dhe të komunikimit brënda familjes, madje babai duhet përfshihet në problemin e fëmijës së tij dhe të mos ia lërë gjithë peshën nënës, duke u sjellë sikur nuk ka asnjë problem. Kështu që, në disa raste, ndërhyrja bëhet shumë më e fortë dhe më komplekse nga ç'është në fillim, kur anëtarë të tjerë përveç individit, siç është për shembull familja në këtë rast, i thjeshtojnë atij konsumin. Ndaj, në disa raste, terapia familjare bëhet vetëm me prindërit, ose në grupe prindërisht, për ti trajnuar ata se si të kujdesen sa më mirë fëmijët e tyre, si të kenë përfshirjen e duhur emocionale me ta, dhe si të mbajnë një qëndrim që t'ju thjeshtojë fëmijëve të tyre rekuperimin.

#### M) Terapia e grupit

Terapia e grupit është një modalitet terapeutik që përdoret shpesh për trajtimin e personave me varësi nga opiatikët. Sëbashku me trajtimin individual dhe ndërhyrjet e tjera të cilat mund të kryhen në qendrën e trajtimit (për shembull, programi i mirëmbajtjes me metadon, njësia ditore), terapia e grupit ka një rëndësi shumë të madhe në shumë nga programet ekzistuese. Objektivi që pretendohet të arrihet është i njëjti me terapinë individuale por me një format në grup me dinamikën e tij të cilat zhvillohen brënda secilit grup. Ajo i lejon pacientit të krahasohet me të tjerët, të ketë mbështetje, të mësojë strategji dhe teknika kontrolli, të përftojë aftësi dhe të përveçtojë normat e funksionimit në grup. Objektivat e saj kryesorë do të përqëndrohen

në zgjidhjen e problemeve dhe në realizimin e qëllimeve që do e çojnë pacientin drejt abstinençës ose do i lejojnë t'a ruajë atë, në mënyrë që më në fund të ndryshoj stilin e tij të jetesës.

#### N) Parandalim i përtëritjes

Konsumi i parë nuk ka pse të sjellë një përtëritje, mund të jetë vetëm një rënie ose një tundim korrekt (tabela 4.14). Për Marlatt dhe Gordon përtëritja përkufizohet si çdo kthim i sjelljes adiktive ose i stilit të mëparshëm të jetesës, mbas një periudhe fillestare abstinence dhe të një stili të ndryshuar të jetesës.

Një rënie është një kthim i shkurtër në sjelljen adiktive në një moment të caktuar në kohë, e thënë ndryshe, një humbje e kontrollit korrekt të sjelljes, që mund ta çoj personin drejt realizimit të një konsumi sporadik. Përtëritja e adiksioneve mund të manifestohet në mënyra të ndryshme: kthimi në stilin e mëparshëm të jetës, konsumimi i drogave zëvendësuese, realizimi i aktiviteteve rastësore dhe të rrezikshme ose seksualitet kompulsiv, etj. Forma më e zakonshme e manifestimit është rifillimi i rregullt i konsumit të heroinës.

Tabela 4.14. Disa aspekte të rëndësishme të parandalimit të përtëritjes

*Rënie.* Është një kthim i shkurtër në sjelljen adiktive në një moment të caktuar të kohës, pra, një humbje e kontrollit korrekt të sjelljes, që mund ta çoj individin drejt realizimit të një konsumi sporadik të heroinës.

*Përtëritje.* Është kthimi në konsumin e rregullt të heroinës.

*Situatë shumë e rrezikshme.* Është cilado situatë që paraqet një kërcënim për ndjesinë e kontrollit të personit abinent dhe që shton rrezikun e përtëritjes.

*Programi i parandalimit të përtëritjes.* Është një program i vetëkontrollit i projektuar me qëllimin që të ndihmojë individët, të jenë të aftë të përballojnë situatat me rrezik të lartë konsumi të substancave.

Një koncept thelbësor për të kuptuar procesin e përtëritjes quhet *efekti i dhunimit të abstinençës*. Ky efekt përbëhet nga dy elementë konjitivë kyçë: disonancia konjitive (konflikti dhe faji) dhe një efekt i atributit personal (ti vësh fajin vetes që ndodhi përtëritja), po ashtu edhe shfaqja e parakohshme e efekteve pozitive që janë të lidhura me drogën. Kombinimi i këtyre tre përbërësve e çojnë pacientin drejt një përtëritje totale.

Modeli i parandalimit të përtëritjes i cilëson adiksonet si një zakon i fituar që nuk mund të ndryshohet duke aplikuar principet e kushtëzimit klasik, veprues dhe zëvendësues. Për më tepër i jep shumë rëndësi faktorëve konjitivë që përfshihen në përtëritje.

Strategjitë e parandalimit të përtëritjes orientohen drejt parandalimit të zhvillimit të përtëritjeve mbas trajtimit dhe se si të ndihmohen pacientët që të përballojnë përtëritjen, nëse kjo e fundit ndodh. Është një program i vetëkontrollit ku u mësohet pacientëve se si ta njohin paraprakisht dhe sesi ta përballojnë me efikasitet problemet që shfaqen mbas trajtimit ose në vazhdimësi. Ndaj, parandalimi i përtëritjes mund të aplikohet si strategji e mirëmbajtjes, për të parandaluar përtëritjen, ose me një fokus më të përgjithshëm për të ndryshuar stilin e jetesës.

Shkaqet kryesore të përtëritjes tek personat e varur nga heroina janë gjëndjet emocionale negative, konfliktet ndërpersonale dhe presioni social (tabela 4.15). Gjëndjet emocionale negative janë situata gjatë të cilave individët përjetojnë një gjëndje jo të mirë emocionale, ose shpirtërore apo ndjenja negative, si frustrimi, inati, ankthi, depresioni ose mërzija, para ose edhe gjatë kohës që ndodh rënia e parë. Konfliktet ndërpersonale janë

situata që përfshijnë një konflikt aktual ose relativisht të vonët, i cili lidhet me çfarëdo marrëdhënie ndërpersonale, si martesë, anëtarët e familjes, marrëdhëniet në punë, etj. Presioni social përfshinë situatat gjatë të cilave pacienti i përgjigjet influencës së personave të tjerë që ushtrojnë presion për t'a përfshirë sërish në konsumin e substancave.

Tabela 4.15. Shkaqet e përtëritjeve tek heroimanët sipas modelit të Marlatt (në përqindje)

- Përcaktues vetëpersonale		45
• Gjëndje emocionale negative	19	
• Gjëndje fizike negative	9	
• Gjëndje emocionale pozitive	10	
• Prova të kontrollit personal		2
• Urgjenca dhe tundime	5	
- Përcaktues ndërpersonale		55
• Konflikte ndërpersonale	14	
• Presion social		36
• Gjëndje emocionale pozitive	5	

Nëse personi është i aftë që të ushtrojë një përgjigje përbaluese efektive në një situatë me rrezik të lartë, mundësia e përtëritjes zvogëlohet. Në momentin që përballon me sukses një situatë me rrezik të lartë, ka shumë mundësi që personi të përjetojë një ndjesi pushteti dhe perceptimi të kontrollit, duke gjeneruar aspiratë që do ta bëjë të aftë të përballojë situatat e tjera të rrezikut që do ti paraqiten në të ardhmen (vetëeficienca). Nëse kjo përsëritet do të përvetsojë një perceptim më të madh të kontrollit dhe do të zvogëlojë mundësinë e përtëritjes. Nëse ndodh e kundërta, pra ai nuk do të jetë në gjëndje që të përballojë me efikasitet një situatë me rrezik të lartë, dhe nëse paraqet një aspiratë pozitive të rifillimit të përdorimit të drogës, rritet mundësia e përtëritjes.

Tre janë strategjitë kryesore që mund të përdoren në proceset e parandalimit të përtëritjeve:

1. Afërsia e mbështetjes sociale. Është e përqëndruar në mbështetjen emocionale të anëtarëve të familjes së tij dhe të miqve të tij sëbashku me reduktimin e konflikteve ndërpersonale dhe stresit.
2. Afërsia e ndryshimit të stilit të jetesës. Orientohen drejt zhvillimit dhe ruajtjes së një identiteti të ri social me individë jo konsumues, duke ndërprerë marrëdhënien me miqtë e vjetër konsumues të drogave, duke zhvilluar interesa të reja dhe kontakte sociale dhe duke mësuar metoda të reja për të përballuar emocionet negative.

3. Afërsia konjitivo-të sjellur. Është e përqëndruar në identifikimin e treguesve të brendshëm dhe të jashtëm që lidhen me urgjencat dhe përtëritjen dhe me të mësuarin se si mund ti evitosh, ose nëse ndodhin, si mund të parandalosh përtëritjen e plotë.

Teknikat konjitivo-të sjellurit për parandalimin e përtëritjes janë mjaft efikase. Orientohen drejt shtimit të vetëefikasitetit, përmirësimit të kontrollit ndaj impulseve, favorizimit të ristrukturimit konjitiv dhe përmirësimi i strategjive të marrjes së vendimeve. Strategjitë, qofshin globale apo specifike, të parandalimit të përtëritjes mund të grupohen në tre kategori thelbësore: trajnim i aftësive, ristrukturim konjitiv dhe ndryshim i stilit të jetesës. Trajnimet e aftësive konsistojnë në përgjigje të të sjellurit dhe konjitive për të përballuar situata me rrezik të lartë. Procedurat e ristrukturimit konjitiv kanë për qëllim të parandalojnë pacientët e konjeksioneve alternative se si të administrojnë impulset dhe shenjat fillestare dhe se si të ristrukturojnë reaksionet që prodhohen gjatë rënies së parë.

Strategjitë që i drejtohen ndryshimit të stilit të jetesës kanë për qëllim përforcimin e aftësisë globale përballuese të pacientit dhe për të reduktuar shpeshtinë e intesitetit të impulseve dhe dëshirave të pazezueshme për substancën, të cilat në fakt janë produkt i një stili të çekuilibruar të jetesës.

Brënda teknikave të përdorura janë programet e ristrukturimit konjitiv, trajnimet për të identifikuar dhe për të kontrolluar stimujt, ekspozim ndaj stimulateve të gjallë (realë) ose imagjinare, ndalim i mendimeve, kushtëzim i fshehur, programe përforcimi të jashtëm, etj. Në tabelën 4.16 paraqiten ato më të rëndësishmet.

Për parandalimin e përtëritjes është shumë e rëndësishme që pacientët të identifikojnë emocionet e tyre dhe të mësojnë që janë po ato që mund t'i çojnë drejt përtëritjes dhe që kjo të mos ndodh duhet të dinë se si të përballen me efikasitet. Për shembull, është shumë e rëndësishme që të reduktohet stresi që ato prodhojnë, të reduktohet ekspozimi ndaj situatave që i kanosin një rritje të stresit.

Tabela 4.16. Strategjitë bazë me të cilat duhet trajnuar pacienti në mënyrë që të parandalohet përtëritja.

- Të evitohen situatat me rrezik të lartë, veçanërisht gjatë javëve të para mbasi është arritur abstinenca.
- Arratisje (braktisje e situatës së rrezikut).
- Argëtim:
  - Strategji konjitive
- Imagjinim (të lidhësh konsumin e drogave me pasojat e tyre të rrezikshme).
- Ristrukturim konjitiv (ndryshim i perceptimit të situatës).
- Vetëudhëzime (ti japësh vetes udhëzime për të qëndruar abinent).
- Strategji të të sjellurit.
  - Shplodhje.
  - Aktivitet fizik.
  - Sjellje alternative më të përshtatshme.
  - Aftësi bindëse.



- Të shtysh në kohë dëshirën për të konsumuar drogë.
- Të kujtosh rëniet ose përtëritjet që kanë ndodhur në të shkuarën.

Nëse në një situatë me rrezik të lartë pacienti shfaq para kohe atë që mund të ndodh (për shembull, kur takohet me një konsumues droge), mund të vërë në jetë strategjitë e ndryshme për ta përballuar, sidomos nëse bëhet fjalë për urgjencë (tabela 4.17). Në tabelën 4.18 tregohet se si mund të superohet një rënie.

Tabela 4.17. Strategji për të përballuar urgjencat dhe për të evituar përtëritjen

- Strategji të të sjellurit
  - Braktisje e situatës.
  - Të largohesh nga ritet e konsumit të drogave.
  - Të përdorësh aftësi të shplodhjes.
  - Të përsërisësh pohime vetëmotivuese me zë të lartë.
  - Të mbash shënim mendimet dhe ndjenjat në një ditar.
  - T'i telefonosh terapeutit ose ndonjë personi tjetër që të mbështet.
  - Të bësh prova për sjelljet që duhet të realizosh nëpërmjet lojës me role.
- Strategji konjitive
  - Të përsërisësh arsyet për të cilat duhet ndërprerë konsumimi.
  - Të mendosh në arritjet e deritanishme.
  - Të përdorësh imazhet mendore pozitive.

Tabela 4.18. çfarë duhet të bëj një person adikt nëse pëson një përtëritje

- Të ndërpresë marrjen e drogave mbas rënies fillestare.
- Të braktisë situatën e konsumit.
- Të telefonojë dikë që mund ti japë mbështetje.
- Të përdorë strategji të tjera të të sjellurit ose konjitive.

*Shënim: për një plotësim sa më të mirë të kësaj mund të firmosë një kontratë dhe t'i mbajë rregullat të shkruara në një letër.*

#### 4.2.4. Rishikim kritik i programeve të ndërhyrjes

Vlerësimi i efikasitetit mund të bëhet në funksion të abstinencës (programi pa drogë) ose në funksion të përmirësimit të kushteve të individit dhe mbajtjes së tij në trajtim. Në një program pa drogë objektivi është një ndryshim integral, i cili përfshin jo vetëm superim e adiksionit por edhe të gjithë problemet që mund të shfaq pacientit në fushën fizike, psikologjike dhe sociale, gjatë tij përdoret terapia individuale dhe ajo e grupit.

E para, përqëndrohet në çështjet e përshtatjes sociale, marrëdhëniet familjare dhe miqësore, vështirësitë në shkollë ose në punë, si dhe objektiva të tjerë. E dyta, vazhdon me mbështetjen dypalëshe, gjatë së cilës pacienti gjen te grupi aprovim të sjelljeve të reja, mundësinë për të ndarë eksperiencën të reja, etj. Përveç trajtimit psikologjik përfshihen edhe aktivitete sportive, aktivitete të plotësimit të kohës së lirë, etj.

Braktisja e këtij lloji programi është e lartë. Përqindja e qëndrimit luhet nga 20 në 40%. Pjesa më e madhe e pacientëve e braktisin këtë program gjatë muajve të parë të trajtimit. Sa më i ashpër të jetë adiksioni aq më e lartë është mundësia e braktisjes së programit përpara kërkesave të terapeutit. Mesa duket përfshirja e ndërhyrjeve që kishin si objektivi rritjen e qëndrimit të pacientëve në programe, veçanërisht gjatë javëve të para të fillimit të trajtimit, do të ishin efikase për të reduktuar përqindjet e braktisjes.

Studimet e kryera në Spanjë dhe evidenca klinike sugjerojnë që trajtimi me metadon është efikas për të reduktuar përdorimin e opiatikëve dhe sjelljen kriminale, përmirëson shëndetin dhe punën, aktivitetin produktiv, mirëqënien subjektive, cilësinë e jetës dhe integrimin social të përdoruesve nëpërmjet kontaktit të vazhdueshëm me shërbimet shëndetsore dhe komunitare.

Pacientët që kanë më shumë se tre muaj në trajtim (në modalitetet e komunitetit terapeutik dhe të çintoksikimit ambulator me mbështetje psikoterapeutike) dhe ata që kanë 300 ditë në mirëmbajtje me metadon, kanë vlerësime më të favorshme aftagjate se ata që nuk arrijnë t'i plotësojnë këto periudha kohore.

#### 4.2.5. Problemet më të zakonshme

Problemet më të zakonshme që hasen gjatë trajtimit të personave adiktë ndaj heroinës janë: gënjeshtria; mohimi, rezistenca dhe mungesa e progresit në trajtim; prezenca e shumë problemeve; diagnoza duale dhe konfuzioni në diagnozë; përtëritja ose përtëritjet; problemet që shfaqen kur është edhe mbartës i HIV ose ka SIDA; kur i duhet të përmbush dënime dhe ndërpret trajtimin; braktisja e trajtimit; pjesëmarrje në gjyqe, të klientit ose të terapeutit, ose kur duhen shpërndarë formularë ligjorë; dhe pamundësia për të pasur një paketë standarte të trajtimit me karakteristikat individuale të secilit pacientë.

Nga problemet e mësipërme, gënjeshtria është një element karakteristik, veçanërisht gjatë fazave të para të trajtimit. Ndërkohë që ky i fundit avancohet nëse marrëdhënia pacient-terapeut është e mirë, mund të përmirësohet. Është pikërisht analiza e urinës që provon nëse pacienti heroiman po thotë ose jo të vërtetën. Mund të ndodh edhe që të mohoj që ka një problem të rëndë, ose të pohoj që problemi nuk është edhe aq i rëndë, t'i rezistojë trajtimit, të mos e ketë të qartë që ka nevojë të ndryshojë, pra pengesa që trajtimi të mos progresojë. Këtyre pengesave shpesh ju shtohen edhe problemet e shumta, siç është një nga shembujt e rasteve që u paraqitën, gjë që kërkon një ndërhyrje më të shpeshtë, në shumë fusha, dhe me një vizion më shumë afatgjatë se sa afatshkurtër. E gjitha kjo rëndohet nëse personi ka një diagnozë duale, ose kur nuk janë të qarta problemet dhe diagnozat që i shoqërojnë. Në të tilla raste duhet të realizojmë një ndërhyrje në problemin e heroinës dhe ndërhyrje të tjera në çrregullimet që i shoqërojnë.

Përtëritja ose përtëritjet janë të zakonshme në sjelljet adiktive, dhe sidomos në personat e varur nga heroína. Duhet pasur parasysh dhe duhet bërë ndërhyrjet e duhura që të jenë sa më pak intense ose që ta dëmtojnë sa më pak individin. Si në një program pa drogë ashtu edhe në një program të reduktimit të dëmeve, përtëritja e konsumit të heroinës duhet të ndodhë sa më shpejt që të jetë e mundur në mënyrë që konsumuesi të mos i kthehet sjelljes së tij konsumuese të mëparshme dhe për pasojë të braktisë trajtimin.

Kur heroimani është mbartës i HIV ose ka SIDA ndërhyrja duhet t'a marrë parasysh dhe të krijoj një trajtim si mjekësore ose farmacologjik për sëmundjen fizike, për atë psikologjike dhe psikoedukative për gjëndjen e tij psikologjike dhe emocionale, ashtu edhe për përballimin e gjëndjes së re të sëmundjes.

Ndërhyrja varet nga rasti i secilit individ me HIV ose SIDA, do të jetë pak a shumë intense dhe do të përcaktojë nëse do të përqëndrohet më shumë në atë sëmundje apo në konsumin e heroinës.

Sfera ligjore ndikon mjaft në këto lloje çrregullimesh. Ka raste që trajtimi ndërpritet për të realizuar një dënim, ose për të mos realizuar trajtimin, dhe pacienti kthehet në burg. Edhe terapeutit i takon shpesh që të prezantojë formularë që mund ti kërkohen nga drejtësia, mund t'i duhet të paraqitet në gjyq për të bërë deklaratë ose vetë personi adikt ndërpret trajtimin në momentin që kupton që është i zhytur në një proces ligjor.

Këtyre problemeve i bashkohen edhe problemet e marrëdhënieve, me partnerin ose partnerët, me familjen, me fëmijët, etj., si reflektim i një problematike komplekse që servit të gjithë aspektet e jetës së individit.

#### 4.2.6. Paraqitje e rastit: trajtim dhe evoluim i rastit të varësisë nga heroína

Duke e gjendur përballë vlerësimit të rastit dhe se sa i rëndësishëm ishte ai, Daniela u fut në një program mirëmbajtje me derivatë të opiatikëve, metadon, paralelisht edhe me trajtimin psikologjik. Ky i fundi konsistojë në një terapi konjativo-të sjellurit individuale sëbashku me një ndërhyrje familjare. Gjithashtu u kthye të jetonte në shtëpinë e nënës së saj deri në fund të trajtimit, gjë që ishte një element shumë i rëndësishëm i këtij rasti. U krye një trajtim sipas linjës që u prezantua në këtë kapitull për braktisjen e heroinës dhe mirëmbajtjen e abstinencës, duke u ndihmuar edhe nga metadoni. Ndërkohë që trajtimi përparonte dhe abstenenca e heroinës u konsolidua, ajo gjeti mbështetje për të recuperuar aktivitetin e saj në punë dhe/ose atë formues. Mbas gjashtë muajve trajtim psikoterapeutik dhe metadon, kaloi në një program pa drogë. Gjatë tij vazhdoi të merrte pjesë edhe në terapi individuale konjativo-të sjellur deri në përfundim të trajtimit dhe përfundimeve të mjekut.

Mbas gjashtë muajve të parë trajtim ndodhi një ndryshim shumë i rëndësishëm, që pacientia fillojë të shfaqte një forcë të jashtëzakonshme për të ndryshuar jetën, për të rifilluar studimet, për të ndërtuar një të ardhme të re. U analizuan disa mundësi derisa ajo vendosi të shkonte në universitet.

Ndoqi të gjithë kurset e pranimit në universitet, i kaloi, hyri në universitet dhe mori nota të mira gjatë simestrit të parë. Kjo për të ishte një arritje shumë e madhe e cila e entuziasmojë shumë. Gjithashtu, ndërkohë që trajtimi vazhonte, fillojë të zinte miq, gjë që më parë i mungonte madje ishte totalisht e izoluar në aspektin social. Me kalimin e kohës u përqëndrua edhe më shumë te studimet, gjë që kërkonte një kapacitet të mirë intelektual dhe sforcimin e duhur, e gjitha kjo e bëri të fitonte përherë e më shumë besim te vetja dhe të vërtetonte që po i hapej një dritare e re drejt së ardhmes.

Ndërkohë që koha kalonte niveli i motivimit të saj dhe i kompromisit ndaj abstinencës, si dhe ndryshimi i stilit të jetesës vazhdonin të përforcoheshin përherë e më shumë. Kështu që, mbas dy vitesh trajtim me metadon vendosi sëbashku me terapeutin e saj se falë ndryshimeve të bëra ishte gati për të vazhduar një jetë pa trajtim farmacologjik (metadon). Në këtë mënyrë kaloi në një program pa drogë, me një kontroll të vazhdueshëm të analizës së urinës dhe trajtim psikologjik individual. E gjitha kjo vazhdoi për tetë muaj dhe më pas u deklarua e shëruar.

Gjithashtu, gjatë trajtimit të saj, u pa e nevojshme që të ndërhyhej edhe te nëna e saj, e cila filloj të shfaqte disa shenja depresive që lidheshin me humbjen e rolit të saj. Pra e thënë ndryshe, Daniela po rritej, fëmijët e tjerë gjithashtu dhe po bëheshin përherë e më autonomë e të pavarur. E gjitha kjo e bënte të ndihej si e padobishme për ta. Gjatë terapisë së saj, mamaja, u përgatit për një rol të ri matern, gjë që e ndihmoi të mos qajej më dhe të superonte problemet e saj.

Katër vjet mbas përfundimit të trajtimit, Daniela, vazhdon të ketë sukses në shkollë, ka marrëdhënie të mira shoqërore dhe nuk konsumon herorinë.

#### 4.3. Varësia nga kokaina

##### 4.3.1. Objektivat

Objektivat që duhen arritur gjatë trajtimit të varësisë nga kokaina janë të shumtë (tabela 4.19).

Fillimisht, njësoj si në rastin e heroinës, duhet që pacienti t'a pranojë dhe ndërkohë të bëhet i ndërgjegjshëm që ka një problem me kokainën. Së dyti, të rritet motivimi i pacientit për të bërë trajtimin. Përpara se të fillohet trajtimi për ndërprerjen e kokainës, është e nevojshme që të dihet se cili është motivimi për të ndryshuar. Strategjitë motivuese do të luajnë një rol shumë të rëndësishëm në fillimin e trajtimit, në mënyrë që pacienti të pranojë që ka një problem me kokainën dhe të mund të arrijë ndryshimet e dëshiruara. Niveli i motivimit për të ndryshuar do të jetë një nga ekementët kyç për zgjedhjen e tipit të terapisë për secilin individ. Pra, bëhet fjalë për gjetjen e ndërhyrjes më të përshtatshme për secilin pacient në funksion të motivimit të tij për të ndryshuar. Strategjitë, si kryerja e seancave këshilluese ose projektimi i kasetave të vidiove dhe shumë të tjera, mund të vijnë mjaft në ndihmë për të përpunuar motivimin e abstinencën. Objektivi është që të edukohet personi dhe familja e tij për rreziqet që shkakton konsumi i kokainës, të informohet për rrjedhën normale të çrregullimeve që provokon konsumi dhe të bëhet sa më e qartë që çdo individ është përgjegjës për veprimet e tij. Për më tepër i duhet mësuar pacientit që abstenca është e mundur, që mund ta ndryshojë stilin e tij të jetesës dhe që mundësia për t'ia dalë është shumë e madhe.

Tabela 4.19. Objektiva gjatë trajtimit të varësisë nga kokaina

1. Pranimi i ekzistencës së një problemi të varësisë nga kokaina.
2. Rritje e motivimit për trajtimin.
3. Ndërprerja e konsumit të kokainës.
4. Heqja e zakonit psikologjik.
5. Përmirësim i gjëndjes fizike.
6. Trajnim për parandalimin e përtëritjes.

7. Identifikim dhe trajtim i simptomave të tjera dhe i çrregullimeve psikopatologjike që i shoqërojnë (COpatologjia).
8. Përvetsimi i një stili të ri të jetesës pa kokainë.
9. Përmirësim i aktivitetit të punës dhe i gjëndjes ekonomike.

Objektivi i tretë është që pacienti të ndërpresë konsumin e heroinës. Varësia nga kjo substancë, bën që ajo të jetë qëllimi kryesor i jetës së konsumuesit. Pra kërkimi i kokainës dhe konsumi i saj zënë pjesën më të madhe të kohës së tij. Pacienti mund të braktisë përgjithësisht të tij personale, familjare dhe pune, etj., vetëm për të konsumuar kokainë. Trajtimi i kësaj varësie nis me superimin e sindromës së abstinencës. Ekzistojnë disa pengesa që mund ta vështirësojnë, për shembull, nënvleftësimi nga ana e pacientit e mundësisë së një përtëritje fillestare për shkak të mungesës së simptomave të abstinencës fizike, aq të përfolur edhe te drogat e tjera (për shembull, tek heroina).

Heqja e zakonit psikologjik është një tjetër objektivi shumë i rëndësishëm, i katërti, për të arritur eliminimin e adiksionit nga kokaina. Objektivi i përgjithshëm i një programi të ndërhyrjes me një kokainoman konsiston në ndihmën që i jepet pacientit për të superuar sjelljet kërkimore dhe ato të marrjes së kokainës. Është thelbësore që të administrohen përgjigjet e forta të urgjencave dhe simptomat e abstinencës që e shpëtojnë personin adikt nga objektet, mendimet, ndjenjat, vëndet, personat, momente të caktuara të ditës dhe/ose kujtime. Është thelbësore që këto përgjigje të fuqishme të shuhen, duke shpëtohet ndërveprimet midis stimulujve kontekstualë që i provokojnë dhe konsumi i kokainës.

Objektivi i pestë është përmirësimi i gjëndjes fizike të personit. Konsumi i kokainës, sidomos kur është kronik, mund të dëmtojë sistemet organike (për shembull, sistemin kardiovaskular). Ndërkaq është e vështirë të mendohet për një trajtim efikas kur nuk ka një vlerësim të thelluar fizik, kur nuk merren parasysh problemet e mundshme organike dhe parandalimi i problemeve mjekësore që mund të shfaqen në të ardhmen. Këto hapa jo vetëm që janë një pjesë thelbësore e trajtimit, por gjithashtu janë të rëndësishme për rehabilitimin e plotë të pacientit.

I gjashti, ka të bëjë me trajnim që i bëhet individit me strategji parandaluese të përtëritjes në mënyrë që mbasi të ketë përfunduar abstinencën, ai të jetë i aftë që të me kalimin e kohës të përballojë siç duhet urgjencat, tundimet për të konsumuar, situatat që mund të kenë një ndikim negativ, etj.

Intoksikimi nga kokaina dhe abstinencia nga kokaina shpesh shfaqin simptoma psikiatrike. Identifikimi dhe kurimi i tyre, në rastet kur është e nevojshme, duhet konsideruar si një objektivi më shumë i trajtimit.

Rreth dy të tretat e personave që vuajnë nga abstinencia e stimuluesve, si kokaina apo amfetaminat, shfaqin simptoma depresive të cilat mund të zgjasin nga dy deri në katër javë. Programet e trajtimit duhet ti marrin parasysh këto simptoma të përpikta. Gjithashtu duhet vlerësuar me kujdes edhe prezenca e mundshme e çrregullimeve psikiatrike të pavarura dhe të kryhen hapat e duhur për të kontrolluar simptomat klinike, përfshirë edhe ato episodike, të cilat janë pjesë e sjelljes së konsumit të kokainës.

Objektivi i tetë do të jetë ndryshimi i stilit të jetesës, në mënyrë që individi të përshtatet në ambientin familjar, social, në punë dhe komunitet. Kjo është një etapë thelbësore dhe përgjithësisht është më e gjata, pasi nuk duhet ndryshuar vetëm forma e paraqitjes sociale por edhe përfundimi i aftësive të reja dhe i burime të forcës, për të konsoliduar një stil jetese pa konsum kokaine. Normalisht pacientët e kanë konsumuar këtë drogë për

disa vjet me rradhë dhe kanë jetuar në mënyrë të tillë që pjesa më e madhe e kohës i është kushtuar kërkimit dhe konsumimit të drogës. Për të përfutur një stil të ri jetese është e rëndësishme që pacientit ti mësohen mënyra të tjera të plotësimit të kohës së lirë, t'i stimulohen marrëdhënie me miq jo konsumatorë, t'u mësohet se si të përshtatet me jetën e përditshme dhe se si të përmirësoj marrëdhëniet e dëmtuara me partnerin ose me anëtarët e familjes.

Së fundi, është e rëndësishme që të merret në konsideratë si objektiv trajtimi, përmirësimi i fushës së punës dhe i asaj ekonomike të pacientit. Pacientët me varësi nga kokaina shpenzojnë shumë lekë brenda një kohe shumë të shkurtër dhe për pasojë mund të përfshihen në vjedhje, prostitucion ose trafik droge, ose të marrin borxhe për të blerë drogën. Ndërkaq, në shumicën e rasteve është e nevojshme që pacienti të trajtohet në kërkimin e punëve të tjera, të cilat nuk kanë lidhje me konsumin e substancave dhe të stimulohet që të planifikojë çështjet e tij ekonomike në një mënyrë realiste.

#### 4.3.2. Teknikat më të zakonshme të mjekimit

Sic e pamë më sipër, objektivi kryesor i një programi të varësisë nga kokaina nuk është vetëm abstenenca por edhe shumë të tjerë. Për secilin pacient duhet hartuar një trajtim individual, në të cilin të përfshihen teknika të ndryshme të trajtimit, për momentet e ndryshme të evoluimit të çrregullimit të tij.

Shpesh flitet për kokainomanët, pa marrë parasysh që nuk janë një grup homogjen. Prandaj është e rëndësishme që të bëhet vlerësimi i duhur i problemit, duke formuluar objektivë terapeutikë specifikë për secilin individ. Në tabelën 4.20 paraqiten ato teknika që përdoren më shpesh për trajtimin e kokainomanëve.

Tabela 4.20. Strategjitë dhe teknikat që përdoren më shpesh për trajtimin klinikë të personave me problemi abuzimi ose varësie nga kokaina.

1. Teknika motivuese.
2. Vetëvrojtim.
3. Kontrata kontigjentësh.
4. Programacion i aktiviteteve.
5. Strategji për të përballuar urgjencat.
6. Strategji për të përballuar mendimet që lidhen me kokainën.
7. Strategji për të mos pranuar ofertat e kokainës.
8. Teknika të zgjidhjes së problemeve.
9. Terapi konjitive.

#### A) Strategji motivuese

Gjëja më zakonshme është që kokainomanët të cilët kërkojnë trajtim, kanë një motivim të ulët dhe të luhatsëm. I ulët, pasi ata zakonisht paraqiten në trajtim të stimuluar dhe të ndikuar nga faktorë të jashtëm (për shembull, nga familja, nga probleme gjyqësore) më shumë sesa nga bindja e tyre. Ndërsa i luhatsëm pasi janë më shumë të varur nga faktorë e jashtëm se sa nga të brendshëm. Cfarëdo ngjarje e jashtme (për shembull, probleme ligjore, humbje e punës) mund të ndikojë, edhe pse në mënyrë tranzitore, në një ndryshim të sjelljes ndaj trajtimit.

Intervista motivuese, siç u tha edhe më sipër në rastin e varësisë nga heroína, ka një rëndësi shumë të madhe. Kryesisht shërben për të vlerësuar nëse rritet motivimi i pacientit për trajtimin (tabela 4.21). Për më tepër, mund të përdoren strategji të ndryshme për të formuar tek pacienti shprehi vetëmotivuese, si: a) të vihen në peshore arsyet midis mos ndryshimit dhe ndryshimit (pra duke peshuar pro-të dhe kundër nëse vazhdohet me të njëjtin stil jetese); b) përpunim i çështjeve në diskutim (pacientit i kërkohet që të thellohet mbi çështjet për të cilat ka folur, duke i parë nga këndvështrime të tjera); c) çuarja e gjërave në ekstrem (pacientit i kërkohet që të imagjinojë se cilat do të ishin anët pozitive dhe ato negative nëse do të vazhdonte me të njëjtën situatë dhe nëse do të ndryshonte); d) të shikohet drejt së ardhmes (pacientit i kërkohet që të imagjinojë ose të krijojë një ide se si do të jetë jeta e tij në të ardhmen); e) eksplorim i objektivave personale të pacientit (sëbashku me terapeutin, pacientit i duhet të ekzaminojë qëllimet që ka në mëndje); f) të përdoret paradoksi si mënyrë përballuese, duke përfshirë përdorimin e ironisë ose të sarkazmës. Mund të jetë një strategji shumë e nevojshme mbasi terapeuti dhe pacienti kanë rënë dakort, jo më parë.

Tabela 4.2.1. Shprehite që reflektojnë se motivimi i pacientit po shtohet

- Shenja të njohjes së problemit.
- Shprehi shqetësimi.
- Shpalosje e qëllimit dhe e dëshirës për të ndryshuar.
- Shenja besimi dhe optimizmi në aftësitë e veta për të ndryshuar.

#### B) Vetëvrojtimi

Ideja është që pacienti të mundohet të tregojë kujdes në mënyrë vullnetare ndaj emetimit të sjelljes së tij dhe të regjistrojë këtë emetim nëpërmjet disa procedurave të vendosura paraprakisht. Avantazhet e vetëvrojtimit janë:

- 1) është një procedure që e përfshin individin në mënyrë implicite të ketë kontroll mbi sjelljen e tij;
- 2) I thjeshton pacientit mundësinë për të pasur një retroushqim të vazhdueshëm të ndryshimeve të sjelljes së tij;
- 3) është një procedurë që pacienti mund ta bëjë kudo;
- 4) kushton pak dhe eliminohet bezdisja e të pasurit një vrojtues të jashtëm; dhe
- 5) mundëson aksesin tek të dhëna që me mënyra të tjera do të ishte i pamundur. Metoda më e përdorur është regjistri vetjak, me letër e laps.

#### C) Kontrata kontigjentësh

Objekti i kësaj metode është të zvogëlojë sjelljen e përforcuesve të drogës dhe të ruaj sjelljen e përforcuesve që nuk kanë lidhje me drogën, duke i dhënë kontigjente shtesë abstinencës së drogës (kontigjente pozitive)

dhe duke hequr mënjanë kontigjentë pozitive në rast se vërtetohet që pacienti ka konsumuar kokainë. Kontrata e kontigjentëve përbëhet nga dy elementë bazë:

- 1) pacienti duhet të jetë dakort që të vërtetohet abstenenca nëpërmjet analizave të urinës; dhe
- 2) lidhja me një kontigjent të kundërt në rast se një mostër rezulton pozitive ose nëse i shmanget vlerësimit të tij.

#### D) Programim i aktiviteteve

Ka për qëllim që terapeuti në bashkëpunim me pacientin të programojë në mënyrë sistematike, çdo ditë të javës, çdo orë, të gjitha aktivitetet që duhen bërë. Në fazën fillestare është terapeuti sëbashku me familjen e pacientit që programojnë çdo gjë. Ndërsa pacienti gradualisht përfton një kontroll më të madh dhe merr më shumë iniciativa në përpunimin dhe vënien e tyre në jetë.

#### E) Strategji për të përballuar urgjencat

Janë disa strategji që mund të përdoren gjatë momenteve që pacienti ka një dëshirë të fortë për të konsumuar kokainë, me anë të të cilave ai të jetë i aftë për të përballuar këto momente dhe të mos konsumojë. Këto strategji janë:

- a) *Aktivitete.* Duhet përgatitur një listë me aktivitete, në mënyrë që pacienti ta ketë gati në momente urgjence. Veçanërisht i duhet kushtuar vëmendje aktiviteteve fizike (për shembull, shëtitje, ushtrime shlodhje).
- b) *Duhet folur rreth urgjencave.* Nëse pacienti ka mbështetjen e familjes dhe të miqve abstenues, atëherë do ishte mirë që të bisedonte me ta në lidhje me urgjencat. Kjo do të bënte që të zvogëloheshin ndjesitë e ankthit dhe të vulnerabilitetit, që shpesh e shoqërojnë.
- c) *Urgjencat duhen lënë të ndodhin.* Urgjencat duhen lënë që të ndodhin, në mënyrë që të arrijnë pikën e tyre kulminante dhe të zvetniten; kjo do të thotë që ti përjetosh pa i luftuar, të fitosh kontroll duke shmangur rezistencën. Hapi i parë është përqëndrimi tek urgjenca dhe ndjesitë e saja (nëse ndodhin në trup ose në mendje, dhe sa intense janë). Hapi i dytë është përqëndrimi tek ambienti se ku ndodhin, duke i kushtuar vëmendje të gjithë sinjaleve afektive ose somatike dhe duke u munduar që të shprehen me fjalë.
- d) *Të kujtosh pasojat negative të konsumimit të kokainës.* Shumë konsumatorë kokaine në momentin që përjetojnë një urgjencë kanë tendencën që të kujtojnë vetëm efektet pozitive të kokainës. Ndaj për t'iu kundërvënë kësaj tendence duhet që gjatë momenteve të një urgjence ti kujtojnë vetes të mirat e abstinencës dhe pasojat negative të konsumimit.
- e) *Ti flasësh vetes.* Shumë here mund të zbulohen mendime automatike që shoqërojnë urgjencat, por ndodhen aq thellë sa vetë personi nuk është i ndërgjegjshëm për to. Këto mendime marrin një kuptim urgjence dhe ekzagjerimi të pasojave (për shembull, “po të mos konsumojë kokainë do të vdes”). Në raste të teilla duhen zbuluar këto mendime automatike dhe duhen kundërshtuar në mënyrë efikase, dhe kjo gjë mund të arrihet më lehtësisht nëse personi i flet vetes me nota pozitive për të *sfiduar këto mendime* (për shembull, “nuk është se do vdes po nuk konsumova kokainë”) dhe duhen *normalizuar urgjencat* (për shembull, “këto dëshirat për të konsumuar shkaktojnë bezdisje, por shumë njerëz i përjetojnë dhe i superojnë pa konsumuar”).
- f) *Strategji për të përballuar mendimet që kanë lidhje me kokainën.*



Ka disa strategji që personi me varësi nga kokaina mund të përdorë, përpara shfaqjes së mendime që lidhen me të, si:

- 1) *Të mendosh atë që ndodhi mbas ndjesisë së "rehatit".* Ndërkohë që personat adiktë ndaj kokainës mund të përjetojnë mendime pozitive të shkaktuara nga kokaina, përgjithësisht nuk i mbajnë mend pasojat negative të një seance konsumi. Ndërkohë, pacienti mund të sjellë ndër mend një perjetim disforik që pasojë ka efektin e "rehatit".
- 2) *Të sfidosh mendimet.* Duhet gjeneruar mendime që i kundërvihen atyre që kanë lidhje me konsumin e kokainës (për shembull, "kam qenë i zoti për të përballuar situatat e mëparshme, kështu që mund t'ia dalë dhe kësaj here").
- 3) *Të rishikosh pasojat negative.* Të ruash një listë me pasojat negative për t'iu kundërvënë mendimeve pozitive që lidhen me konsumin e kokainës.
- 4) *Aktivitete.* Të ruash një listë aktiviteteve dhe ti vësh në jetë në momentin që të vijnë ato mendime. Aktivitetet duhet të jenë të këndshme (argëtuese ose stimuluese), të thjeshtë për tu vënë në jetë në çfarëdo situatë apo momenti dhe realistë (të mos jenë të shtrenjtë dhe të mos varen nga disponueshmëria e të tjerëve).
- 5) *Të flasësh.* Të flasësh për mendimet që lidhen me kokainën, me një mik apo me një person tjetër, në shumicën e rasteve është një mënyrë efektive për ti zbehur.

g) *Strategji për të mos pranuar ofertat për kokainë.*

Shumica e pacientëve që kanë probleme me kokainën nuk kanë në repertorin e sjelljes së tyre aftësitë e duhura për ti rezistuar presionit të konsumit dhe të hedhin poshtë ofertat. Në të tilla raste rekomadohet që pacienti të trajnohet sipas këtyre hapave:

- 1) të thotë JO me siguri;
- 2) ta shoh personin tjetër drejt e në sy;
- 3) të mos përdorë justifikime të kota dhe as të mos japë shpjegime;
- 4) ti kërkojë me vendosmëri personit që ka përballë që të mos i ofrojë më kurrë kokainë;
- 5) ti mbyll derën ofertave të ardhshme;
- 6) në rast se personi tjetër insiston që të ndërpresë bashkëbisedimin (të tërhiqen sinjalet e të dëgjuarit dhe të shtohet distanca trupore); dhe
- 7) të tërhiqesh menjëherë nga një situatë rreziku.

h) *Teknika të zgjidhjes së problemeve*

Teknikat e zgjidhjes së problemeve janë mjaft të nevojshme për trajtimin e adiksioneve të ndryshme. Siç e pamë edhe më sipër, kjo teknikë përbëhet nga pesë faza. E para, është njohja e problemit (kam një problem?). Ka disa pista të cilat mund ta ndihmojnë personin që të pranojë se ka një problem, si të ndërjet ankth, inat, depresion, të qenurit i shqetësuar, etj. E dyta, është identifikimi dhe specifikimi i problemit (cili është problemi?). Është shumë më e thjeshtë të zgjidhesh problemet kur janë konkrete dhe të përcaktuar mirë sesa

kur janë të turbulltë. Nëse problemi është kompleks, rekomandohet që të ndahet në pjesë të vogla, të manovrueshme. E treta, është kërkimi i alternativa të ndryshme për të zgjidhur problemin (çfarë mund të bëjë për ta zgjidhur këtë problem?). Një strategji shumë efikase është *tortura e ideve*, e cila konsiston në gjenerimin e shumë zgjidhjeve pa marrë parasysh nëse janë apo jo të mira, duke i dhënë përparsi sasisë dhe jo cilësi. E katërta, të kërkosh midis zgjidhjeve të gjeneruara atë më të përshtatshme (çfarë do të ndodhte nëse...?). Duhet vlerësuar alternativat e ndryshme duke marrë parasysh, pasojat e tyre pozitive dhe ato negative, në fushën personale, ndërpersonale, sociale, pune, etj. Së fundi, vihet në jetë dhe vlerësohet zgjidhja e zgjedhur (çfarë do të ndodh kur...?). Terapeuti duhet të arrijë të kuptojë që disa nga problemet mund të zgjidhen lehtësisht por disa të tjerë jo. Ndonjëherë duhet bërë një hap mbrapa në proces derisa të gjendet zgjidhja më e përshtatshme.

#### I) Terapia konjitive

Qëllimi i terapisë konjitive është të modifikojë vlerat, besimet, mendimet, sjelljet, aspiratat ose perceptimin e personit në lidhje me kokainën. Kjo gjë u përshkrua më parë në pikën 4.2.3. (E).

#### J) Detyrat e shtëpisë

Suksesi i një ndërhyrje me këto karakteristika varet mjaft edhe nga praktikimi që i bën pacienti, gjatë kohës që nuk është me terapeutin, aftësive të mësuara. Detyrat e shtëpisë kanë të bëjnë me praktikimin në një ambient real të aftësive që janë mësuar gjatë seancave të trajnimit; që do të thotë se marrin jetë në përditshmërinë e pacientit.

#### 4.3.3. Konsiderata për mjekimin farmacologjik

Në trajtimin e varësisë nga kokaina ndonjëherë përfshihen edhe ilaçe për intoksikimin akut, si për shembull ilaçe që kanë për qëllim të reduktojnë dëshirën për të konsumuar kokainë (agjentë anti-*craving*). Një situatë e intoksikimit akut nga kokaina karakterizohet nga shqetësimi, haluçinacionet, midriasis, hiperrefleksia, dhimbje abdominale me të përziera dhe të vjella, takikardi dhe apne. Intoksikimi akut nga kokaina mund të shkaktojë vdekjen e pacientit. Në raste të tilla, trajtimi farmacologjik përdoret për të zvogëluar komplikimet kardiovaskulare dhe respiratore. Rekomandohet përdorimi i diazepamit, propranololit dhe i antipsikotikëve. Një nga trajtimet e zgjedhura është ai me diazepam nëpërmjet mënyrës intravenoze dhe masa mbështetëse të sistemit kardiorespirator për "gjëndjen epileptike". Betablokuesit si propranololi mund të jenë të nevojshëm për krizën hipertensive dhe për çrregullime të tjera kardiovaskulare. Krizat akute të ankthit, në përgjithësi, mund të trajtohen në rrugë ambulatorie me terapi mbështetëse, suport ambiental dhe mjekim hipnoqetësuesish. Në rast se shfaqet një psikozë kokainike rekomandohet përdorimi i antipsikotikëve të llojit haloperidol.

Janë provuar disa agjentë farmacologjikë si ndihmë për trajtimin e varësisë nga kokaina, për të reduktuar dëshirën për ta konsumuar, "*craving-un*" dhe përtëritjen. Disa ilaçe – ndër të cilët përfshihen antidepressivët desimipraminë, agonisti i dopaminergjik bromokriptina, stimuluesi metilfenidat dhe antagonist i opioidit parcial buprenorfina- kanë shfaqur fillimisht rezultatet shpresëdhënëse edhe pse nuk kanë zgjatur për një kohë të gjatë (San, 1996).

#### 4.3.4. Rishikim kritik i programeve të ndërhyrjes

Trajtimet për abuzimin me kokainë që po kryhen në shumicën e vëndeve, janë përshtatur nga ndërhyrjet që bëhen tek personat me varësi nga alkooli ose opiatikët. Megjithatë, po studiohen edhe trajtime specifike për kokainomanët. Në vazhdimësi do të paraqiten më kryesorët.

#### A) *Terapia motivuese*

Terapia motivuese bazohet në principet e psikologjisë motivuese dhe është bërë e tillë që të mund të prodhojë një ndryshim motivues të brendshëm mjaft të shpejtë. Kjo strategji trajtimi nuk ka si qëllim të udhëheq dhe të trajtojë pacientin, hap pas hapi, nëpërmjet rekuperimit, por përdor strategji motivuese për të mobilizuar burimet vetjake të pacientit për të prodhuar ndryshimin (Miller dhe Rollnick, 1992). Terapia motivuese është një ndërhyrje e shkurtër, e drejtëpërdrejtë dhe gjysëm e strukturuar. Fillimisht, identifikon fazën e ndryshimit në të cilën ndodhet pacienti, për tu përqëndruar më pas në nevojat, objektivat dhe eksperiencat, duke e udhëhequr derisa të arrijë të përpunojë vendimin e tij për të ndryshuar sjelljen, siç u komentua dhe më parë, sipas pesë principeve bazë: 1) të shpreh empati; 2) të përpunohet ambivalenca e pacientit; 3) të shmangët konfrontimet dhe debatet; 4) të zhvendosen rezistencat; dhe 5) të përforcohet vetëefikasiteti. Ndërhyrja motivuese është e përbërë nga dy pjesë: tek e para, e cila ka karakter eksplorues, objektivi është krijimi i një qoshjeje me pacientin nëpërmjet një klime të mirësjellshme dhe duke përcaktuar saktë motivin e konsultës, të gjitha këto me pyetje të hapura. Në pjesën e dytë, atë të zgjidhjes, përfundohen pjesët e tjera të intervistës, bëhet diagnoza, administrohen rezistencat, i jepet pacientit informacion klinik që i përket, përcaktohet marrëveshja ose pakti terapeutik, dhe vlerësohet shkalla e ndryshimit të pacientit.

#### B) *Terapia konjitivo-të sjellurit*

Në terapinë konjitivo-të sjellurit përfshihen trajtimi i aftësive të përballimit konjitivo-të sjellurit (Caroll 1999), terapia konjitive e Beck (Beck *et al.*, 1992), parimi i përforcimit komunitar (Meyers dhe Smith, 1995) dhe parandalimi i përtëritjes i Marlatt (Marlatt dhe Gordon, 1985).

- *Trajtimi i aftësive përbaluese konjitivo-të sjellurit*

Përgjegjësia e pashprehur e trajtimit të aftësive konjitivo-të sjellurit (Caroll, 1999) dhe proceset e të mësuarit luajnë një rol shumë të rëndësishëm në zhvillimin dhe mirëmbajtjen e abuzimit dhe në varësinë e kokainës. Po këto procese mund të përdoren për të ndihmuar individët të braktisin konsumin e drogës. Ky trajtim mundohet ti vijë në ndihmë pacientëve që të *njohin* situatat gjatë të cilave ka më shumë mundësi që të konsumojnë kokainë, t'i *evitojnë* këto situata në rastet kur është e mundur dhe të *përballojnë* me më shumë efikasitet problemet dhe sjelljet problematike që shoqërojnë abuzimin e substancës. Disa nga karakteristikat e këtij trajtimi e bëjnë atë që të jetë një trajtim mjaft premtues për abuzimin dhe varësinë e kokainës: 1) është një parim relativisht i shkurtër dhe që i përshtatet lehtësisht shumicës së programeve klinike; 2) është vlerësuar në kushte rigoroze klinike dhe gëzon një mbështetje empirike solide si një trajtim i abuzimit të kokainës, madje edhe me ata persona që kanë një varësi të ashpër nga kokaina; 3) është një ndërhyrje e strukturuar, e orientuar drejt arritjes së qëllimeve dhe e përqëndruar në problemet aktuale me të cilat i duhet të përballë pacientit; 4) është një parim i individualizuar, fleksibël, që mund të përshtatet me një numër të madh pacientësh, në situata (pacientë të brendshëm përballë pacientëve të jashtëm) dhe formate (grupe përballë individit) të ndryshëm; dhe 5) përputhet me trajtime të tjera që mund ti bëhen pacientit (për shembull farmakoterapi).

- *Terapia konjitive*

Terapia konjitive e Beck *et al.* (1993) është një terapi psikologjike e cila mundohet të reduktojë reagimet emocionale të tepruara dhe sjelljen vetëshkatërruese, duke modifikuar mendimet jo funksionale dhe besimet e papërshtatshme që qëndrojnë mbas këtyre reagimeve.

- Përqasja e përforcimit komunitar

Përqasja e përforcimit komunitar është një trajtim i sjelljes që ka një spektër të gjerë për problemet e abuzimit të substancave. Përdoren përforcues socialë, si argëtime familjare dhe vokacionale për të ndihmuar klientët në procesin e rekuperimit (Meyers dhe Smith, 1995). Kjo përqasje përdor një sërë përforcuesish, të cilët gjenden shpesh në komunitet, për ti ardhur në ndihmë konsumuesve të substancës që të përshtasin një stili jetese pa drogë. Komponentët tipikë që janë thujse gjithmonë pjesë e terapisë:

- 1) analiza funksionale e konsumit të substancës;
- 2) këshilla krijuese dhe sociale;
- 3) këshilla pune;
- 4) trajnim për të refuzuar drogën;
- 5) trajnim për shplodhje;
- 6) trajnim i strategjive të sjelljes; dhe,
- 7) këshilla reciproke.

Higgins *et al.* (1994) shtuan një komponent të administrimit të kontigjentëve nëpërmjet bonuseve. Bonuset mund të përshtaten për çdo artikull ose aktivitet dhe të shpërndahen në mënyrë kontigjente tek rezultatet negative të analizës së urinës. Ky trajtim është një nga më të vlerësuarit dhe një nga më të përhapurit nëpër shumë vende.

- Parandalim i përtëritjes (shih pikën 4.2.3.E)

#### C) Psikoterapia ndërpersonale

Në përkufizimin e psikoterapisë ndërpersonale përfshihen përfaqset ndërpersonale dhe dinamika e shkurtër si për shembull, *psikoterapia ndërpersonale* (Rounsaville dhe Carroll, 1993) ose *terapia e shprehjes së mbështetjes* (Luborsky, 1984). Psikoterapia ndërpersonale bazohet në shumë çrregullime psikiatrike, duke përfshirë varësinë nga kokaina, të cilët janë të lidhur ngushtë me funksionimin ndërpersonal, i cili mund të jetë i idhur me gjenezën ose me mirëmbajtjen e çrregullimit.

Psikoterapia ndërpersonale, e cila është përshtatur për të të trajtuar kokainomanët, karakterizohet nga: 1) adherimi në një model mjekësor të çrregullimeve psikiatrike; 2) përqëndrohet tek vështirësitë e pacientit në funksionim aktual ndërpersonal; 3) shkurtësia dhe koherenca e fokusimit, dhe 4) terapeuti përdor një qëndrim eksplorues, i cili është i ngjashëm me terapitë shprehëse dhe ato të mbështetjes.

#### D) Grupe vetëndihme të përbërë nga 12 hapa

Kjo përjasje nuk është shumë e përhapur në Spanjë, por, për shembull në Shtetet e Bashkuara grupet e vetëndihmës luajnë një rol shumë të rëndësishëm në trajtimin e adiksioneve të ndryshme. Kështu që në rastin e kokainës ekzistojnë grupe Kokainomanësh Anonimë, në atë të alkoolit ekzistojnë Alkolistët anonimë, në rastin e heroinës Heroimanët Anonimë, etj.

Përjasja e 12 hapave shprehet për adiksionin e kokainës, se është një sëmundje shpirtërore dhe mjekësore. Ndërkaq, adiksioni është një sëmundje që mund të kontrollohet por jo të shërohet. Enfaza e modelit të sëmundjes është humbja e kontrollit nga ana e pacientit mbi substancën dhe mbi shumë aspekte të tjera të jetës së tij.

Përmbajtja e përjasjes së 12 hapave për kokainën është e ngjashme me përjasjen me 12 hapa të Alkolistëve anonimë (Nowinski, Baker dhe Carroll, 1992). Qëllimi është arritja e abstinencës së të gjithave substancave psikoaktive. Provomohet kompromisi dhe pjesëmarrja e personave të grupeve të Kokainomanëve anonimë. Pjesëmarrësit nxiten në mënyrë aktive që të marrin pjesë në mbledhjet e organizuara. Agjenti kryesor i ndryshimit është implikimi i shokëve të grupit dhe puna që bëhet mbi 12 hapat.

#### 4.3.5. Efikasiteti i mjekimeve të ndryshme

Deri sot, shumë pak studime kanë vlerësuar efikasitetin e trajtimeve që përdoren për personat me varësi nga kokaina. Në guidën klinike të *American Psychiatric Association* (1995) që i kushtohet këtij çrregullimi. Komentohen trapitë e të sjellurit, konjitive, ndërpersonale si dhe përjasja e 12 hapave.

Janë paraqitur vetëm efikasiteti i trajtimit konjitiv dhe i disa ndërhyrjeve të të sjellurit, si kontratat e kontigjentëve, përjasja e përkufizuar si përforcim komunitar dhe parandalimi i përtëritjes. Gjithashtu pjesëmarrja tek Kokainomanët anonimë mund të jetë mjaft e dobishme për të shmangur përtëritjen.

Kohët e fundit janë përdorur disa studime vlerësimi të efikasitetit me mostra mjaft të plota. Në atë të Crits-Christoph *et al.*, (1999), i administruar nga NIDA, me 487 pacientë, u konstatua se nga terapitë e vlerësuara ajo më efiksja ishte këshillimi individual dhe ai i grupeve të drogave. Në një studim tjetër, me 1605 pacientë (Simpson *et al.*, 1999), u zbulua se ashpërsia e çrregullimit dhe problemet e tjera që e shoqërojnë ishin variablët predikativë të një parashikimi të keq, qoftë në një trajtim që aplikohet në kushte ambulatorie, qoftë në shtrimin e pacientit në një komunitet terapeutik.

Studime të tjera, si ai i Higgins *et al.*, (2000), me përqasjen e njohur të përforcimit komunitar, ose atë të Mande Griffin *et al.* (1998) me terapinë e sjelljes konjitive, rezultuan mjaft efektive për një grup krahasimi. Megjithatë, efikasiteti mbetet rreth 20-30% në vitin në vazhdim, dhe kjo në rastet maksimale, me kritere strikte (abstinecë e vazhdueshme). Efikasiteti varion nga 30-40% kur përdoret kriteri i abstinencës së përpiktë (pra, të mos konsumohet kokainë gjatë muajit të fundit).

#### 4.3.6. Programi i ndërhyrjes: objektivat dhe teknikat për trajtimin e varësisë nga kokaina

Bërthama kryesore e trajtimit të varësisë nga kokaina është të ndryshohen ato zakone që lidhen me konsumin e saj, dhe duke rivënë në jetë sjellje të tjera të repertorit të pacientit ose duke i mësuar atij të reja. Kur konsumi është aq i rëndë sa që është i nevojshëm patjetër trajtimi, ka shumë mundësi që pacienti të drejtohet kokainës si mënyra më e thjeshtë për të përballuar problemet e tij. Por ekzistojnë tre arsye që mund ta justifikojnë sjelljen e tij: 1) nëse pacienti e ka filluar konsumimin në adoleshencë atëherë ka shumë mundësi që të mos ketë mësuar kurrë strategji efektive për të përballuar problemet dhe sfidat e jetës së një të rrituri;

2) ndoshta i ka mësuar këto strategji por i ka harruar, pasi kokaina është strategjia e re e problemeve të tij; dhe 3) mund të ketë probleme të tjera që interferojnë në aftësinë e tij për të përdorur strategji efikase përballuese.

Duke qënë se konsumatorët e kokainës janë një grup mjaft heterogjenë dhe normalisht paraqiten në trajtim me problematika të ndryshme, trajnimi i aftësive duhet të jetë shumë i gjerë. Seancat e para do të përqëndrohen në trajnim e aftësive që lidhen me kontrollin e konsumit të kokainës (për shembull, identifikimi i situatave me rrezikshmëri të lartë, përballja me mendimet që lidhen me konsumin e kokainës). Në momentin që pacienti i zotëron këto strategji bazë, trajnimi do të zgjerohet, duke përfshirë të gjithë problemet që pacienti ka vështirësi për ti përballuar (për shembull, depresioni, izolimi social, papunësia). Në trajnimin e aftësive do të parashtrahet edhe përfitimi i aftësive intrapersonale (për shembull, të përballosh nevojën e parezistueshme të konsumuarit kokainë) dhe i atyre ndërpersonale (për shembull, të refuzosh ofertat e kokainës). Do ti mësohen strategji specifike dhe të përgjithshme për të kontrolluar konsumin e kokainës, në mënyrë që të mund t'i aplikojë në shumë prej problemeve. Aspektet bazë do të rrotullohen rreth promovimit të motivimit të abstinencës, të mësuarit i aftësive përballuese, si të administrohet nevoja e parezistueshme e konsumuarit kokainë dhe e eksperiencave të tjera të pakëndshme si dhe si të përmirësohen marrëdhëniet ndërpersonale dhe rrethi i mbështetjes shoqërore.

Trajtimi do të zgjasë, në rastet më të thjeshta dhe pa komplikime, 16 deri në 20 seanca, përgjatë një periudhe kohore 4-6 mujore; në rast se pacienti ka edhe çrregullime të tjera ka shumë mundësi që trajtimi të zgjatet disa muaj më shumë. Pacientët që arrijnë të kenë të paktën 3-4 javë abstinencë të vazhdueshme nga kokaina gjatë trajtimit, në përgjithësi, i ruajnë këto rezultate përgjatë 12 muajve që pasojnë finalizimin e trajtimit.

Në tabelën 4.22 paraqitet skema e përgjithshme për trajtimin e një personi me varësi nga kokaina dhe në atë 4.23 organizimi i një seance tipike trajtimi.

Tabela 4.22. Skema e përgjithshme e trajtimit të varësisë nga kokaina

1. Kërkesë për tu trajtuar, dhe pranim nga ana e personit që ka një problem me varësinë nga kokaina.
  - *Objektivi bazë:* analizë e kërkesës; njohja e shkakut që e ka sjellë në trajtim; analizë e personit nëse e pranon apo jo që ka një problem varësie nga kokaina; të arrish ta mbash në trajtim.
  - *Elementë që duhen marrë parasysh:* motivimi për të ndryshuar, fazat e ndryshimit, burimet që ka në dispozicion, mbështetja e njerëzve që e rrethojnë, tentativa vetjake për të braktisur substancën, trajtime paraprake, objektivi që do të arrijë me anë të trajtimit: abstenenca *versus* kontrolli.
  - *Procedura teknika:* intervista motivuese, shkallë për të vlerësuar motivimin dhe fazat e ndryshimit.
2. Vlerësim dhe analizë funksionale.
  - *Objektivi bazë:* njohje e zonave në të cilat është më urgjent dhe më i nevojshëm ndryshimi; njohje e zonave, ku duhen bërë ndryshime afatshkurtër dhe afatmesëm; njohje e zonave, që me anë të ndryshimeve të trajtimit do të mund të bëj një jetë normale. Duke pasur gjithë këtë informacion në dispozicion do të realizohet analiza funksionale e sjelljes së konsumit dhe i sjelljeve të tjera që lidhen me problemin ose me problemet që e shoqërojnë.
  - *Elementë që duhen marrë parasysh:* vlerësim individual, familjar, social, etj.

- *Procedura teknike*: intervista klinike, formularë vetjakë, pyetësorë, masa psikofiziologjike, analiza urine, etj.
3. Trajtim.
- *Faza I*. Ndërprerje e konsumimit të kokainës.
    - *Objektivi bazë*: abstinenca e kokainës dhe e drogave të tjera, veçanërisht e alkoolit.
    - *Elementë që duhen marrë parasysh*: besime dhe mendime për kokainën, efektet që shfaq kokaina me substanca të tjera, paraqitje e sindromës së abstinencës.
    - *Procedura teknike*: mbështetje familjare për pasojat e abstinencës në shtëpinë e tij; ndërhyrje psikologjike ose mjekime shtesë për pasojat e çintoksikimit të substancave të tjera që lidhen me të (për shembull alkooli).
  - *Faza II*. Heqja e zakonit psikologjik.
    - *Objektivi bazë*: arritja e heqjes totale të zakonit psikologjik të stimujve që e çojnë drejt konsumit të kokainës, si të brendshëm ashtu edhe të jashtëm.
    - *Elementë që duhen marrë parasysh*: adherim në trajtim, kuptueshmëri e racionalitetit të trajtimit, përmbushje e detyrave që jepen për në shtëpi, kujdes ndaj urgjencave, parandalim i përtëritjeve.
    - *Procedura teknike*: teknika të të sjellurit dhe konjitive për heqjen e zakonit psikologjik të kokainës (për shembull, terapi konjitive, përballje e urgjencave, trajnim për gjetjen e zgjidhjeve të problemeve, trajnim i aftësive përballuese). Do të përdoret terapia individuale dhe do të plotësohet, nëse është e nevojshme, me terapi grupi dhe familjare.
  - *Faza III*. Përmirësim i gjëndjes fizike.
    - *Objektivi bazë*: përmirësim i problemeve të mundshme fizike që janë shkaktuar nga kokaina, si ushqim i papërshatshëm, çrregullime të zakonit të gjumit, mungesë mbrojtje ndaj HIV, etj.
    - *Elementë që duhen marrë parasysh*: shkalla e degjenerimit fizik, mungesa e adherimit në trajtimin psikologjik, probleme shoqëruese psikiatrike.
    - *Procedura teknike*: këshilla, programe psikoedukative, edukim shëndetsor dhe praktika sigurie për mbrojtje nga transmetimi i sëmundjeve (HIV, hepatite).
  - *Faza IV*. Parandalim i përtëritjes.
    - *Objektivi bazë*: trajnim i pacientit me teknika parandaluese të përtëritjes në mënyrë që të qëndrojë abstinent për një kohë të gjatë.
    - *Elementë që duhen marrë parasysh*: superim i fazave të mëparshme, mirëmbajtja e abstinencës.
    - *Procedura teknike*: parandalim i përtëritjes (për shembull, instruksione vetjake, trajnim për zgjidhjen e problemeve, përballim i urgjencave dhe teknika për ti përballuar, etj).
  - *Faza V*. Trajtim i simptomave dhe i çrregullimeve shoqëruese psikopatologjike.

- *Objektivi bazë:* gjetja dhe trajtimi i simptomave dhe i çrregullimeve shoqëruese psikopatologjike (copatologjia) që lidhen me konsumin e kokainës (për shembull, depresion, alkolizëm, çrregullime të personalitetit, etj.).
  - *Elementë që duhen marrë parasysh:* shkaqe simptomatike, optimizim i paraqitjes terapeutike, priorizim i çrregullimit që do të shfaqet ose që do të shfaqen në fillim dhe përsëritja përgjatë kohës.
  - *Procedura teknike:* teknika specifike për secilin nga çrregullimet shoqëruese.
- *Faza VI. Përfitim i një stili të ri jetese pa kokainë.*
- *Objektivi bazë:* bërja e një jete normale pa konsumuar kokainë.
  - *Elementë që duhen marrë parasysh:* shkalla e degjenerimit, përforcuesit e ambientit të tij (familjar, pune, social), situata e punës dhe gjëndja ekonomike, sëmundjet fizike që lidhen me konsumin e mëparshëm.
  - *Procedura teknike:* trajnim i zgjidhjes së problemeve, organizim i kohës, planifikim i qëllimeve, etj.
- *Faza VII. Përmirësim i aktivitetit të punës dhe i situatës ekonomike.*
- *Objektivi bazë:* gjetja e punës ose përshtatja në punën që ka tashmë; përmirësim i situatës ekonomike në raste se ka borxhe.
  - *Elementë që duhen marrë parasysh:* mbështetje nga rrethi familjar, mbështetje e rrethit të punës, sasia e borxheve që ka.
  - *Procedura teknike:* teknika vetëkontrolli, aftësi bindëse, reduktim i stresit, përdorim i burimeve sociale në rast se paraqitet e nevojshme.
- *Faza VIII. Vazhdimësia.*
- *Objektivi bazë:* njohje e evoluimit të personit mbas shërimit terapeutik.
  - *Element që duhen marrë parasysh:* mënyra për të realizuar (personalisht, me telefon, me letër, me persona të rëndësishme, etj.).
  - *Procedura teknike:* intervista, formularë vetjakë, pyetësorë, analiza urine, etj.

Tabela 4.23. Organizimi i një senace tipike trajtimi

- 15-20 minutat e para:
- Vlerësim i konsumit të kokainës, nevoja e pazezistueshme për ta konsumuar dhe situata me rrezikshmëri të lartë që nga seanca e fundit.
  - Të dëgjohen dhe të analizohen shqetësimet e pacientit.
  - Të rishikohen dhe të diskutohen detyrat e shtëpisë që janë programuar në seancën paraardhëse.



- Përpunim i axhendës së seancës.
- Pjesa e mesit (15-20 minuta):
- Paraqitje dhe diskutim i temave të axhendës së seancës.
- Lidhja midis temës së seancës dhe problemeve, si dhe të shqetësimeve që ka komentuar pacienti.
- Pjesa e fundit (15-20 minuta):
- Eksplorim i shkallës së kuptueshmërisë së pacientit dhe reagimet e tij mbi atë që është trajtuar në seancë.
- Dhënia e detyra për në shtëpi për ditët në vijim.
- Rishikim i planeve për javën dhe paraqitje e situatave të mundshme të rrezikut.

#### A) Shtim i motivimit për të ndryshuar

Terapeuti duhet ti kushtojë kohën e duhur njohjes së pacientit, të marr të dhëna të historisë së tij dhe të konsumit të tij të substancave, nivelin e motivimit dhe të gjej arsyen që e ka sjellë në trajtim.

Për të promovuar motivimin për të ndryshuar rekomandohet përdorimi i strategjive që janë sugjeruar për rritjen e motivimit dhe të shmangen rezistencat. Ky trajtim është i orientuar drejt abstinencës. Përdorimi i kokainës, qoftë edhe në sasi të vogla, lidhet me një sere rreziqesh të rënda fizike dhe psikiatrike. Megjithatë, janë të pakët pacientët që paraqiten në trajtim me qëllimin e qartë për të ndërprerë plotësisht konsumimin e kokainës. Shpesh herë pacientët paraqiten në trajtim të shtyrë nga presione të jashtme ose duan vetëm të ulin konsumin në një nivel të tillë që të mund të shmangin pasojat negative. Mjeku klinik duhet të jetë i ndërgjegjshëm që me pacientët që shfaqin një ambivalence ndryshimi, jo si tjerët, normalisht nevojiten javë të tëra pune përpara se të vendoset një kompromis për abstinencën. Terapeuti duhet të bëjë të qartë që qëllimi i trajtimit është abstinencia. Megjithatë, me pacientët ambivalentë, kjo çështje duhet paraqitur me delikatesë, në mënyrë që të mos haste rezistencë.

Edhe pse trajtimi që paraqitet këtu është i orientuar drejt ndërprerjes së konsumit nga ana e pacientit, mund të shfaqen edhe probleme të tjera. Disa janë të lidhur me konsumin e kokainës, por të tjerë jo. Edhe pse objektivi kryesor është që pacienti të ndërpresë konsumim e kokainës, po ashtu është e rëndësishme që të ndihmohet në zgjidhjen e këtyre problemeve të tjera që mund të shfaqen.

#### B) Klasifikimi i qëllime që duhen arritur

Terapeuti duhet ta pyesë pacientin e tij, nëse ka qëllime të tjera dhe se si mund ti vijë në ndihmë për të arritur ndërprerjen e konsumimit të kokainës (për shembull, kthimi në punë, rekuperimi i kujdestarisë së fëmijëve).

Në rast se problemet janë të lidhur ngushtë me varësinë nga kokaina (për shembull, simptoma depresive, konflikte martesore, probleme ligjore), është e rëndësishme që terapeuti ti di, të punojë me pacientin e tij për ti dhënë prioritet objektivave që kanë lidhje me konsumim e kokainës, të negociojë për objektiva të arsyeshme të trajtimit dhe sesi do të shfaqen, si dhe të vazhdojë me zhvillimin e problemeve shoqëruese që mund të ketë.

Terapeuti duhet ti shpjegojë në mënyrë të qartë pacientit objektivat dhe qëllimet që duhen arritur, si dhe racionalitetin e trajtimit që do të aplikohet. Do të duhej të paraqiteshin aspektet e mëposhtme: 1) konsumi i kokainës është një sjellje e mësuar; 2) konsumi i kokainës prek mënyrën se si njeriu mendon, ndjen dhe sillet; 3) kuptueshmëria e këtij procesi thjeshtëson ndërprerjen e kokainës dhe e drogave të tjera; 4) të mësuarit i aftësive të reja mund të zëvendësojë sjelljet që çojnë në konsumimin e kokainës; 5) praktikimi i aftësive të përftuara është çelësi i ndërprerjes së kokainës dhe i qëndrimit abstinent.

Përveç qëllimeve dhe detyrave, është e rëndësishme që të vendosen edhe pritshmëri të qarta për pacientin në nivel trajtimi, detyrimet dhe përgjegjësitë e tij. Janë një sërë fushash për tu riparë dhe për tu diskutuar: 1) programimi i seancave dhe i kohëzgjatjes së trajtimit; 2) rëndësia e asistencës së rregullt; 3) pacienti duhet të lajmërojë në kohë nëse nuk vjen dot në një seancë ose nëse do të vijë me vonesë; 4) realizim i analizave të urinës çdo seancë; dhe 5) paraqitja në senacë duhet të jetë i abstenuar nga kokaina, alkooli apo droga të tjera.

### C) Përballim dhe superim i urgjencave

Terapeuti duhet ti mësojë pacientit të manaxhojë dëshirat e parazistueshme për të konsumuar kokainë, duke ndjekur strategjinë e përgjithshme të “njohje, shmangie dhe përballim”. Urgjencat përfaqësojnë një program të vështirë për tu përballuar për shumë nga kokainomanët. Për më tepër ndodh shpesh që të deklarojnë që kanë përjetuar momente të tilla në javët, madje dhe në muajt mbas ndërprerjes së konsumit të kokainës. Kjo eksperiencë mund të rezultojë çorientuese dhe e bezdisshme për pacientin dhe mund ta çojë atë sërisht drejt konsumit, nëse nuk kuptohet dhe nëse nuk manaxhohet në mënyrë efikase (tabela 4.24).

Fillimisht, pacienti duhet të kuptojë se çdo të thotë të përjetosh urgjenca. Është e rëndësishme për pacientin që të kuptojë që përjetimi i një urgjence është mëse normal dhe mëse i zakonshëm.

Për shkak të shpeshtisë dhe situatave të ndryshme gjatë të cilave pacienti konsumon kokainë, një numër i madh stimulsh shoqërojnë konsumin e saj. Këta stimuj mund të luajnë rolin e ndërprerësit të zinxhirit ose të sinjaleve të kushtëzuar, të cilët provokojnë dëshirën për të konsumuar kokainë. Janë të shumtë stimujt që mund të luajnë këtë rol, si për shembull të pasurit lekë, të pirit alkool, situata të caktuara sociale, gjëndje të caktuara afektive (ankth, depresion). Për të shpjeguar se si arrihet ky proces i ndërsjelltë midis kokainës dhe këtyre stimuljeve, që normalisht duhet të jenë neutralë, mund të përdoret si shembull eksperimenti i Pavlovit.

Gjithashtu është e rëndësishme që të sqarohet se kohëzgjatja e urgjencave është e limituar në kohë; këto ndjesi kryesisht zhduken në më pak se një orë në rast se nuk pasohen nga konsumi i kokainës. Terapeuti duhet të shpjegojë edhe procesin e zgjatjes së përgjigjeve të kushtëzuara nëpërmjet shembujve konkretë.

Tabela 4.24. Hapat për të përballuar dëshirat e parazistueshme për të konsumuar kokainë

- Të kuptohen urgjencat.
- Përshkrim i urgjencave.
- Identifikim i ndërprerësve të zinxhirit.
- Evitimi i sinjaleve.
- Përballim i urgjencave.

Së dyti, është e nevojshme që pacienti ti përshkruajë urgjencat; për terapeutin është e rëndësishme që të ketë një ide të qartë të përjetimit të tyre. Terapeuti duhet ta pyesë pacientin se si se si është për të një urgjencë. Pacientë të ndryshëm, i përjetojnë në mënyra të ndryshme. Për shembull, eksperiencia mund të jetë më shumë e tipit somatik (për shembull, “po më rreh zemra shpejtë”), ose të tipit konjitiv (për shembull, “më nevojitet tani”) ose e tipit afektiv (për shembull “ndihem nervoz”). Duhet pyetur pacienti se çfarë shqetësimesh i japin atij këto përjetime; ka një ndryshueshmëri shumë të gjerë në nivelin dhe në intesitetin e përjetimit te secili pacient.

Për disa prej tyre, arritja dhe ruajtja e kontrollit gjatë urgjencave do të jetë qëllimi kryesor i trajtimit dhe do ti duhen disa javë për ta arritur. Disa të tjerë nuk pranojnë që kanë urgjenca. Në të tilla raste rekomandohet që të eksplorohej sëbashku me pacientin; ata që mohojnë përjetimin e urgjencave, veçanërisht ata që vazhdojnë të konsumojnë kokainë, mësohen të interpretojnë gabim një numër të madh përjetimesh ose thjesht i injorojnë urgjencat kur shfaqen derisa e gjejnë veten papritur duke konsumuar kokainë. Disa pacientë, të cilët janë abstinentë dhe mohojnë se kanë dëshirë të parezistueshme për të konsumuar kokainë, mund të kenë një frikë shumë të madhe se mos rifillojnë konsumin.

Një tjetër pyetje që mund ti bëhet pacientit është se sa zgjat ndjesia e nevojës intense për të konsumuar kokainë. Rekomandohet që të bëhet një enfazë e limitimit në kohë të përjetimit.

Mjeku klinik duhet të gjejë edhe sesi të përballohet urgjenca; në këtë mënyrë terapeuti mund të identifikojë karakteristikat e stilit të përballimit të pacientit dhe të përzgjidhen strategjitë më të përshtatshme për t’ia mësuar.

Mjeku klinik duhet të punojë sëbashku me pacientin e tij në bërjen e një liste stimuljsh, të cilët rrisin konsumin e kokainës. Ndonjëherë, një strategji e mirë është edhe përqëndrimi tek identifikimi i urgjencës dhe i sinjaleve që kanë qenë më problematikët e javëve të fundit. Kjo listë duhet të fillohet të bëhet gjatë seancës.

Mbas identifikimit të stimuljve që rrisin konsumin, terapeuti duhet të eksplorojë shkallën në të cilën mund të shmangen disa nga këta sinjalet (për shembull, reduktim i kontaktit me persona të tjerë konsumues ose marrës të drogës). Është e nevojshme që të qëndrohet në gatishmëri përpara mundësisë që pacienti mund të konsumojë edhe alkool, pasi ky i fundit është një stimul shumë i fuqishëm i këputjes së zinxhirit të konsumit të kokainës. Kur shfaqet dëshira e parezistueshme për të konsumuar, një nga strategjitë më efikase për të braktisur situatën në të cilën po ndodh, është të ik në një vend të sigurtë. Të tjera, janë paraqitur në pikën 4.3.2. (E).

Një shembull i detyrave të shtëpisë që i jepen pacientit në sipas teknikave për të cilat trajnohet dhe se si mund të përballojë urgjencat, mund të shihen në tabelën 4.25.

Tabela 4.25. Detyra shtëpie për të përballuar dhe për të superuar urgjencat

- Përpunim i një liste stimuljsh që këpusin zinxhirin e urgjencave, duke përdorur një regjistër vetjak.
- Pacienti duhet të plotësojë një regjistër vetjak çdo ditë, duke mbajtur shënim çdo përjetim urgjence me datë dhe orë, situatën në të cilën ndodh, mendimet dhe ndjenjat, intesitetin e urgjencave në një

shkallë nga 0 në 100 dhe kohëzgjatjen e tyre në minuta, si dhe strategjitë që u përdorën për ti përballuar.

- Pacientit mund ti jepet edhe një fishë me një përmbledhje të strategjive kryesore që mund të përdoren për të përballuar dëshirat e pazezueshme për të konsumuar kokainë, duke i rekomanduar që ta përdorë kur ti duhet të përballojë ndonjë eksperiencë të tillë.
- Përmbledhje për pacientin se si të përballojë një urgjencë.
- Urgjencat ose nevojat shumë të forta për të konsumuar janë normale. Nuk janë një shenjë dështimi. Më mirë është që të mësoni prej tyre, veçanërisht duke zbuluar se cilët stimuj i ndërpresin zinxhirin.
- Urgjenca është si një dallgë në oqean, arrin pikën kulmore dhe më pas zvetniten.
- Nëse nuk konsumoni, ndjesia e urgjencës do të jetë çdo herë e më e dobët dhe do të zvetnitet edhe më shpejtë.
- Mund të mundoheni që ti shmangni urgjencat, duke evitura ose duke eliminuar sinjalet që i shtojnë.
- Mund të përballoni urgjencat:
  - Duke hequr mëndjen për disa minuta.
  - Duke folur për urgjencën me dikë që ju mbështet.
  - Mos e lini urgjencën që t'ju drejtojnë.
  - Duke mbajtur mend pasojat negative.
  - Duke folur me veten për urgjencën.

#### D) Përforcim i motivimit dhe i premtimit për të ndërprerë konsumin e kokainës.

Duhet punuar me përforcimin e motivimit dhe me premtimin për të ndërprerë konsumin e kokainës, mbasi pacienti dhe terapeuti kanë realizuar analizën funksionale të disa situatave me rrezikshmëri të lartë të kohëve të fundit, dhe në këtë mënyrë pacienti ka edhe një ide më të qartë mbi trajtimin (tabela 4.26).

Duke u nisur nga këto, mund të eksplorohet sëbashku me pacientin përkushtimi i tij për abstinencën dhe për qëllimet e tjera të trajtimit. Ndërkohë që disa mundohen ta ndërpresin fare konsumin e kokainës dhe të substancave të tjera, disa të tjerë kanë qëllime të tjera si për shembull të reduktojnë, ose të ndërpresin konsumin e kokainës por të vazhdojnë përdorimin e tepruar të alkoolit ose të substancave të tjera, të qëndrojnë në trajtim derisa të mos ketë më presione të jashtme që e kanë detyruar ta ndjekë atë, etj. Terapeuti duhet të vërtetojë mendimin aktual të pacientit për trajtimin dhe për motivimin e tij për të ndryshuar, duhet të nxisë pacientin që të flasë për qëllimet e tij, duhet të përmbahet dhe të mos ketë një rol shumë aktiv gjatë seancës si dhe të mos i imponojë pacientit qëllimet që ai vetë duhet ti vërë vetes. Disa teknika mund të jenë mjaft të dobishme për të përforcuar përkushtimin për të ndryshuar, për shembull, duke i bërë të ditur lirinë e tij për të zgjedhur, të bëhet enfazë e të mirave që sjellë qëllimi për të arritur abstinencën, shpërndarje e informacionit dhe këshilla mbi llojin e problemeve apo çështjeve që duhen parashtruar nëse pacienti qëndron abstinent, etj. Mund të ndodh që gjatë seancës me pacientin të dalin në dritë probleme të tjera që lidhen me konsumin e kokainës. Nëse ndodh kështu, terapeuti duhet të vlerësojë nëse duhet ose jo të ndërhyjë, duke pasur gjithnjë parasysh që qëllimi kryesor i trajtimit, që ne po sugjerojmë është ndërprerja e konsumit të kokainës.

Tabela 4.26. Elementët që duhen analizuar për të përforcuar motivimin dhe për ta bërë pacientin që ti përkushtohet ndërprerjes së konsumimit të kokainës

- Rishikim dhe qartësim i qëllimeve të trajtimit.
- Parashtrim i ambivalencës.
- Identifikim dhe përballim i mendimeve që lidhen me konsumin e kokainës.

Ambivalenca duhet parashtuar sa më parë për të formuar një analizë terapeutike e cila mundëson eksplorimin e konflikteve të pacientit në lidhje me abstinencën e kokainës. Terapeutja duhet të nxisë pacientin që të artikulojë arsyet se përse ka përdorur kokainë, ta ndihmojë që të përshtas një vendimin të vetin për të ndërprerë plotësisht konsumin, duke eksploruar me të se çfarë do të fitojë dhe duke bërë një enfazë të idesë që konsumi i kokainës nuk mund të veçohet nga pasojat e tij.

Terapeuti mund të përdorë matricën e Marlatt (tabela 4.27); dhe pacienti duhet të mbajë shënim pritshmëritë e tij në lidhje me pasojat urgjente (pozitive ose negative) dhe afatgjate (po ashtu pozitive dhe negative) si në ndërprerjen e konsumit të kokainës dhe në qëndrimin abstinencë, po ashtu edhe në vazhdimin ose kthimin e konsumit të kokainës. Pacientit mund ti sugjerohet që ta ruajë fletën dhe ta përdorë në situata me rrezikshmëri të lartë ose kur të përjetojë një urgjencë; do ta ndihmojë të kujtojë pasojat negative të konsumit të kokainës dhe kjo mund ti vijë në ndihmë për t'iu kundërvënë kujtimit të euforisë që shoqërohet me "qetësimin".

Tabela 4.27. Matrica e vendimeve për të ndërprerë konsumimin e kokainës

Ndërprerja e kokainës ose ruajtja e abstinencës, shoqëruar nga pasoja urgjente ose afatgjate, të cilat mund të jenë pozitive ose negative:

Vazhdim i konsumit ose kthim në konsumin e kokainës, shoqëruar nga pasoja urgjente ose afatgjate, të cilat mund të jenë pozitive ose negative:

Ambivalenca manifestohet shpesh me mendime mbi kokainën dhe përdorimin e saj, të cilët janë të vështirë për tu manaxhuar. Kokaina ka qenë një faktor shumë i rëndësishëm, madje dominues, në jetën e pacientit dhe mendimet, qofshin pozitive ose negative, për të, janë mëse normale dhe zakonisht zgjasin një farë kohe. Strategjia që rekomandohet është "identifikim, evitim dhe përballim". Fillimisht është e rëndësishme që të zbulohen mendimet që lidhen me konsumin e kokainës. Në tabelën 4.28 paraqiten disa nga mendimet më të zakonshme që lidhen me konsumin e kësaj droge. Terapeuti duhet ta ndihmojë pacientin që të identifikojë çrregullimet e tij konjitive.

Është e rëndësishme që terapeuti të përcaktojë qartë se çfarë është mendimi automatik (për shembull, “një mendim ose një imazh vizual për të cilën mund të mos jetë shumë i ndërgjegjshëm, vetëm në rast se përqëndrihet tek ajo”).

Evitimi i mendimeve që lidhen me konsumin e kokainës nuk është gjithnjë i mundur, por nëse pacienti përqëndrohet në qëllime më pozitive, këto mendime do të jenë më pak problematike. Një strategji e mirë mund të jetë që ti kërkohet pacientit të artikulojë dhe të regjistrojë qëllimet e tij afatshkurtër dhe afatgjatë, gjë që mund ta ndihmojë në tundimet e ardhshme urgjente. Nëse personi nuk ka një ide të qartë mbi të ardhmen e tij do ta ketë edhe më të vështirë.

Tabela 4.28. Mendime që shpesh shoqërojnë konsumin e kokainës

- Duke e vënë veten në provë (për shembull, “mund të shkojë në festë me kolegët e mijë dhe të mos konsumojë”).
- Jeta kurrë nuk do të jetë e njëjta (për shembull, “ndihem shumë më mirë”).
- Dështim (për shembull, “trajtimet që kam bërë më parë nuk kanë funksionuar me mua. S’kam për t’ia dalë kurrë”).
- Zvogëlim i kënaqësisë (për shembull, “bota është shumë e mërzitshme pa kokainë”).
- Të kesh të drejtë (për shembull, “meritoj një shpërblim.”)
- Ndjesia e të të ndjerit keq (për shembull, “nuk di si të silllem me njerëzit kur nuk jam e qetësuar”).
- Të arratisesh (për shembull, “jeta ime është e tmerrshme, kam nevojë të shkëputem për disa orë”).

#### E) Trajnim i aftësive për të refuzuar oferta kokaine

Një nga çështjet thelbësore e shumë nga kokainomanëve është reduktimi i gjetjes së kokainës dhe refuzimi efikas i ofertave (tabela 4.29). Veçanërisht për pacientët që paraqesin një gjëndje ambivalente përballë reduktimit të konsumit të kokainës, të cilët hasin vështirësi kur gjenden përballë ofertave.

Rrethi social i shumë konsumatorëve të kokainës përbëhet kryesisht nga persona që e konsumojnë dhe e trafikojnë këtë drogë; ndërprerja e marrëdhënieve me këta njerëz, mund ta çojë drejt një izolimi total. Disa janë të përfshirë në shpërndarjen dhe shkëputja nga ky rrjet është e vështirë. Disa nuk kanë as aftësitë asertive më thelbësore.

Tabela 4.29. Objektivat e trajtimit të aftësive për të refuzuar ofertat e kokainës.

1. Të vlerësohet mundësia e gjetjes së kokainës dhe hapat e nevojshëm për ta reduktuar.
2. Të eksplorohehen strategji për të ndërprerë kontaktet me personat që marrin kokainë.
3. Të mësohen dhe të vihen në jetë aftësi refuzimi të kokainës.
4. Të dallohet ndryshimi midis një përgjigjeje pasive, agresive ose asertive.

Terapeuti duhet të vlerësojë sëbashku me pacientin mundësinë e gjetjes së kokainës dhe të propozojë strategji për ta kufizuar. Është mjaft e rëndësishme që terapeuti të vlerësojë nëse pacienti është i përfshirë në shitjen e kokainës, burimet e saj dhe nëse ka persona të tjerë në shtëpinë ose në punën e tij që e konsumojnë.

Gjithashtu është e nevojshme që dihen se kush janë ata që përdorin dhe të eksplorojnë strategjitë për të reduktuar kontaktin me ta. Në disa raste, mund të jetë e mjaftueshme që pacienti të refuzojë ofertën për kokainë në mënyrë të qartë dhe asertative, duke treguar se ka vendosur ta lërë dhe duke kërkuar që të mos i ofrohet më kokainë. Në raste të tjera, pacienti mund të organizohet për të evituar çfarëdo kontakti me përdoruesit ose shpërndarësit. Ky problem është më i vështirë për tu zgjidhur kur pacienti ka një marrëdhënie intime ose shumë të ngushtë me dikë që përdor ose që shet kokainë. Pak herë pacienti është i gatshëm për të ndërprerë marrëdhënien. Në një rast të tillë është më mirë që të kërkohen forma për të reduktuar rrezikun (për shembull, që personi tjetër të mos ketë kokainë me vete ose që mos ta konsumojë në shtëpi).

Kur pacienti shfaq mangësi në aftësitë e refuzimit, gjëja më e mirë do të ishte që ti mësohej se çfarë të bëj në një situatë të tillë.

Mbasi janë kontrolluar të gjitha, do të duhej të viheshin në jetë nëpërmjet teknikës së lojës me role, duke i vënë në një situatë të jetuar kohët e fundit. Në këtë mënyrë terapeuti mund të zbulojë ato probleme që pacienti ka për të vënë në jetë këto strategji dhe të mund të korigjohen. Po ashtu është e rëndësishme që ti mësohet pacientit diferenca midis të qenurit asertiv, pasiv dhe agresiv.

#### F) Rëndësia e vendimeve që në dukje janë të parëndësishëm

Ndërkohë që trajtimi përparon, pacienti abstinent do të gjendet në situata shumë të rrezikshme që lidhen me kokainën, edhe pse mund të ketë bërë sforcime shumë të mëdha për ti evituar. Disa nga këto situata shkojnë përtej kontrollit të pacientit, si për shembull, të jetuarit në një zonë ku trafiku i kokainës është i shpeshtë. Megjithatë, janë një sërë situatash ndaj të cilave pacienti do të ekspozohet dhe që do ti duken jashtë kontrollit të tij, por që realisht janë të lidhura ngushtë me sjelljen e tij. Marlatt dhe Gordon (1985) i quajtën këto sjellje *vendime në dukje të parëndësishëm*. Ky koncept i referohet vendimeve, rationale dhe zvogëluese të rrezikut, që e çojnë pacientin drejt ekspozimit ndaj situatave me rrezik të lartë, edhe pse atij mund të mos i duket se kanë lidhje me kokainën (tabela 4.30). Përbën një element bazë jo vetëm në trajtim por edhe në strategjinë e mëpasshme të parandalimit të përtëritjes.

Një çështje shumë e rëndësishme është që ti mësohet pacientit të njoh dhe të ndërpresë vendimet, në dukje të parëndësishëm, të cilët gjenden në fillim të zinxhirit që do ta çoj drejt një situatë me rrezikshmëri të lartë. Ndërkohë që është relativisht e thjeshtë të mbash dhe të kontrollosh sjelljen e hallkave të para të zinxhirit, për ato të fundit nuk do të jetë edhe aq, kur pacienti mund të gjendet realisht në një situatë të rrezikshme gjatë së cilës mund të gjejë lehtësisht kokainë dhe stimujtë e kushtëzuar do të nxisin sjelljen e konsumit. Për shembull, ndërkohë që kalon nga ai vend do të mendojë për shpërndarësin dhe për vendin ku konsumonte zakonisht; përjeton mendime mbi efektet e kënaqshme që sjelljë konsumi i drogës, dhe në të njëjtën kohë vë re se si pëllëmbët e duarve fillojnë të djersinë dhe se si i rreh më fortë zemra. Ndërkohë, është e rëndësishme që terapeuti ti mësojë pacientit se si të zbulojë vendimet në dukje të parëndësishme, të cilë ndodhin në fillim të këtij zinxhiri, ku rreziku, urgjenca dhe mundësia e gjetjes së kokainës, janë relativisht të ulta.

Kjo do të thotë se do të jetë ende në kohë për ta korigjuar, nëse është i vetëdijshëm për atë që po ndodh dhe nëse përshtat një përgjigje përballuese, e cila në këtë rast, do ta kthej në rrugën e zakonshme. Nëse ndodh kështu, do të vërë re një ndjenjë të përgjithshme autefikasiteti dhe mundësia e përtëritjes do të zvogëlohet. Për më tepër, do të mësojë se përsëritja e përtëritjes mund të ngacmohet, duke analizuar në mënyrë rationale situatën dhe duke dhënë përgjigjen e duhur përballuese. Nga ana tjetër, nëse individi qëndron në situatën e rrezikut për një periudhë të gjatë kohore, ka shumë mundësi që të fillojë të racionalizohet dilema për t'iu

kthyer sërisht konsumit mbas dy muajve abstinence (për shembull, “nëse e provoj një herë s’ka për të ndodhur gjë”). Po ashtu është e mundur që të kujtojë efektet pozitive të substancës dhe të mendojë se nëse i kthehet përdorimit do të ndihet më mirë, më energjik dhe me më shumë vitalitet.

Tabela 4.30. Objektiva për vendimet në dukje të parëndësishëm

- Të kuptosh konceptin e vendimeve në dukje të parëndësishëm dhe lidhjen e tyre me situata të një rreziku të lartë.
- Identifikim i shembujve të vendimeve në dukje të parëndësishëm.
- Vënia në jetë e vendimeve të sigurta.

Kjo do të bënte që pacienti të mësojë të zbulojë gjëndjet afektive të brishta (për shembull, mërzë, vetmi), në shumë raste të pakëndshme, ndaj përdoret kokaina për ti lehtësuar. Në të tilla raste është e nevojshme që pacienti të familjarizohet me çrregullimet e tij të mendimeve (për shembull, racionalizime, negociata), në këtë mënyrë do të mundet ti zbulojë dhe ti përdorë si sinjale kujdesi. Disa nga çrregullimet janë mëse të zakonshëm (për shembull, “do të mund ti rregulloja po të hyja në një pub”). Disa të tjera janë më shumë të lidhura me stilin konjktiv të pacientit si për shembull, tentativa për të projektuar mendimet e veta tek të tjerët (për shembull, të qënurit në një situatë me një koleg me drogë, pacienti mund të mendojë se mund ta kap pa mëndje).

Në momente të tjera, do të ketë një sërë mendimesh që do ta çojnë në mënyrë progresive drejt situatës së rrezikut (për shembull, “duhet të jem në dasmën e Luisit, e kam mik dhe ky është një eveniment special. Nuk mund ta zhgënjej”). Në disa raste, pacienti mund të ketë marrë një vendim se si mund ti kalojë ca pushime, si të shkojë në një festë ose si të kalojë kohë me miqtë e tij, shumë prej të cilëve me siguri konsumojnë kokainë.

Strategjia e përgjithshme gjatë së cilës pacienti duhet trajnuar që të njoh vendimet në dukje të parëndësishme dhe mendimet që lidhen me to, të evitohen vendimet që përbëjnë rrezik dhe të përballohen situatat me rrezik të lartë (tabela 4.31.).

Terapeuti duhet të përpunojë këto aspekte nëpërmjet një historie, me histori reale të pacientëve që ka trajtuar dhe që kanë qenë në një situatë të ngjashme, ose me një situatë që pacienti ka jetuar së fundmi. Sëfundi, terapeuti duhet të nxisë nocionin e marrjes së vendimeve të sigurta. Pacienti mund të jetë më pak vulnerabël në situata me rrezik të lartë nëse stërvitet në njohje dhe nëse përqëndrohet tek të gjitha vendimet e vogla që merr çdo ditë, duke i mësuar se duhet të vendos në bazë të mendimeve paraprake mbi pasojat negative ndryshme nga ato të sigurisë që do të pasojnë vendimin e tij (tabela 4.32). Njësoj si në rastin e mëparshëm, kjo mund të bëhet duke analizuar ndonjë histori ose ndonjë rast real ose vetë eksperiencat e pacientit.

Këshillohet që, nëse nuk janë bërë më parë, të identifikohen rrugët e kërkimit të drogës në lagje dhe në qytet dhe të gjenerohen rrugë alterantive, ku konsumi i drogave nuk ekziston ose është shumë i ulët.

Tabela 4.31. Vendime në dukje të parëndësishëm që vihen re më shpesh tek konsumuesit e kokainës

- Konsum alkooli, marihuane ose i drogave të tjera.
- Të mbash alkool në shtëpi.



- Të mos harxhohet e gjithë kokaina që është blerë.
- Të shkohet në festa ku mund të gjendet alkool dhe kokainë.
- Të lidhesh me njerëz që konsumojnë kokainë.
- Tu fshehësh familjarëve të kaluarën tuaj si konsumues.
- Të mos i thuhet kolegëve të tjerë që marrin kokainë se keni vendosur ta lini.
- Të mos planifikosh se çdo të bësh gjatë kohës së lirë.
- Të mos kontrollosh lodhjen ose stresin.

Tabela 4.32. Hapat që duhen ndjekur për të marrë një vendim

- Të merren parasysh të gjitha mundësitë e mundshme.
- Të mendohet për pasojat, si ato pozitive ashtu edhe ato negative, për secilën mundësi.
- Të përzgjidhet një nga mundësitë. Të zgjidhet një vendim i sigurt që të mund të minimizoj rrezikun e përtëritjes.
- Të qëndrosh në gatishmëri përpara mendimeve si “duhet të...”, “mund ta rregullojë...”, “sdo ishte problem nëse...”.

G) Përpilim i një plani për të përballuar situatat e rrezikut në të ardhmen.

Pavarësisht nga sforcimet e pacientit, disa rrethana të papritura mund ta çojnë drejt situatave me rrezikshmëri të lartë: ndjenja dhe gjëndje shpirtërore negative, idealizimi i efektit “të jesh i rehatuara”, të vësh në provë kontrollin personal, dëshirën për ngushëllim, gjëndje shpirtërore pozitive, probleme seksuale dhe marrëdhëniesh, ëndrra që lidhen me përtëritjen, etj. Një rëndësi të madhe kanë edhe ngjarjet që lidhen me situata stresuese ose kriza, si për shembull vdekja ose sëmundja e një njeriu të dashur, të marrësh vesh që je zeropozitiv, të humbasësh punën, ndërprerja e një marrëdhënie, etj. Megjithatë, nuk janë vetëm ngjarjet negative që mund të çojnë drejt një situatë rreziku, edhe disa ngjarje pozitive mund të jenë shumë të rrezikshme (për shembull, marrja e një shume të madhe parash, fillimi i një marrëdhënie të re). Duke qënë se këto ngjarje mund të ndodhin si gjatë ashtu edhe mbas trajtimit, duhet punuar me pacientin në përpilimin e një plani për urgjencat e atyre situatave.

Terapeuti duhet të nënvizojë se jeta është e paparashikueshme në shumë raste dhe se jo gjithmonë mund të identifikohen të gjitha situatat e rrezikshme. Periudhat e krizave, ngjarjet stresuese dhe ato pozitive mund të çojnë drejt situatave të rrezikshme. Pacientit i kërkohet që të imagjinojë realisht skenarë përtëritje, duke përshkruar hap pas hapi se si do të ishte situata, ku dhe me kë do të ishte, çfarë ndjenjash do ti provokonte dhe çfarë mundësish zgjidhje do të kishte në dispozicion për të përballuar me sukses joshjen e përtëritjen. Për secilën nga situatat, terapeuti dhe pacienti duhet të përpilojnë një plan përballues.

Kur një person që ka konsumuar drogë përjeton një eksperiencë stresuese, ka më shumë mundësi që të përdor një strategji përballuese nga ato të mëparshmet ose nga ato që njeh më shumë se sa ato që ka mësuar gjatë trajtimit. Megjithatë, është e rëndësishme që ndërkohë të përpilohet një plan i përgjithshëm përballues, të cilin pacienti mund ta përdorë në çfarëdo krize. Në të duhet të përfshihen disa elementë, si ata që paraqiten në tabelën 4.33.

Tabela 4.33. Elementët minimalë që duhen përfshirë në përpilimin e një plani të përgjithshëm përballues.

- Të ketë në dispozicion një sërë numrash telefoni që mund të kontaktojë në momente urgjence.
- Një listë pasojash negative që lidhen me rifillimin e konsumimit të kokainës.
- Një listë mendimesh pozitive që mund të përdoren për t'iu kundërvënë mendimeve negative që lidhen me konsumin e kokainës.
- Një listë me aktivitete.
- Një listë me vende të sigurta (ku të mos ketë stimujë që vijnë nga konsumi) në të cilët pacienti mund të qëndrojë gjatë një krize (për shembull, shtëpia e prindërve).

#### H) Trajnim për zgjidhjen e problemeve

Shpesh, personat që kanë konsumuar kokainë ose droga të tjra për një periudhë relativisht të gjatë kohore, vuajnë nga një mangësi e theksuar e zgjidhjes së problemeve. Në shumë raste, strategjia e vetme që përdorte individi për të zgjidhur problemet ishte, konsumimi i kokainës. Nuk është e çuditshme që këta persona, në shumicën e rasteve, nuk janë të vetëdijshëm për problemet që i dalin dhe i injorojnë derisa e gjejnë veten të zhytur në një krizë sepse nuk kanë arritur të kuptojnë dhe të përballojnë në mënyrë efektive problemin.

Në raste të tilla, rekomandohet përdorimi i strategjisë së zgjidhjes së problemeve që është paraqitur në pikën 4.3.2. (H), e cila është ideuar në mënyrë të tillë që pacienti ta përdorë jo vetëm për problemet që lidhen me kokainën, por për çdo problem që mund të dal gjatë trajtimit dhe mbas përfundimit të tij.

Me anë të saj pacienti mund të njoh, të identifikojë, të analizojë dhe të gjejë zgjidhjet e duhura të cilat janë të kënaqshme për të. Në këtë mënyrë, kontrolli i atyre situatave problematike që lidhen me kokainën ose probleme të tjera do të mund të të manaxhohet më me lehtësi dhe do të mundësojë qëndrimin abstinente.

Terapeuti duhet të bëjë një enfazë që të gjithëve ju ndodh të kenë ndonjëherë probleme dhe se shumica e tyre mund të manaxhohen në mënyrë efektive. Gjithashtu, edhe pse një problem mund të shkaktoj ankth, zgjidhja efektive kërkon kohën e saj dhe sforcimin e duhur, pasi vendimet impulsive nuk janë ato më të mirat.

Objektivi i dytë për të arritur është praktikimi i teknikës së mësuar. Terapeuti mund të kërkojë pacienti që të identifikojë një ose dy nga problemet e kohës së fundit, një që lidhet me përdorimin e kokainës dhe një tjetër që nuk ka lidhje. Në këtë mënyrë, punohet me pacientin duke ndjekur hapat e trajnimit të zgjidhjes së problemeve.

#### I) Trajnimi i co-patologjisë

Personat që konsumojnë kokainë mund të kenë edhe probleme të tjera psikiatrike. Shumica e studimeve të copatologjisë tek pacientët me adiksion ndaj kokainës kanë treguar se problemet më të shpeshta psikiatrike që lidhen me kokainën janë çrregullimi i depresionit të madh, çrregullim bipolar II, çrregullim ciklotimik, çrregullime të ankthit dhe çrregullime të personalitetit antisocial. Përgjithësisht, zhvillimi i çrregullimeve të gjëndjes shpirtërore dhe i problemeve me alkoolin ndjekin adiksionin e kokainës, ndërkohë që problemet me ankthin, çrregullimi i personalitetit dhe çrregullimi i hiperaktivitetit me mangësi vëmendje, paraprijnë konsumin e kokainës. Disa nga këta probleme mund të vlerësohen dhe të parashtrihen më mirë mbasi

pacienti të ketë kaluar një periudhë stabël abstinence, ndërkohë që probleme të tjera, nëse nuk parashtrihen në kohë, mund ta çojnë objektivin e pacientit për abstinencë drejt dështimit.

Duke qënë se përdorimi i kokainës ose i drogave të tjera e çojnë pacientin drejt disa shqetësimeve psikologjike, kur pacientët kërkojnë ndihmë për problemet e tjera co-të ndodhur psikiatrikë dhe për përdorim substancash, nuk është e thënë që të kemi të bëjmë me dy diagnoza të pavarura.

Ndërkohë, është detyrë e mjekut klinik që të bëj sintezën e të dhënave dhe të marrë një vendim duke u nisur pikërisht nga ato vetë. Ndoshta mund të jetë e nevojshme që të bëhet diferenca midis simptomave dhe shenjave që lidhen me substancat dhe me sindromën e shkaktuar nga substancat (shih DSM-IV). Edhe pse kosumi i zgjatur i kokainës dhe i drogave të tjera mund të shkaktojë sindroma psikiatrike të shkaktuara nga substancat, të rëndë dhe që zgjasin në kohë, këto çrregullime që lidhen me konsumin e substancave ka shumë mundësi që të përmirësohen ndjeshëm me abstinencën, ndryshe nga nga çrregullimet psikiatrike që i shoqërojnë. Këshillohet një periudhë vrojtimi dy ose katër javore, përpara se të përdoret ndonjë lloj mjekimi për trajtimin psikologjik.

#### - Çrregullime të gjëndjes shpirtërore

Ndodh shpesh që të përjetohet një gjëndje shpirtërore disforike mbas arritjes së abstinencës nga kokaina. Megjithatë, ky çrregullim mund të jetë i lidhur edhe me konsumin e kokainës ose të shkaktojë një gjëndje depresive mbas ndërprerjes së konsumit dhe të ruajtjes së tij në kohë. Në një rast apo në një tjetër është i nevojshme trajtimi i duhur për këtë çrregullim nëse shfaqet në të njëjtën kohë me konsumin ose mbas ndërprerjes së tij. Për të do të mund të përdorej një trajtim specifik psikologjik (për shembull, terapia konjitive e Beck), farmakoterapi ose një ndërthurje e të dyjave.

#### - Varësia nga alkooli

Konsumi i alkoolit në përgjithësi lidhet me varësinë nga kokaina. Ka raste që personi pi në mënyrë abuzive dhe ka varësi nga alkooli dhe nga kokaina. Në të tilla raste është e nevojshme të arrihet abstenca e kokainës dhe e alkoolit. Kjo përbën një aspekt shumë të rëndësishëm të trajtimit, pasi në të kundërt do të ishte shumë e vështirë që të ruhej abstenca. Programet e kohëve të fundit të trajtimit të kokainës, insistojnë veçanërisht në këtë aspekt dhe ambinetin tonë kjo është një çështje shumë e rëndësishme për prirjen e madhe të personave me varësi nga alkooli që kemi.

#### - Çrregullim i personalitetit antisocial

Si në varësinë nga heroina ashtu edhe në atë të kokainës një çrregullim me një përqindje domethënëse është çrregullimi i personalitetit antisocial. Kur ky i fundit është prezent, duhet bërë një parashtrim i tij ndërkohë që trajtohet varësia nga kokaina. Vështirësia e paraqitjes së këtij çrregullimi, me teknika konjitive ose të të sjellurit, do të jetë arsyeja që jo gjithmonë do të mund të arrihen objektivat terapeutikë apo që pacienti të braktisë parakohe trajtimin. Në raste të tjera mund të lidhet edhe me çrregullime të tjera të personalitetit. Të gjitha këtë përbëjnë një karakteristikë të këtyre pacientëve që duhet pasur gjithnjë parasysh dhe që duhet vlerësuar me kujdes si dhe duhet trajtuar, në mënyrë që të arrihen qëllimet terapeutike.

#### - Reduktim i rrezikut të transmetimit të HIV

Shpesh kokaina përzihet me heroinë (Speed-ball) për të arritur efektet e shpejtë të *flash*-it kokainik dhe të qetësuesve të heroinës, pa u prekur nga simptomat e abstinencës akute të kokainës (*crash*) pikërisht për shkak të mungesës së saj. *Speed-ball*-i merret në venë, gjë kjo që lë vend për komplikime të pashmangshme të kësaj mënyre të marrjes, si për shembull HIV-i, duke qenë se ekziston mundësia e infeksioneve për shkak të shiringave (tabela 4.34.). Pacientë të tjerë kokainomanë mund ta marrin HIV-in si pasojë e kryerjes së praktikave të rrezikshme seksuale ose duke injektuar kokainë.

Tabela 4.34. Objektiva për të reduktuar rrezikun e marrjes si HIV-it

- Të vlerësosh rrezikun e pacientit për tu infektuar me HIV dhe të rrisësh motivimin e tij për të ndryshuar sjelljet e rrezikshme.
- Të përcaktosh sjelljet që duhen ndryshuar.
- Të aplikohen teknikat e zgjidhjes së problemeve për të superuar pengesat e reduktimit të rrezikut.
- Të shpërndash detyra specifike në fushat që lidhen me reduktimin e rrezikut.

Hapi i parë që duhet të bëjë terapeuti është të kontrolloj sëbashku me pacientin nivelin e tij të rrezikut. Kjo gjë mund të bëhet duke analizuar direkte me pacientin ose nëpërmjet një instrumenti të standartizuar si *inventari i sjelljeve të rrezikut të HIV* (Metzger *et al.*, 1992). Nëse përdoret një test, vlerësimi i pikëve i duhet dhënë pacientit me shkrim. Një strategji shumë e nevojshme për të përfocuar ndërgjegjësimin e rrezikut dhe për të shtuar motivimin e pacientit për të ndryshuar, është që të pyetet ai vetë për reagimet e tij dhe ti shpjegojë me detaje. Në procesin e vlerësimit dhe kontrollin e nivelit të rrezikut të pacientit, këshillohet që terapeuti të përdorë strategjitë motivuese të përshkruara më parë (si për shembull, shmangia e rezistencave, provokim i afirmimeve të vetëmotivimit). Nëse pacienti është i motivuar për të ndryshuar, terapeuti mund të punojë me të programin e arritjes së qëllimeve konkrete dhe realiste për të reduktuar sjelljen e rrezikshme (për shembull, të përdoren prezervativët në raste kur ka kontakte seksuale me dikë). Po ashtu këshillohet që të rishikohen pengesat e mundshme që mund të shfaqen dhe që mund të pengojnë çuarjen derin në fund të sjelljeve të programuara; pacienti mund të përdorë strategjitë e mësuara përgjatë trajtimit (për shembull, teknika e zgjidhjes së problemeve) për ti zgjidhur. Në disa raste është e nevojshme të jepet informacion ose detyra se si mund të sillen në fusha që kanë lidhje me reduktimin e rrezikut (tabela 4.35).

Tabela 4.35. Disa nga fushat për të cilat pacientët mund të kenë nevojë për informacion

- Qartësim i koncepteve të reduktimit të dëmit *versus* abstinenca.
- Metoda transmetimi të HIV, sëmundje të tjera që transmetohen seksualisht dhe turbekulozi.
- Rreziqet që lidhen me shkëmbim e shiringave të përdorura.
- Përdorim efikas i prezervativëve.
- Analiza të marrjes së HIV.

J) Mbështetja e familjes dhe e personave të tjerë të rëndësishëm për pacientin. Ndryshimi i zakonit të varësisë nga kokaina apo nga droga të tjera, përveçse përbën një stilt të ri jete, bën që si l varuri ashtu

edhe familja të përfshihen në mënyrë aktive në një program trajtimi, objektivi I të cilit është abstinenca e plotë nga kokaina apo nga droga të tjera.

Në shumicën e rasteve terapeuti mund të flas me pacientin për mundësinë që të asistojë në një nga seancat gruaja e tij, partnerja ose persona të tjerë me të cilët jeton (për shembull, mamaja) ose që kanë një rëndësi të veçantë në jetën e tij (për shembull, e dashura). Arsyeja e pjesëmarrjes së personave të tjerë në seancë sëbashku me pacientin, është shtimi i mbështetjes sociale. Terapeuti dhe pacienti duhet të sqarojnë dhe të konkretizojnë paraprakisht se çfarë ndihme do ti kërkojnë këtyre personave dhe mënyrat se si këta persona mund të ndihmojnë (tabela 4.36). Pacienti duhet përgatitur edhe për kërkesat e mundshme të ndryshimeve që mund të kërkojnë këta persona të rëndësishëm. Këta të fundit duhet të shprehen qartë dhe të jenë sa më specifike që të jetë e mundur.

Tabela 4.36. Mënyrat se si një person i rëndësishëm mund të ofrojë ndihmë

- Ta shoqërojë në konsultë.
- Ta ndihmojë të reduktoj konsumin e kokainës dhe të evitoj ngacmuesit ambientalë të konsumit.
- Të marr pjesë në aktivitete që japin kënaqësi, si shpërblim për abstinençën dhe për sjelljet e ndryshimit.
- Ti ofrojë mbështetje dhe të flasë me të në momentet që përjeton urgjencat ose mendimet që lidhen me kokainën.
- Të ndjek adherimin e pacienit në mjekim.

Shpesh herë ndodh që personat e rëndësishëm të përfitojnë nga seancat e para për t'u ankuar apo për të shprehur inat ose ndjenja të ngjashme karshi pacientit. Terapeuti duhet të manaxhojë me aftësi komentet e pacientit dhe duhet të përfitoj nga disa prej tyre për të realizuar motivimin e tij për të ndryshuar (për shembull, "çfarë ndryshimesh do të doje që të bënte Luisi?"); të tjerët duhen neutralizuar në mënyrë që të mos kthehen në kritika destruktive.

Edhe familja mund të luajë një rol shumë të rëndësishëm në fillim të trajtimit, nëse pacienti ka vështirësi për të qëndruar abstinent përballë prezencës së sindromës së abstinençës.

Do të ishte mirë që familjarit ti shpjegohej se cilat do të jenë reagimet më të rëndësishme fizike dhe psikologjike të sindromës. Familjari duhet ta shoqërojë pacientin gjatë gjithë ditës në mënyrë që të evitoj konsumin ose përtëritjen e parakohshme, sidomos nëse dëshira për të konsumuar kokainë shtohet në mënyrë të konsiderueshme.

#### K) Paraqitja e problemeve martesore, ligjore dhe pune

Siç e kemi theksuar edhe më parë, problemi i varësisë nga kokaina asnjëherë nuk vjen vetëm. Kur ka probleme të tjera duhen paraqitur në të njëjtën kohë, nëse janë probleme martesore dhe po ashtu në mënyrë simultane kur arrihet abstinenca dhe problemet janë ligjore ose në punë, gjithmonë duke pasur parasysh situatën e secilit individ. Sa më të mëdhenjë qofshin këta probleme, aq më shumë vëmendje u duhet dhënë në mënyrë që të arrihet abstinenca dhe që përdorimi të mos jetë një justifikim për të zgjidhur problemet e tjera. Në disa raste paraqitja e tyre duhet të shkojë edhe më tej, duke u marr edhe me shërbimet sociale ose duke kërkuar mundësi të ndryshme për të gjetur punë dhe për të ruajtur abstinençën. Kur individi ka dyshime, duhet bërë një plan në mënyrë që të mund ti heq dhe të vazhdojë punë ose të gjej punë. Janë faktorë që duhen vlerësuar

me shumë kujdes, pasi mund të bëhen edhe shkak që trajtimi të mos ketë rezultat të mirë ose që ta braktisë përpara se ta përfundoj. Gjithashtu është edhe një element që mund të lidhet me përtëritjen.

#### 4.3.7. Problemet më të zakonshme

Problemet më të zakonshme me të cilat mund të përballet terapeuti janë: mos pranimi i personit që ka një problem varësie nga kokaina; mungesa e adherimit të trajtimit; konsumi i drogave të tjera, veçanërisht i alkoolit, në mënyrë abuzive; mos përfundim i trajtimit, duke e lënë në fillim ose në mes; prezenca e shpeshtë e co-patologjisë së ndërlidhur; përtëritja; probleme të tjera.

Këto probleme ndodh që të jenë të ngjashëm me ato të adiktëve të tjerë, si personat e varur nga heroína dhe të tjerë më specifikë.

Ndoshta problemi më i madh është tek ata persona që nuk e pranojnë se kanë një problem, që mendojnë se e kanë situatën e konsumit nën kontroll, ose që rrallë herë e humbasin kontrollin. Në shumë raste është një aspekt bazë i trajtimit. Madje disa persona me varësi nga kokaina braktisin trajtimin pa e përfunduar atë ose në fillimet e tij. Motivimi për të ndryshuar dhe qëndrimi i tyre në trajtim, janë dy aspekte shumë të rëndësishme.

Shpesh konsumojnë edhe droga të tjera, veçanërisht alkool, në mënyrë abuzive, gjë që mund të kërkojë një ndërhyrje paralele për të ndërprerë konsumin ose për ta bërë paksa më të moderuar. Gjithashtu mund të konsumojnë me raste, ose shpesh, edhe droga të tjera të paligjshme (për shembull, hashish, heroinë, droga sintetike, etj.).

Co-patologjia, siç e kemi shënuar edhe pak më tutje, është një problem i rëndësishëm, veçanërisht tek personat e varur nga kokaina. Nëse është prezente, paraqitja terapeutike do të ishte e pashmangshme në mënyrë që për të superuar çrregullimet e tij të mos ketë përtëritje të mëpasshme ose që të mos përdorë kokainë për ti zgjidhur këto probleme.

Megjithatë, pavarësisht ndërhyrjeve efektive, përtëritja ndodh shumë shpesh. Duhet ti trajnojmë në parandalimin e përtëritjeve, i cili në rastin e kokainës është një përbërës terapeutik shumë i rëndësishëm. Madje objektivat e ndërhyrjes duhen planifikuar me afat të skurtër, të mesëm dhe të gjatë. Për ta ilustruar me një shembull, pacientët që nuk arrijnë një abstinencë stabël do të duhej të nxiteshin që të marrin pjesë në trajtim derisa të arrijnë një abstinencë të vazhdueshme.

Sëbashku me këto probleme mund të lindin edhe shumë të tjerë, kjo varet nga rëndësia e çrregullimit, pasojat në të shkuarën dhe në të tashmen e konsumit (për shembull, në nivel familjar, ligjor, etj.), problemet fizike që e shoqërojnë, etj.

#### 4.3.8. Paraqitje e rastit: trajtim dhe evoluimi i rastit të varësisë nga kokaina

Trajtimi i Huanit u orientua, një pjesë drejt ndërprerjes së konsumit të kokainës, dhe një pjesë drejt superimit të çrregullimeve të tjera që e shoqërojnë.

Për varësinë nga kokaina aplikohet një trajtim me linja shpjeguese, duke përdorur kryesisht teknika konjitive. Ai vetë ra dakort për ndërprerjen e konsumit të kokainës dhe u trajnua që të mos fillonte sërish konsumin, me

strategji përbaluese ndaj mendimeve që lidhen me kokainën, refuzime të ofertave për kokainë që i bënin miqtë, superim i “*craving*” në disa situata, zgjidhje problemesh, vetëpërforsim për të ruajtur abstinencën, strategji parandalimi të përtëritjes dhe evitim i situatave me rrezik të lartë.

Paralelisht me trajtimin e varësisë nga kokaina, për të ruajtur abstinencën, u trajnua me teknika të ndryshme për të zgjidhur problemet e tij, si varësia nga kafeina (kishte pagjumësi), çrregullime të përgjithshme të ankthit. Trajtimi u realizua i integruar për këto çrregullime dhe për varësinë nga kokaina. Për çrregullimet e lidhura me konsumin e kokainës u aplikua kryesisht një terapi konjitive (ristrukturim konjitiv, vonesë mendimi, trajnim i zgjidhjes së problemeve), i shoqëruar me trajnim për shpërndarje, ekspozim, planifikim i kohës dhe strategji të tjera të orientuara drejt arritjes së një funksionimi të normalizuar (për shembull, ushtrime fizike, asistim në kurse për tu përmisuar profesionalisht, etj.).

Trajtimi zgjati gjashtë muaj. Përgjatë tij, pacienti nuk konsumonte për shkak të frikës që kishte nga problemet fizike që mund ti shkaktote kokaina. U trajnua për ekspozim ndaj situatave të ndryshme dhe ndaj treguesve të brendshëm për të provuar se ndjesitë negative që kishte do i zvogëloheshin ose do i zhdukeshin. Ky aspekt ishte i vështirë pasi nuk e kishte të thjeshtë ta pranonte, kështu që ecuria ishte gjatë trajtimit ishte e ngadaltë. Për shembull, përsa i përket ndjesive fizike të lidhura me frikën e tij se mos pësonte një infarkt, u trajnua me një biçikletë statike për të vënë re ndjesitë e ndryshme; më pas shtoi realizimin e ushtrimeve fizike (ecje e shpejtë) për të superuar këto ndjesi të pakëndshme. Nuk ishte e mundur që të luante sërish futboll si më parë.

Një rëndësi shumë të madhe pati edhe trajnimi i zbulimit të mendimeve pasi gjëja më e rëndësishme për të ishte të shkëputej, nëse qëndronte i varur nga ndjesitë e tij trupore ndihej sikur po vdiste. Në rast se nuk ua vinte veshin ndihej mirë. Megjithatë, herë pas here kishte *flashbacks*, të cilat i interpretonte si ndjesi të çuditshme, gjatë të cilave e shikonte veten pa arsye, sikur po konsumonte kokainë ose sikur sapo kishte konsumuar.

Këto ndjesi e trembnin shumë dhe e bënin të ndihej keq. Përgjatë trajtimit ndërpreu plotësisht konsumin e kafesë, ndërkohë që kishte filluar ta pakësonte.

Ndërkohë që trajtimi avanconte vazhdojë të dilte me vajzën që dilte më parë, por marrëdhëniet ishin gjithnjë problematike, pasi thoshte se nuk ndihej mirë dhe për më tepër nuk donte ta bënte atë pjesë të trajtimit. Po ashtu u regjistrua në një kurs informatike për të përmirësuar punën e tij. Të gjitha këto e ndihmuan të integrohej më mirë dhe të njihte njerëz të rinj, edhe pse në fillim mori shumë udhëzime se si të sillej me ta pasi e kishte shumë të vështirësi të përshtatej. Për më tepër iu desh të riorganizonte kohën, pasi më parë flinte shumë vonë dhe si pasojë zgjohej edhe shumë vonë. Pak nga pak u distancua nga miqtë e mëparshëm, për shkak të orareve, dhe sepse njohu njerëz të tjerë, por duke ruajtur një marrëdhënie sipërfaqësore. Në fund të trajtimit, marrëdhënia me atë vajzë nuk po konsolidohej edhe pse ishte përmirësuar ndjeshëm dhe ai ishte abstinent ndaj konsumit të kokainës. Bënte një jetë normale por *flashback*-ët e bënin të ndihej keq.

Më pas, një vit më vonë vazhdonte ti ruante ndryshimet, nuk konsumonte kokainë, kishte gjetur punë, por kjo nuk i plotësonte të gjitha pritshmëritë e tij. Marrëdhëniet me atë vajzën ishin po njësoj, edhe pse tashmë nuk i bënte më bisht situatave si më parë dhe frika se mos i ndodhte ndonjë problem fizik, ishte zvogëluar ndjeshëm.

#### 4.4. Varësia e drogave sintetike ose të modës

#### 4.4.1. Objektivat

Dimë shumë pak mbi braktisjen e drogave sintetike ose drogat e modës. Shumica e investigimit që është bërë, është përqëndruar në studimin e efekteve të ekstazis. Të dhënat nuk janë shumë të besueshme dhe etiologjia nuk njihet siç duhet. Konsumimi i kësaj substance është një fenomen relativisht i shpesht gjatë adoleshencës së bashku me konsumimin e alkoolit dhe të kanabisit.

Drogat e modës, gëzojnë një popullaritet shumë të madh tek adoleshentët pasi janë relativisht të lira, të lehta për tu gjetur, namini e kanë që nuk krijojnë varësi dhe shumica janë stimulantë. Përdorimi i tyre problematik nuk është aspak i ngjashëm me atë të drogave të tjera. Popullsia që i përdor është e normalizuar, pa konotacione marginaliteti apo përjashtim social. Konteksti i karakteristikave të përdorimit të tyre është tërësisht i ndryshëm nga drogat e tjera, për shembull nga heroina. Rreziqet e tyre nuk kanë të bëjnë fare me njëri-tjetrin. Megjithatë, shumë të rinj kanë një konsum të rregullt madje edhe kompulsiv, veçanërisht në ambiente kreative. Një komplikim shtesë i këtyre drogave është që pacientët nuk paraqiten në konsultë për të ndërprerë konsumin e ekstazis. Duke pasur parasysh këtë gjë dhe faktin që këto substanca prodhojnë efekte dytësore, nuk ka informacion të nevojshëm për efektet afatgjatë dhe për më tepër që një mbidozë mund të shkaktoj vdekje, ndaj është shumë e rëndësishme që përdoruesit të edukohen në mënyrë që të kenë një konsum sa më të sigurtë. Kjo përjasje njihet si reduktimi i dëmëve. Koncepti i reduktimit të dëmëve i referohet një rrjeti të gjerë aktiviteteve, objektivi i të cilave është reduktimi i pasojave negative mbi shëndetin dhe është i orientuar drejt të mësuarit të përdoruesve të drogave të modës se si të kenë një konsum të sigurtë.

Në shumicën e rasteve do të jenë prindërit e këtyre të rinjve që do të kërkojnë ndihmë. Në të tilla raste, një nga objektivat kryesor të mjekut klinik do të jetë të ç'dramatizoj situatën dyshuese apo njohjen e konsumit. Gjithashtu do të reduktoj nivelet e shqetësimit të familjarëve, duke e parë problemin me sy realist nëpërmjet informacionit të duhur mbi substancën, konsumin e saj dhe efektet.

Së fundi, dy në tre të rinj mbeten te një përdorim eksperimental ose rastësor i drogave sintetike. Pjesa tjetër do kryejë përdorim të rregullt me qëllime konkrete, për shembull, rasti i një të riu i cili del fundjavave dhe nuk argëtohet dot nëse nuk i ka ato kokrra. Ndodh shpesh që këto kokrra të kenë një rol të rëndësishëm në argëtim. Disa prej tyre (rreth 15%) do të arrijnë të kenë edhe periudha përdorimi mjaft intense dhe në disa raste edhe të pakontrollueshme. Në rastin e fundit, do të këshilloheshin disa modalitete trajtimi ose të paktën, këshillash. Për trajtimin rekomandohen të njëjtën objektivë si për varësinë nga kokaina që pamë më sipër (shih tabelën 4.19 dhe 4.22).

#### 4.4.2. Konsiderata për mjekimin farmacologjik

Aktualisht nuk ka trajtime farmacologjike specifike për varësinë nga drogat sintetike. Janë duke u studiuar trajtime farmacologjike të ngjashëm me ato që përdoren në varësinë nga kokaina. Mjekimi antidepressiv është i nevojshëm për të luftuar simptomat depresive që përjetojnë përdoruesit e këtyre drogave, të cilë kanë arritur abstinencën kohët e fundit. Kur ndodh një mbidozë me drogat sintetike, shoqërohet shpesh me hipertemi dhe konvulsione, simptoma këto që nëse nuk vlerësohen siç duhet mund ta çojnë klientin drejt vdekjes.

Rekomadohet që të aplikohet ujë i vakët, ajëreaksion dhe marrje antikonvulsantësh. Përgjatë një episodi intoksikimi meta-amfetaminik rekomandohet ruajtja nën vërtim të pacientit në një vend të sigurtë dhe të qetë. Rastet me shqetësim ekstrem apo panik reagojnë shumë mirë ndaj benzodiacepinës. Për rastet me psikozë të induktuar nga konsumi i drogave sintetike janë të nevojshëm neuroleptikët tradicionalë si haloperidoli.



#### 4.4.3. Përmbledhje kritike e programeve të ndërhyrjes

Edhe pse ende nuk është konfirmuar që ekstazis apo substanca të ngjashme shkaktojnë varësi fiziologjike, disa persona e përdorin drogën në mënyrë kompulsive. *National Institute on Drug Abuse*, tërheq vëmendjen se trajtimet më efikase për personat adiktë të këtyre substancave janë ato konjivo-të sjellur. Të cilët bazohen në principet e të mësuarit. Siç e pamë edhe në rastin e kokainës, këto trajtime janë bërë për të ndihmuar modifikimin e mendimeve, pritshmëritë dhe sjelljet e pacientëve, si dhe të shtohen aftësitë e tyre përballuese ndaj ndodhive stresuese të jetës. Përbërësit e trajtimit mund të përfshijnë regjistrat vetjakë, trajnimin e aftësive sociale (për shembull, në zgjidhje problemesh ose në trajnim asertiviteti), rregullim i gjëndjeve shpirtërore (për shembull, trajnim marrëdhëniesh, manaxhim i inatit ose modifikim i çrregullimeve të tij konjive) dhe parandalim i përtëritjeve. Modeli, prova e të sjellurit dhe detyrat e shtëpisë janë disa nga teknikat e tjera që përdoren në këto lloje trajtimesh.

Ndërhyrja më e vlerësuar është *modeli i matricës* (Rawson *et al.*, 1995). Kjo ndërhyrje u zhvillua gjatë dekadës së viteve tetëdhjetë për të trajtuar në mënyrë ambulatorie personat që kishin probleme me drogat stimuluese, edhe pse më vonë u përshtat për trajtimin e një tjetër lloj adiksioni (si mariuana apo alkooli). Përgjatë trajtimit vëmendja është tek aspekte si: ndërprerja e konsumit të drogave; mbajtja e personit në trajtim; ti mësohen çështjet më të rëndësishme që lidhen me adiksinin dhe përtëritjen; të marrësh instruksione dhe mbështetje terapeutike; ti japësh informacion anëtarëve të familjes që preken nga kjo çështje; të familjarizohesh me programin e vetëndihmës; dhe të bëhen kontrole nëpërmjet analizës së urinës. Ky model ka treguar se është i nevojshëm si për personat me varësi nga kokaina ashtu edhe për ata nga drogat sintetike.

#### 4.4.4. Rregulla për reduktimin e rrezikut të konsumit

Siç u tregua edhe më sipër, shumica e konsumuesve të drogave të modës nuk janë të gatshëm që të ndërpresin konsumin. Në një rast të tillë këshillohet që tu jepen një sërë këshillash për të minimizuar rrezikun e konsumit (tabela 4.6). Është mëse e qartë që rreziku kryesor fillon kur nuk ka fare informacion për atë që po merr dhe çfarë efekti do të ketë realisht. Në këtë mënyrë problemet kryesore zakonisht shfaqen kur bëhet një konsum i paparashikuar në sasinë e konsumuar ose kombinimet e mundshme të kokrrave të cilat rezultojnë të dëmshme. Ndaj, nëse i përdorin duhet të dinë ti kërkojnë veç e veç, duke ndarë –kur është e mundur- *speed*-in dhe amfetaminat nga ekstazis dhe të tjera të ngjashme me të. Të parat kanë një efekt të qartë tolerance dhe nëse merren në sasi të mëdha dhe rregullisht, do të shfaqet një tendencë për të shtuar sasinë. Për më tepër, gjëndja në momentin që e braktis, apo kur mbarojnë efektet, është e tmerrshme, aq depresive sa edhe stimuli i përdorimit. Ndërsa, po të përdornin vetëm ekstazi apo të ngjashëm me të, nuk do të shfaqeshin fenomene tolerance dhe vështirë se mund të krijohet një situatë varësie. Në kushte normale një përdorim sporadik nuk ka pse të shkaktoj probleme, gjithmonë nëse nuk përmbajnë aditiv të papërshtatshëm ose dëmtues, kjo më shumë prej mungesës së njohurive mbi fabrikimin apo përdorim i mjeteve jo organike ose lëndë të para të këqija, sesa prej vet substancës kimike.

#### PËRMBLEDHJE 4.6 Rregulla për të konsumuar droga sintetike në mënyrë të sigurtë

- Duhet pirë shumë lëngje pa alkool, sidomos ujë.
- Të pushosh me copa që të mos trullosesh.
- Të mos përzihen me alkool ose me droga të tjera.
- Të mos konsumohen nëse dëmtohet zëmra, veshka, mëlçia ose nëse ka probleme psikologjike.

- Të mos konsumohet nëse të nesërmen do të shkoj në punë.
- Të mos përsëritet konsumi, sepse shtohen efektet toksike.
- Të mos i jepet makinës. Të udhëtohet me autobus, tren, taksì ose ta shoqërojë dikush.
- Të shkohet te mjeku në rast se ndihet keq ose nëse ndërpritet djersitja.

Konteksti në të cilin përdoren është i prirur për shfaqjen e problemeve. Të gjitha ato substanca kanë efekt mbi organizmin. Disa prej këtyre të fundit janë shumë të rëndësishëm, si rregullimi i temperaturës dhe humbja e lëngjeve. Kjo bën që të jenë shumë të rëndësishëm ventilimi dhe lëngjet, sidomos uji. Disa të tjerë kanë të bëjnë me impaktin e konsumit të këtyre substancave mbi trurin dhe siç e tregojnë edhe efektet e tyre me disa karakteristika individuale. Qofshin ato apo këto, përdorimi i tyre intens ose një dozë e pakontrolluar ka efekte toksike mjaftueshëm të gjatë mbi sistemin nervor (siç thonë adoleshentët, “vrasës neuronesh”). Nëse abuzimi vazhdon, do të shfaqen çrregullime psikiatrike të rëndësishëm (paranojë) që mund të arrijnë deri në psikozë, në çpersonalizim dhe në humbje të kontaktit me realitetin. Një sere vështirësishë, të cilat edhe me trajtim, do tu duhet një kohë e gjatë që të zhduken.

#### 4.4.5. Rregulla për prindërit

Ndodh shpesh që të jenë prindërit ata që kërkojnë ndihmë te mjeku klinik, në momentin që fillojnë të dyshojnë se fëmijët e tyre marrin droga sintetike apo ndonjë lloj tjetër. Gjëja e parë që duhet të bëjë mjeku klinik në shumicën e rasteve është ta zhveshë nga rëndësia një situatë konsumi sporadik. Në këtë mënyrë tema do të mund të paraqitet në një formë më objektive dhe realiste.

Në rast se fëmija nuk i ka marrë ende këto substanca apo të tjera, qëllimi kryesor i prindërve duhet të jetë që të ndihmojnë fëmijët e tyre të rriten dhe të bëhen të pjekur në një botë ku konsumi i këtyre drogave është në modë. Ju duhet shpjeguar se marrja e drogave nuk është si një sëmundje tradicionale në të cilën ekzistojnë disa shkaqe që mund të kontrollohen dhe që mjafton një trajtim i mirë për ta kaluar. Prindërit mund ti ndihmojnë fëmijët e tyre me anë të parimeve edukative, të cilat i formojnë fëmijët pa qenë i nevojshëm konsumi i ekstazis, apo i drogave të tjera, për të arritur një qëlim (për shembull, për t'u argëtuar). Instrumenti më i rëndësishëm që një baba dhe një nënë kanë për të evituar konsumin e kësaj substance adiktive apo të një tjetre, është ta bëjnë të aftë që të zgjedh, të vendos, të mësojë nga gabimet dhe të përballojë situata komprometuese. Nëse arrijmë ti mësojmë një të riu se si ti bëj ballë presionit të miqve të tij për tu sjellë në një mënyrë të caktuar, kjo do ti vij në ndihmë në të ardhmen kur do ti duhet të vendos që të mos marrë droga sintetike apo substanca të tjera, edhe pse të gjithë miqtë e tij e bëjnë një gjë të tillë.

Ndërkohë prindërit, mund ti ndihmojnë fëmijët jo vetëm për të përballuar konsumin e drogave por edhe më tej. Qëllimi i i tij duhet të jetë që fëmija i tij të zhvilloj zakone dhe sjellje të shëndetshme si mënyrë për të parandaluar konsumin dhe për të formuar vlera të tjera të pjekurisë personale, si për shembull vetëvlerësimi, marrëdhëniet ndërpersonale, shpirti kritik, marrja e vendimeve dhe rezistenca ndaj presioneve të miqve për të konsumuar.

Konsumi i drogave sintetike ka të bëjë edhe me stilin e jetës së adoleshentëve. Duke i dhënë alternativa për të plotësuar kohën e lirë (për shembull, duke bërë sport, duke pasur hobi) është një masë shumë e mirë, e cila do të mund ta ndihmojë atë që të zhytet në mërzë dhe të vihet në kërkim të eksperiencave të reja duke dilluar me konsumin e drogave sintetike apo drogave të tjera.

Kur personi konsumon ekstazi gjëja e parë që duhet bërë me prindërit e tij është tu japësh informacion objektiv mbi substancat që fëmija i tyre merr dhe efektet që i shkaktojnë në organizëm. Mbasi informohen, u duhet mësuar se si ta bisedojnë këtë problem me vajzën ose djalin. Për ta nuk është e rëndësishme se çfarë merr fëmija i tyre por përse dhe sa kohë ka që e merr. Prindërit duhet të flasin me fëmijën e tyre, mundësisht të dy prindërit, duke i shfaqur atij shqetësim, duke shmangur bisedat invazive ose fajsuese, duke u munduar që të marrin sa më shumë informacion mbi stilin e tij të jetës, mbi ndjesitë që ka, marrdhëniet që ka, çfarë ambientesh frekuenton dhe se çfarë pret të arrij duke konsumuar drogë.

Prindërve u duhet thënë se duhet të kërkojnë falje nëse kanë qenë larg tyre, nëse nuk i kanë kushtuar aq vëmendje sa duhet ose nëse nuk janë shqetësuar për të, për mësimet, miqtë, shqetësimet e tij, mungesën e dialogut, etj. Ndonjëherë mund të jetë e nevojshme një ndërhyrje më e plotë familjare ose në çift.

Tabela 4.37. Këshilla për prindërit nëse fëmijët e tyre kanë provuar ose konsumojnë rregullisht droga sintetike

1. Të informohen se për çfarë substance bëhet fjalë dhe çfarë efektsh shkakton në organizëm.
2. Të informohen se pse fëmija i tyre i konsumon ato substanca dhe prej sa kohe.
3. Të flasin me fëmijën e tyre, mbi stilin e jetës, pritshmëritë e tij, ndjenjat, marrdhëniet që ka, etj. Duhet ta bëjnë këtë gjë në mënyrë të ngrohtë, të sinqertë, duke evituar fajsimet.
4. Tu tregohet që ta përdorin problemin e konsumit si një fakt pozitiv, i cili mund ti ndihmojë ti afrohen jetës, shqetësimeve dhe problemeve të fëmijës së tyre.
5. Të tregojnë interes për fëmijën e tyre dhe për jetën e tij, dhe jo vetëm sepse ka konsumuar drogë.
6. Të informohen mbi rrezikun e marrjes të drogave sintetike.
7. Të analizojnë me fëmijën e tyre problemet që mund të ketë në planin personal, ndërpersonal, në punë, etj.
8. Ti transmetojnë qartësisht se problemet që ka mund të zgjidhen dhe se ata do ti ndihmojnë dhe do ti mbështesin.

Prindërit duhet të tregojnë interes për fëmijën e tyre dhe për jetën e tij, dhe kjo jo vetëm për shkak të konsumit të drogës. Nga ky fakt duhet përfituar për t'iu afruar më shumë fëmijëve, shqetësimeve të tij, problemeve. Prindërit duhet gjithashtu ta vënë në dijeni fëmijën për rrezikun e konsumit të atyre substancave apo të tjerave. Informacioni duhet të jetë i tillë, që të mund të gjenerojë besim, sjellje dhe pritshmëri, të cilat do të mund ta çojnë drejt një pozicioni konkret në konsumin e këtyre substancave, apo të tjerave.

Informacioni mbi pasojat negative të drogave sintetike duhet të përqëndrohen tek aspekte që kanë të bëjnë me ndjesitë dhe atë që jetohe për momentin (për shembull, toksiteti, agresiviteti, etj). Të riut nuk i intereson shumë nëse brenda disa viteve mund të ketë probleme për shkak të atyre drogave. Ideja e shëndetit të të riut ka të bëjë me shqetësimet aktuale dhe jo me sëmundjet hipotetike në të ardhmen.

#### 4.4.6. Programi i ndërhyrjes

Realiteti i ditëve tona tregon se janë shumë të pakët konsumatorët e ekstazis që paraqiten në trajtim. Siç u komentua kjo ndodh për shumë arsye. Në përgjithësi, duke qenë se janë adoleshentë, përdorimi i ekstazi bëhet për qëllime kreative, sepse kanë aftësi stimuluese, konsumuesit e këtyre lloje drogash i shohin ato si të mira, të cilat ndihmojnë komunikimin, etj. Bëhet fjalë për një drogë sociale, që merret kur je në grup, kur do të dëfrehesh, thuajse gjithnjë me miqtë, etj. Është droga e shoqërisë. Nga kjo e ka marrë dhe emrin “ekstazis”.

Nga ana tjetër, në rrethin tonë nuk ka informacion mbi llojin e trajtimit më të përshtatshëm, edhe pse, për shembull *National Institute on Drug Abuse* rekomandon ndërhyrje të ngjashme me ato që i bëhen personave që kanë varësi nga kokaina, veçanërisht ato konjitivo-të sjellur. Duke pasur parasysh këto të dhëna, kur një i ri këkon ndihmë për të ndërprerë konsumin e drogave sintetike, rekomandohet vënia e të njëjtëve objektivë dhe përdorimi i të njëjtave teknika që u përshkruan më sipër për varësinë nga kokaina. Pra, problemi i drogave sintetike duhet parë si një problem që kërkon një periudhë relativisht të gjatë rikuperimi, e cila mund të ndahet në disa momente: 1) kërkesë për trajtim; 2) vlerësim; 3) ndërprerje e konsumimit të drogave sintetike dhe substancave të tjera; 4) heqja e zakonit; dhe 5) parandalimi i përtëritjes.

Përgjigja e parë ndaj një kërkesë për trajtim pretendon: 1) të forcojë motivimin e të riut (dhe të familjes nëse është e nevojshme) për të qëndruar në trajtim; 2) të qartësohen dhe të modifikohen disa reagime që janë pak të nevojshme për procesin që do të nis;

3) të përcaktohet se çfarë e ka bërë të riun të kërkojë trajtim; dhe 4) të përcaktohen objektivat që pritet të arrihe nëpërmjet tij.

Përforcimi i motivimit të të riut për të qëndruar në trajtim është një aspekt shumë i rëndësishëm. Pa të, nuk ka trajtim. Strategjitë e intervistës motivuese kanë në këtë moment rëndësinë më të madhe. Në fazën e vlerësimit pretendohet, siç e thamë edhe më parë, të përcaktohet diagnoza dhe të realizohet analiza funksionale. Duhet mbledhur informacion mjekësor (gjëndja organike e personit), psikologjik (precedentë dhe pasoja) dhe social (karakteristikat e rrethit në të cilin zhvillohet adoleshenti). Informacioni do të mblidhet përpara trajtimit dhe gjatë linjës bazë, përmes intervistës klinike, pyetësorëve, regjistrave vetjakë, vrojtimit, etj. (shih kapitullin 3). Në këtë mënyrë do të njihen shkaqet ose përcaktuesit mjedisorë të konsumit të drogave, sëbashku me të gjithë faktorët personalë dhe fiziologjike që lidhen me problemin e varësisë. Po ashtu, nëse ka çrregullime të tjera që lidhen me konsumin, si elementë pasues ose precedentë të tij, ose e thënë ndryshe nëse droga, si substancë kimike dhe mënyra të qarta adiktive, prodhon simptomatologji të tjera ose probleme për konsumin në fjalë. Pra duhet të kuptojmë që është e rëndësishme që të mblidhet informacion mbi substancën e konsumuar, faktorët e saj precedentë dhe pasues, si dhe pasoja të tjera precedente ose pasuese të cilat janë të lidhura qartësisht me konsumin e drogës. Gjithashtu, siç edhe pranohet sot në analizën funksionale të sjelljes, objektivi duhet të na çojë drejt njohjes së saktë të stimujve precedentë, ndryshimeve në organizëm, sjellje ose përgjigje në të tre nivelet e tij (konjitiv, motorik, psikofiziologjik) si dhe të atyre pasues. Këtë gjë na lejon, me një kriter të besueshëm dhe objektiv, të mund të ndërtojmë strategjinë më të mirë të ndërhyrjes për të vepruar direkt mbi sjelljen problematike dhe precedentët e saj dhe/ose pasuesit.

Në fazën e parë të trajtimit është thelbësore që personi të ndërpresë konsumin e substancës apo substancave ndaj të cilave është adikt. Mjeku klinik duhet të ketë parasysh që ky është një kusht i nevojshëm, por jo i mjaftueshëm, për ndërtimin e ruajtjes afatgjate të abstinencës.

Në fazën e dytë paraqiten të tjera çështje thelbësore: heqja e zakonit psikologjik dhe modifikimi i stilit të jetës.

Në heqjen e zakonit psikologjik, puna e terapeutit orientohet drejt ndërprerjes së varësisë psikosociale të substancës dhe arritjes së ndryshimit të stilit të jetës të të riut, në mënyrë që konsumi i tepërt i drogave në situatat të ndryshme të bëhet i panevojshëm (argëtim, mërzë, tensione, frikë, etj.). Modifikimi i stilit të jetës fillohet në të njëjtën kohë me braktisjen e konsumit të drogave sintetike ose substancave të tjera. Për këtë përdoren procedurat e trajtimit të të sjellurit (për shembull, programimi i aktiviteteve përforcuese) dhe atij

konjktiv (për shembull, ristrukturim konjktiv). Programimi i aktiviteteve do të thotë të analizosh stilin e përgjithshëm të jetës së të riut dhe kërkimi i aktiviteteve alternative, hobeve, interesave dhe miqësi të reja. Është e nevojshme që të programohen aktivitete për të plotësuar kohën e lirë që i riu shpenzonte duke konsumuar drogë. Mërzia dhe apatia janë dy situatat më kritike për ruajtjen e abstinencës. Teknikat e ristrukturimit konjktiv përdoren për të modifikuar besimet irracionale dhe çrregullimet konjitive që paraqet i riu, të cilat mund të ndikojnë negativisht në procesin e rekuperimit të adiksionit.

Faza e tretë, pika thelbësore është trajtimit i parandalimit të përtëritjes. Studimet e realizuara në këtë fushë kanë mundësuar zhvillimin e strategjive specifike për të reduktuar përtëritjen dhe për të shpërndarë strategji specifike të përbalimit, në mënyrë që të formohet abstinenca e vazhdueshme. Strategjitë më efikase për parandalimin e përtëritjeve janë të të sjellurit dhe konjitive, dhe ndjekin objektivat në vijim: rritjen e vetëvlerësimit, përmirësim i kontrollit të impulseve, favorizim i ristrukturimit konjitiv dhe përmirësim i strategjive të marrjes së vendimeve. Strategjitë globale dhe specifike të parandalimit të përtëritjes mund të grupohen në tre grupe kryesore: trajnim i aftësive, ristrukturim konjitiv dhe ndryshim i stilit të jetesës. Procedurat e ristrukturimit konjitiv u mundësojnë pacientëve konjiksione alternative për të manaxhuar impulset dhe sinjalet fillestare dhe për të ristrukturuar reagimet që shfaqen në rënien e parë. Strategjitë e ndryshimit të stilit të jetesës kanë si qëllim përforcimin e aftësisë globale të përbalimit të pacientit, si dhe për të reduktuar frekuencën dhe intesitetin e impulseve dhe të dëshirave të parezistueshme të substancës, të cilat shpesh janë produkt i një jete të çekuilibruar.

Ndër strategjitë specifike më të zakonshmet janë regjistrat vetjakë, vrojtimi direkt, përshkrimet e përtëritjeve të kaluara ose fantazitë e përtëritjes, trajnim shplodhje, procedurat e manaxhimit të stresit dhe matrica e vendimeve.

#### 4.4.7. Paraqitje e rastit: trajtimi dhe evoluimi i konsumuesve të drogave sintetike

Hose nuk e kuptonte që kishte një problem me konsumin e drogave. Konsumin e tij të drogave sintetike e quante normal, pasi me to dëfrehej më mirë. Ndërsa dehjet, të cilat po bëheshin përherë e më të shpeshta muajt e fundit, i cilësonte si problematike. Pavarësisht të gjitha pengesave të mëparshme vendosi të vij në trajtim, për të parë se çndodhte aty. Është e vërtetë se edhe presioni i nënës së tij ka luajtur një rol të rëndësishëm, që ai të vinte në trajtim, edhe pse ai nuk pranonte se e kishte të nevojshëm.

Objektivi i seancave të para u orientua drejt vendosjes së një marrëdhënie të mirë terapeutike me të, duke rritur besimin, duke përdorur strategji motivuese që ai të qëndronte në trajtim, duke realizuar regjistra vetjakë, duke e informuar mbi substancat dhe efektet e tyre, duke e ndihmuar se si të planifikonte jetën e tij në afat të shkurtër dhe të mesëm, etj. U paraqit vetëm në tre seanca trajtimi. Nuk erdhi më pasi vlerësoi se nuk kishte më probleme duke e justifikuar me faktin që nuk dehej më dhe se konsumonte shumë pak kokainë dhe droga sintetike. Përgjatë seancave që mori pjesë u krijua një marrëdhënie e mirë me të, ndërpreu të dehurat, reduktojë konsumin e kokainës dhe të drogave sintetike, por pa i braktisur totalisht.

Siç e kemi treguar edhe më parë, janë të paktë personat që kanë probleme me drogat sintetike dhe që paraqiten në trajtim. Planifikimi i seancave të mëpasshme do të orientohej drejt braktisjes së drogave sintetike, trajnim paraprak për një konsum më pak të rrezikshëm, siç dukej se po bënte gjatë seancave të para, braktisje e konsumit të kokainës dhe të trajnohej që të pinte në mënyrë të kontrolluar dhe jo abuzive siç kishte bërë gjatë fundjavave.

Në kontaktet e mëpasshme, përgjatë vitit të ardhshëm, me të dhe nënën e tij, u vrojtua se kishte më pak probleme me alkoolin se më parë, të paktën përse i përket të dehurave, dhe se konsumi i tij i drogave sintetike ishte zvogëluar ndjeshëm duke qenë se e konsumonte ndonjëherë, në një ose dy fundjava në muaj. Po ashtu kishte zvogëluar konsumin e kokainës, por e konsumonte hera herës, veçanërisht kur dilte për qejf gjithë natën.

Gjëndja e shkollimit të tij dhe ajo e punës janë po njësoj, po ashtu edhe me të dashurën.

Një rast i tillë ose të tjerë të ngjashëm, janë interesantë për të njohur zhvillimin e tyre në vitet që do të vijnë.

#### PËRMBLEDHJE

---

- Objektivat bazë të trajtimit të varësisë nga heroína, kur arrihet abstinenca, janë çitoksikimi, heqja e zakonit psikologjik dhe parandalimi i përtëritjes.
  - Çitoksikimi i heroinës dhe i substancave të tjera mund të jetë ambulator ose spitalor dhe, brënda tyre, klasikja (7-10 ditë), e shkurtër ose shumë e shkurtër. Tek të gjitha këto kombinohen ilaçe të ndryshme për të zvogëluar simptomatologjinë e sindromës së abstinencës dhe ti bëhet ballë komplikimeve që mund të shfaqen.
  - Në fazën e heqjes së zakonit psikologjik përdoren teknika të ndryshme të trajtimit konjktivë dhe të të sjellurit të tipit individual (për shembull, teknika e paraqitjes, trajnimi i zgjidhjes së problemeve, ristrukturimi konjktiv), familjarë dhe në grup.
  - Gjatë parandalimit të përtëritjeve pacienti trajnohet me një sërë strategjishë konjitive-të sjellurit të cilat e ndihmojnë për të përballuar situatat e rrezikut, të përballojë me sukses krizat dhe të qëndrojë abstinencë për një kohë të gjatë.
  - Trajtimet e varësisë nga kokaina që po kryhen aktualisht janë përshtatje e ndërhyrjeve që zbatohen në varësinë e alkoolit dhe opiatikëve.
  - Në trajtimet klinike të personave me probleme abuzimi dhe me varësi ndaj kokainës, përdoren teknika si motivuese, vetëvrojtimi, kontratat e kontigjencave, si të përballohen urgjencat, ristrukturim konjitiv, etj.
  - Konsumuesve të drogave sintetike u duhet mësuar se si të konsumojnë në mënyrë të sigurtë, nëse nuk duan të shkojnë në trajtim (për shembull, të reduktojnë shpeshtinë dhe dozat që marrin) ose të arrijnë abstinencën. Në këtë rast teknikat e përdorura janë të njëjta me ato të personave të varur nga kokaina.
- 

#### Pyetje vetëvlerësimi

---

1. Gjatë përdorimit terapeutik tek persona adiktë ndaj opiatikëve metadoni merret në rrugë:
  - a) Pulmonare.
  - b) Orale.

- c) Hunda.
  - d) Intravenoze.
  - e) Rektale.
2. Substanca më e përdorur në programet me antagonist opiatikësh është:
- a) Naloksonë.
  - b) Naltreksonë.
  - c) Kodeinë.
  - d) Metadoni.
  - e) Laam.
3. Një nga principet e përgjithshme të intervistës motivuese është:
- a) Shpërndarja e retroushqimit.
  - b) Të dëgjosh në mënyrë refleksive.
  - c) Të zhvendosësh rezistencën.
  - d) Të bësh pyetje të hapura.
  - e) Të bësh përmbledhje periodike.
4. Një nga strategjitë konjtivo-të sjellurit e përfshirë në thuajse të gjithë programet e parandalimit të përtëritjes është:
- a) Trajnimi i zgjidhjes së problemeve.
  - b) Trajnimi i reduktimit të ankthit dhe stresit.
  - c) Trajnim i aftësive sociale.
  - d) Trajnim në transmetim stresi.
  - e) Trajnim në ekspozim me parandalim përgjigjeje.
5. Vendimet, racionaliste dhe zvogëluese të rrezikut që i çojnë pacientët drejt ekspozimit ndaj situatave me rrezik të lartë quhen:
- a) Vendime në dukje të parëndësishme.
  - b) Racionalizim i dilemës.
  - c) Ambivalencë.
  - d) Parashtrim i efekteve pozitive.
  - e) Çrregullime të mendimit.

## V. Trajtimi (II) Guida e pacientit.

### 5.1. Shpjegim përmbledhës i problemit

Konsumi i drogave në ditët e sotme përbën një problem të rëndësishëm për vetë pasojat që lë në jetën e individit, në fushën personale dhe atë familjare, si dhe në gjëndjen e tij fizike (sëmundjet dhe vdekjet), sociale, në punë, në sistemin penal, në shërbimet shëndetsore, etj.

Edhe pse drogat e ligjshme, duhani dhe alkooli, janë ato që krijojnë më shumë probleme tek individët e shoqërisë sonë, si në nivel vdekshmërie ashtu edhe në kosto personale, shëndetsore dhe shoqërore, ky kapitull përqëndrohet vetëm tek heroina, kokaina dhe drogat sintetike.

Ndodh shpesh që kur një person konsumon një nga substancat e sipërpërmendura, sidomos kur bëhet fjalë për heroinën dhe kokainën, do të kemi të bëjmë me një problem varësie. Kur kemi të bëjmë me një problem varësie, substanca dhe konsumi i saj përfshijnë të gjithë jetën e individit. Pra, jeta e tij përqëndrohet në gjetjen e substancës dhe kjo është më e rëndësishmja. Kur nuk e ka substancën, ose sasia që ka është më pak se ajo që i nevojitet, sindroma e abstinencës së substancës, e pakëndshme dhe e bezdisshme, të bën që ta gjesh substancën me çdo kusht, në çfarëdo mënyre. Ose paratë për ta blerë, qoftë në mënyrë të ligjshme, qoftë në mënyrë të paligjshme. Hap mbas hapi përfshihet në një zinxhir të cilit i bashkangjiten edhe hallka të tjera me probleme, i cili do të rëndohet edhe më shumë me kalimin e kohës. Fushat e tjera, si ajo familjare, afektive, pune, shkolle, shoqërore, etj., do të preken çdo herë e më shumë.

Individi do të ndryshojë miqtë dhe në rastet më të rënda, do të përshtasë një stil jetese të karakterizuar nga dhe për konsumin e substancës. Kjo tablo mund të jetë shumë e shpeshtë në rastin e heroinës, dhe më pak e shpeshtë në rastin e kokainës dhe akoma më pak në rastin e drogave sintetike. Nëse ndodh në këto të fundit, mund të jetë e rastësishme dhe mund të ndodh për disa vite, gjatë viteve të adoleshencës ose pjekurisë së hershme.

Në kapitujt e mëparshëm u përshkruan me detaje të gjitha substancat që ky libër trajton, heroina, kokaina dhe drogat sintetike, të shoqëruara nga raste, të cilët shpjegohen për t'u njohur më mirë me karakteristikat e tyre. Në këtë kapitull do të shpjegohet se si pacienti mund ta ndihmojë veten. Nëse ai arrin ta ndihmojë veten për të superuar, ose për të përmirësuar, problemin e varësisë në jetën e tij, sigurisht që jeta e tij do të përmirësohet. Në rast të kundërt, i duhet të shkoj patjetër te një specialist. Në të dy rastet, të kërkuarit ndihmë profesionale apo të paraqiturit në një qendër të specializuar trajtimi, janë mjaft pozitive.

### 5.2. Objektivat dhe teknikat në dispozicion



Më sipër, zhvilluam një model trajtimi i cili, aplikohet për sjelljet adiktive, siç mund ta shohim edhe në (Becoña 1996), i bazuar në eksperiencën klinike dhe në studimet kërkimore që ekzistojnë për to. Ky trajtim në formë vetëndihme mund të përdoret tek ata persona që kanë probleme me disa nga substancat adiktive që shfaqen në këtë libër; pra, heroina, kokaina dhe drogat sintetike. Megjithatë, në disa raste, edhe nëse problemi është i rëndë, do ishte mirë që të konsultohesh me një specialist për t'i ardhur në ndihmë ashtu siç duhet dhe për të ndjekur nga afër rastin.

Ky trajtim, të cilin personi mund ta kryejë gjatë një faze të parë afruese me problemin e tij, përbëhet nga 10 faza (përmbledhja 5.1).

1. Njihuni me problemin tuaj.
2. Ndryshimi është i mundur.
3. Të gjithë problemet kanë zgjidhje.
4. Kërkoni mbështetje tek njerëzit që ju rrethojnë.
5. Forcohuni vazhdimisht nga hapat që hidhni poshtë të rekuperimit tuaj.
6. Përballojeni dhe luftojeni dekurajimin, kur shfaqet.
7. Zbuloni sjellje të reja.
8. Nëse ju ndodh një rënie apo një përtëritje mund të ringjiteni.
9. Nëse e shihni të nevojshme, shkoni te një specialist, në një qendër të varësisë së drogës ose në qendra të tjera shërbimi që ofron komuniteti ku jeton.
10. Të jesh i lumtur është më e thjeshtë seç duket

Tabela 5.1. Elementët e trajtimit të vetëndihmës dhe karakteristikat më të rëndësishme për secilin prej tyre.

1. Njihuni me problemin tuaj.

Vrojtoni sjelljen tuaj. Mbani regjistër të konsumit tuaj. Mos merrni asgjë si të mirëqenë; bazohuni vetëm tek ajo që shihni.

2. Ndryshimi është i mundur.

Sjelljet nuk janë të pandryshueshme përgjatë gjithë kohës. Individit vet mund t'i ndryshoj ato; por edhe rrethana të tjera të jashtme mund ta ndihmojnë të ndryshojë.

3. Të gjithë problemet kanë zgjidhje.

Të gjithëve na duhet të përballemi në jetë me probleme të ndryshme. Do të na duhet të dimë ti përballojmë dhe ti japim zgjidhje çfarëdo lloj problemi, që nga më të thjeshtët deri tek më të vështirët.

4. Kërkoni mbështetje tek njerëzit që ju rrethojnë.

Në rast se nuk arrijmë ti japim zgjidhje vetë një problemi, atëherë mund të kërkojmë ndihmë nga të tjerët, veçanërisht nga njerëzit më të afërt ose nga njerëzit që e dimë që mund të na ndihmojnë.

5. Forcohuni vazhdimisht nga hapat e hedhur gjatë të rekuperimit tuaj.

Për të vazhduar rrugën e duhur në mënyrë sa më të mirë duhet të mbështeteni edhe te burimet e fuqive tuaja, të cilët do t'ju lejojnë të shijoni gjërat nga të cilat mund të merrni një kënaqësi shumë të madhe.

6. Përballojeni dhe luftojeni dekurajimin, kur shfaqet.

Në disa raste do të shfaqet dekurajimi. Duhet ta dini që kjo mund të ndodh. Nëse shfaqet, duhet ti bëni ballë dhe duhet të dini se çdo gjë që keni mësuar deri në ato momente do t'ju vijë mjaft në ndihmë për të arritur qëllimin që i keni vënë vetes.

7. Zbuloni sjellje të reja.

Me kalimin e kohës do të zbuloni sjellje të reja që deri më sot kanë qenë të panjohura. Kërkimi për sjellje ndryshe nga konsumi, do të thjeshtësoj konkurrencën midis tyre.

8. Nëse ju ndodh një rënie apo një përtëritje mund të ringjiteni.

Pavarësisht nga ajo çka u tha më sipër, mund të ndodh një rënie ose një përtëritje. Nëse kjo ndodh duhet të vini në jetë strategjitë e parandalimit të përtëritjes.

9. Nëse e shihni të nevojshme, shkoni te një specialist, në një qendër të varësisë së drogës ose në qendra të tjera shërbimi që ofron komuniteti ku jetoni.

Sa herë që të keni nevojë për ndihmë profesionale mos ngurroni të shkoni në një qendër profesionale dhe të takoni një profesionist.

10. Të jesh i lumtur është më e thjeshtë seç duket.

---

Të qenurit vetvetja do të na ndihmojë të arrijmë atë që duam.

#### 5.2.1. Njihuni me sjelljen tuaj

Një person që do të ndihmojë veten duhet të njoh shumë mirë sjelljen e tij, në këtë rast sjelljen e tij adiktive. Megjithatë, të gjithë mendojnë se e njohin shumë mirë veten e tyre dhe se asnjëri tjetër nuk mund të dijë më shumë për ta se ata vetë. Por në fakt nuk është kështu, pasi të gjithë ne e deformojmë informacionin për veten dhe mund të ndodh që edhe gjërat më evidente të mos i shohim.

Mënyra më e mirë për të njohur sjelljen është duke e vrojtuar, por vrojtimi duhet të jetë objektiv. Përdorimi i regjistrave vetjak është mjaft i dobishëm. Ashtu siç u përshkrua edhe më parë (në kapitullin 3), regjistri vetjak ka të bëjë me disa fletë regjistri të cilat përdoren çdo ditë nga personi për të treguar aspektet e rëndësishme mbi sjelljen tij, si për shembull në cilën orë e realizon marrjen e drogës, në çfarë situatë gjendet, me kë, mendimet që i kalojnë në kokë gjatë atij momenti, nëse i ngjall ankth, etj.

Nëse struktura e tij do të jetë më e thjeshtë apo më e vështirë, kjo varet nga problemi, nga personi dhe nga qëllimi që i ka vënë vetes. Në tabelën 5.2 tregohen disa nga aspektet që vlerësohen si më të rëndësishmit tek një regjistër vetjak.

Edhe ndjekja e një liste me pyetje, ose plotësimi nga vetë personi i një interviste, si ato që u paraqitën në kapitullin 3 (përmbledhja 3.2), shërbejnë për të kuptuar disa sjellje të cilat mund të duken normale por mund të jenë pak ose aspak të tilla. Në këtë mënyrë, do ta njohim pak më shumë sjelljen tonë, dhe do të kuptojmë nëse ajo është e tepruar, apo nëse është ndryshe nga ajo e të tjerëve, etj.

Ndërkaq, njohja e sjelljes vetjake është hapi i parë që duhet të ndjek një person që është i varur nga droga. Për të vazhduar më pas me hapat e tjerë. Mbasi është kryer analiza e sjelljes (shih kapitullin 3) së tij, ai do të jetë njohur tashmë me aspekte të rëndësishme të saj të cilat më parë nuk i njihje. Por nuk duhet të harroni që vlerësimi nuk mbaron këtu; duhet të vazhdojë përgjatë gjithë procesit deri sa të mos jetë më një problem për personin.

#### 5.2.2. Ndryshimi është i mundur

Në mënyrë që të ndodh ndryshimi ose që të orientohet drejt rrugës së ndryshimit duhet të jetë i sigurtë për këtë. Motivimi për të ndryshuar është çelësi. Tashmë dihet, siç e pamë dhe në kapitullin 3, se çdo person kalon nëpër disa fazagjatë të cilave objektivi i tij është të ndërpresë adiksionin. Nëse mendoni se mund të ndryshoni atëherë ia vlen të mundoheni. Nëse personi nuk asnjë interes për të ndryshuar gjatë gjashtë muajve të ardhshëm (gjëndja e paravrojtimit), pasi nuk mendon se ka një problem, duhet të analizojë si po influencon konsumi i një ose më shumë substancave në sjelljen e tij të përditshme, tek njerëzit që e rrethojnë, tek puna, tek pritshmëritë, si është sjellë gjatë dy viteve të fundit, etj. Në këtë pikë është e nevojshme që të analizohen besimet e papërshtatshme dhe mendimet e çorientuara mbi sjelljet adiktive, siç u tha edhe më parë (shihni pikën 4.3.2F).

Nëse personi, beson se duhet të bëj një ndryshim (gjëndje vetëvrojtimi ose veprimi), duhet të vendos qëllime të vogla dhe jo të mëdha, që janë të vështirë për tu realizuar ose që nuk dihet nëse mund të realizohen.

Tabela 5.2. Faqja e regjistrimit vetjak për konsumin e substancave

Data
Ora
Konsum i:
Vendi
Personat e pranishëm
Paratë e harxhuara
Mendimet
Pasojat

Qëllimet duhet të jenë të qartë, objektive dhe të arritshëm, pra që të mund të realizohen brënda afateve konkrete (një ditë, një javë, dy javë, etj.). Ndërkohë që arrin qëllimet e para i vë vetes qëllime të tjera. Kur arrin të parat gjen kurajo për ata që do të vijnë.

Nëse hasni vështirësi, mos u dekurajoni. Ndoshta mund t'ju vijnë në ndihmë që të ruani vigjilencën dhe t'ju japin më shumë guxim për të përballuar situatat e vështira që shkakton varësia, duke qenë se braktisja dhe mirëmbajtja, në fazat e para, janë të vështira. Ndërkohë që koha kalon, kontrolli shtohet dhe besimi në vetvete përmirësohet. Ndaj duhet të mendoni pozitivisht për çdo hap që hidhni. Vështirësitë, në këtë fazë, kthehen në motivacion për ti superuar.

### 5.2.3. çdo problem e ka një zgjidhje

Problemet ose situatat problematike, në jetën tonë të përditshme janë normale dhe ndodhin çdo ditë. Një problem është një situatë reale ose imagjinare të cilës duhet ti japim një zgjidhje, por që për momentin nuk e gjejmë dot. Kur nuk arrijmë ti gjejmë zgjidhje një problemi, shfaqet ose shtohet, stresi dhe gjëndje të tjera shpirtërore negative. Në rast se veprojmë pa pasur zgjidhjen e duhur, dhe bëhet në një mënyrë që nuk na pëlqen ose aspak efikase, ose nëse zgjidhja nuk gjendet nuk veprojmë.

Siç e pamë edhe në kapitullin 4, stërvitja për gjetjen e zgjidhjeve konsiston në një procedurë, përmes së cilës personat stërviten për të qënë në gjëndje të kuptojnë problemet e tyre, të gjejnë zgjidhje më të përshtatshme për veten e tyre dhe për të vënë në zbatim zgjidhjen më të mirë për situatën në të cilën ndodh problemi. Trajnimi përbëhet nga pesë faza: orientim i përgjithshëm drejt problemit; përkufizim dhe formulim i problemit; gjenerim mundësishë zgjedhjeje; marrje vendimi; vënia në jetë dhe verifikimi i zgjidhjes.

Gjatë trajnimit për zgjidhjen e problemeve për të kaluar nga një hap te tjetri, duhet superuar fillimisht i mëparshmi. Nëse nuk ka aq informacion sa duhet në një hap ndoshta është nënvlerësuar ose nuk është respektuar një fazë atëherë kemi të bëjmë me një fazë trajnimi ose zgjidhja që është gjetur nuk është ajo e duhura. Në këtë rast rekomandohet kthimi në fazën, ose në fazat e mëparshme, në mënyrë që të kryhet siç duhet dhe të vazhdohet me pasardhëset.

Mbasi të keni vendosur se kush është zgjidhja më e mirë e problemit duhet ta vini në jetë dhe të verifikoni nëse në jetën reale është efektivisht më e përshtatshme. Nëse krahasimi midis rezultatit që pritej dhe atij të vrotuar përkojnë atëherë është gjetur një zgjidhje e kënaqshme për të. Por në disa raste nuk ndodh kështu. Kur ka disbalanca zakonisht ndodhin për shkak të vështirësisë së procesit së zgjidhjes të problemit dhe të vërtetimit se nëse problemi është përcaktuar siç duhet, nëse janë gjetur të zgjidhjet e mundshme, nëse është gjetur zgjidhja e duhur dhe nëse është vënë në jetë siç duhet.

Trajnimi i zgjidhjes së problemeve që kemi parë deri tani, na lejon të njohim dhe identifikojmë problemet, ti analizojmë dhe të gjejmë zgjidhjet e përshtatshme që do të rezultojnë të kënaqshme.

### 5.2.4. Kërko mbështetje

Mbështetja shoqërore është e rëndësishme për të gjithë njerëzit. Shumë prej tyre me probleme varësie kanë ambientin e tyre shoqëror, dhe veçanërisht atë të personave që i mbështesin, i cili në përgjithësi është i shthurur. Kur ata kanë mbështetje mundohen ta mbajnë dhe madje ta përforcojnë; në rast se nuk e kanë duhet të gjejnë një mënyrë për të krijuar rrjetin e tyre dhe mbështetjen shoqërore.

Në rast se kemi të bëjmë me konflikte të ndryshme ndërpersonale, mund të kthehen edhe në bazën e shfaqjes së adiksionit, ndaj do të ishte e nevojshme që personat të trajnoheshin për të përfutur aftësitë shoqërore.

Mbështetja shoqërore, veçanësisht ajo e anëtarve të familjes dhe e miqve, përbën një faktor shumë të rëndësishëm për të ndryshuar zakonet. Në tabelën 5.3 tregohen disa strategji të cilat mund të përdoren që të tjerët të na japin ndihmën e tyre.

Mos ngurroni ti shpjegoni njerëzve që ju rrethojnë problemin tuaj në mënyrë që ata t'ju ndihmojnë ta superoni.

#### 5.2.5. Përforcoheni vazhdimisht

Një përforcues është çdo sukses, i brendshëm ose i jashtëm, që duke ndjekur një sjellje të caktuar rrit mundësinë që të përsëritet.

Tabela 5.3. Si ti ndihmoni të tjerët që t'ju ndihmojnë

Duke qenë se personat e tjerë kanë një influencë të konsiderueshme për të bërë një vetëvrojtje efikas, këtu do të gjeni disa këshilla se si të stimuloni miqtë dhe të njohurit që t'ju japin mbështetjen e duhur.

1. Kërkojini që ti marrin seriozisht sforcimet tuaja; të mos tallen me to dhe as mos ti kritikojnë.
2. Thuajuni që të mos ju japin këshilla se si të ndryshoni sjelljen tuaj.
3. Kërkojuni që të evitojnë kontrollin mbi progresin tuaj ose që t'ju vënë në provë.
4. Kërkojuni t'ju vlerësojnë dhe të lavdërojnë sforcimet tuaja për të ndryshuar.
5. Jepuni shtysë që të injorojnë përtëritjet tuaja të përkohshme dhe që të mos ju kritikojnë kurrë për momentet "e joshjes" që ju i keni nën kontroll.
6. Shpjegojuni saktësisht se çfarë duhet t'ju thonë për t'ju ndihmuar.
7. Mos harroni që jeni ju, ata që duhet të kenë përgjegjësinë e jetës tuaj.
8. Kërkojuni që të mbajnë një qëndrim pozitiv dhe stimules.

Një përforcues pozitiv cilësohet edhe si shpërblim ose si çmim. Diferencohet përforcuesi pozitiv nga ai negativ, i cilësuar edhe si stimul aversiv, pasi tërheqja e tij e paparashikueshme rrit emetimin e një përgjigjeje. Programet përforcuese konsistojnë në aplikimin e përforcuesve.

Përforcuesit mund të jenë të jashtëm (çmime, aktivitete, para, etj.) ose të brendshëm (ndjenja e krenarisë, aprovim i sjelljes vetjake, etj.).

Përforcuesit që na rrethojnë janë të shumtë dhe po aq të shumtë janë edhe ata që mund të aplikohen për të rritur mundësinë e emetimit të një sjellje, në këtë rast në përmirësimin e varësisë duke kryer sjellje ose aktivitete të të papërputhshëm. Ka tre lloje përforcuesish bazë: materiale, shoqërore dhe aktiviteti, të cilat duhet të përdoren në fillim. Gjithashtu duhen përdorur edhe përforcuesit e brendshëm, pasi në fund do të jenë pikërisht ata që do të ruajnë një shkallë shumë të rëndësishme të sjelljes. Veçanërisht ndjesia e të ndjerit mirë dhe e rritjes së vetëkontrollit dhe e vetëbesimit.

Në tabelën 5.4 paraqiten disa instruksione të nevojshme për të aplikuar ashtu siç duhet përforcuesin pozitiv.

Tabela 5.4. Instruksione të nevojshme për të aplikuar siç duhet përforcuesin pozitiv

1. Identifikim i përforcuesve efikasë, objekte materiale, aktiviteteve dhe përforcuesve shoqërorë.
2. Çlirim i menjëhershëm dhe i paparashikueshëm i përforcuesve me shfaqjen e sjelljes, me qëllim që forca e saj të jetë maksimale.
3. Përdorim i përforcuesve të ndryshëm për të minimizuar humbjen e fuqisë për prezantimin e përsëritur të një suksesi ose stimuli përforcues unik.
4. Përforcuesit duhet të jenë kompatibël me programin global të ndërhyrjes.
5. Duhet përdorur sa herë që të jetë e mundur përforcues të përgjithësuar, dhe sinjale të arritjes së rendimentit. Përforcuesit shoqëror, dhe ata që janë natyralë në ambientin e zakonshëm të konsumuesit, duhet të jenë prioritarë. Nëse fillesa e një përforcuesi social do të kishte mungesë force atëherë duhet ti bashkangjitet përforcuesve primarë derisa të marrë vlerë përforcuese.
6. Të sigurohet kontrolli i burimeve të përforcimit, në të cilin të mos ketë kontigjente konkurruese. Nëse konsumuesi ka akses tek përforcuesit e formës jo kontigjente në sjellje, atëherë programi nuk do të funksionojë. E njëjta gjë ndodh edhe nëse ju përforcojnë me aprovimin tuaj sjelljet që duhen eliminuar.
7. Përforcim i vazhdueshëm i sjelljes deri sa të arrihet në një shpeshti optimale dhe më pas të kalohet në një program pa ndërprerje në mënyrë graduale, duke bërë të mundur që shkalla e përforcimit të programuar të jetë përherë e më e ulët.
8. Nuk i duhet dhënë vlerë vetëm përforcuesve të jashtëm, me objektivin që konsumuesit të mos ia atribuojnë shkakun e sjelljes së tyre arritjes së këtyre çmimeve materiale dhe të ndërpresin në këtë mënyrë emetimin e përgjigjeve të trajnuara, në momentin që kontigjentët materialë të mos jenë të pranishëm.

Ndaj, një person me varësi nga droga duhet të dijë se cilët përforcues do të përdor për të marrë çmim për arritjet e tij ndaj kontrollit të adiksionit, edhe pse për të zgjedhur këta përforcues duhet të ketë parasysh: a) të jenë të arritshëm, të lehtë për tu përdorur dhe të gjendshëm në ambientin e tij; b) të mos jenë sjellje të tjera adiktive, pasi në një rast të tillë do të gjendeshim përballë paradoksit të braktisjes së një sjellje për të forcuar një tjetër sjellje adiktive; c) të kalojnë nga të jashtëm (çmime, objekte materiale) në të brendshëm (ndjesia e mposhtjes së adiksionit), në mënyrë që të prodhohet procesi i përgjithësimit. Për më tepër, nëse ndjehemi mirë, do ishte më e përshtatshme që të ndjeheshim mirë me veten tonë. Ka gjë më të mirë se kjo? Disa përforcues, të thjeshtë për tu përdorur, gjenden në tabelën 5.5.

Tabela 5.5. Disa përforcues të thjeshtë, që gjenden kollaj dhe që aplikohen kollaj

#### Materiale:

- Të blesh rroba.
- Të blesh një libër ose një revistë për të lexuar.
- Të dëgjosh muzikë në radio.
- Të hash ushqimin e preferuar.
- Të shohësh televizor.
- Të veshësh rroba të pastra.
- Të flesh disa orë më shumë.

#### Shoqërore:

- Të flasësh me familjen ose me miqtë.

- Të zhvillosh një aktivitet sportiv.
- Të kalosh kohë me miqtë.
- Të dalësh për të kërcyer.
- Të ftosh miq në shtëpi.
- Të udhëtosh në grup.
- Të takosh miqtë e vjetër.

#### Aktivitete:

- Të shkosh në fshat.
- Të shkosh në plazh.
- Të bësh punë dore.
- Të thithësh ajër të pastër.
- Të bësh fjalëkryqe.
- Të shëtisësh.

#### 5.2.6. Përballoje dhe luftoje dekurajimin

Problemet e varësisë nga substancat janë të vështirë për t'u mposhtur. Përftohen dhe zhvillohen për një kohë të gjatë dhe kur personi kupton se çfarë po l ndodh, l duket sikur ka qenë për një kohë të gjatë në gjumë letargjik, gjatë të cilit nuk ishte i ndërgjegjshëm, l cili tashmë është ulur këmbëkryq në jetën e tij të përditshme. Prandaj, edhe pse braktisja është e mundur, ka shumë pengesa për tu superuar, të cilat hasen përgjatë rrugës.

Procesi l rekuverimit nuk është l rrallë, ndërkaq, kur shfaqet dekurajimi, shfaqen pengesat dhe problemet e ankthit e të depresionit.

Emocione si frika, mërziya, vetmia, depresioni, tensioni, ankthi, luajnë një rol të rëndësishëm si precedentë të sjelljeve adiktive. Stresi dhe depresioni, sëbashku me ankthin, janë të këqijat e kohës tonë. Ndaj është shumë e rëndësishme njohja dhe kontrolli i tyre. Nëse paraqitet ndonjë pengesë, sidomos emocionale, personi duhet të ngulisë mirë në kokë që qëllimi që duhet të arrijë është: të kontrollojë sjelljen e tij adiktive, të ndahet nga ajo dhe ta superoj përgjithmonë.

Kur shfaqen probleme ankthi, dhe si pasojë dekurajimi, gjatë vetë procesit të rekuverimit të sjelljes problematike, këshillohet realizimi i ushtrimeve të frymëmarrjes dhe të qetësimit ose teknika për ta çuar mendjen gjatë. Kjo do të ndihmonte për tu ndier më mirë, dhe në të njëjtën kohë do të reduktonte ankthin. Praktikisht, do të zhdukej plotësisht.

Nëse keni mendime depresive duhet të bëni një program aktiviteteve që do t'ju mbajnë mendjen të zënë dhe në këtë mënyrë do të përballoni më mirë problemin tuaj dhe do ta trajtoni në mënyrë më të përshtatshme. Lista e aktiviteteve përforcuese që u paraqit më sipër shërben në këtë moment për të superuar këto ndjenja depresive.

Gjithashtu në këtë fazë është e nevojshme që ti japësh vetes udhëzime për të superuar frikën dhe mendimet negative, si dhe çrregullimet që vijnë si pasojë e tyre. Rekuverimi është një proces që përfshinë disa faza.

Vështirësitë e tij nuk duhen parë në aspektin negativ, përkundrazi; është një mënyrë për të vlerësuar se duhet punuar më shumë në disa fusha, ose se i duhet kushtuar më shumë vëmendje disa aspekteve të rekuperimit.

### 5.2.7. Zbulohet sjellje të tjera

Në procesin e rekuperimit ka një rëndësi shumë të madhe zbulimi i sjelljeve të reja, zëvendësimi i të vjetërave me të reja, dhe disa do të zenë vendin e njëra-tjetrës. Duhet zbuluar afeksionet e vjetra ose duhen gjetur të reja, si *hobbies*, sportet, ushtrimet fizike, etj., të cilat në këtë rast zënë një vend të rëndësishëm.

Por më e rëndësishmja nuk është gjetja e të pamundurës ose e të panjohurës. Duhet të përqendrohemi te *këtu* dhe *tani*; pra, në të tashmen, në të përditshmen, në botën që na rrethon, mund të zbulojmë shumë gjëra. Vrojttoni me vëmendje atë çka ju rrethon, personat dhe çdo detaj që ju duket i papërfillshëm. Mund të zbuloni, ose më mirë akoma të rizbuloni, gjëra të reja që deri më sot nuk keni qenë i aftë për ti vlerësuar.

Duke ndryshuar aktivitetet tuaja, duke mos u përqendruar vetëm te një, mund të verifikoni atë që sapo u tha.

Familja, miqtë dhe puna mund t'ju ndihmojnë shumë për të zbuluar gjëra të reja. Duke u mbështetur tek ata do të mund t'ia dilni. Nëse mbështetjen e keni humbur si pasojë e problemit tuaj, ju jepet mundësia për ta rifituar, ngadalë, pa u ngutur por pa pauza. Kjo, dhe alternative të tjera, do t'ju bëjnë të zbuloni gjëra të reja dhe të kuptoni se varësia juaj po ju çonte në rrugë të keqe dhe që kishit braktisur atë që është më e rëndësishmja për ju dhe do të ndiheni më mire me veten tuaj.

### 5.2.8. Nëse ndodh një rënie apo një përtëritje mund të ngjiteni

Gjatë procesit të rekuperimit të sjelljeve adiktive mund të ketë shpesh rënie dhe përtëritje.

Aktualisht diferencohet rënia nga përtëritja. Rënia është përsëritja e sjelljes problematike një herë të vetme. Pra, personi fillon ta konsumojë dhe kur kupton se çpo bën e ndërpret dhe vë në lëvizje të gjithë mekanizmat për ta ndaluar. Në rast se nuk do ta përballojë këtë situatë në mënyrë aktive, do të rikthehet konsumimi të mëparshëm. Në këtë rast bëhet fjalë për përtëritje. Por që të ndodh përtëritja duhet të ndodh paraprakisht rënia, e cila cilësohet edhe si "joshje". Prandaj përqëndrimi më i madh i shkon rënies, nëse ajo ndodh do të kemi edhe përtëritje. Të ngrihesh nga rënia është shumë më e lehtë sesa përballja me një përtëritje.

Rëniet dhe përtëritjet përgjithësisht shoqërohen me gjëndje emocionale negative, si ankth dhe depresion, situata stresuese, përballje me dhimbjen, presionin shoqëror për konsumimin ose për të realizuar sjelljen, dhe me humbjen e kontrollit personal.

Nëse ju ndodh një rënie apo një përtëritje ajo çka duhet të bëni është:

1. Përmbahuni, vrojttoni veten dhe dëgjojeni atë.
2. Ruani qetësinë; mos i lëshoni pe mendimeve tuaja dhe ndjenjave negative për këtë incident.
3. Rinovoni kompromisin tuaj të braktisjes së varësisë.
4. Bëni një pëmbledhje të situatës që ju çoj në konsumim.
5. Bëni një plan për të rimarr veten menjëherë.
6. Kërkoni ndihmë, nëse ju duhet. Nëse vetë nuk ja dilni dot ta zgjidhni problemin atëherë të tjerët mund t'ju vijë në ndihmë në mënyrë efektive.



5.2.9. Nëse e sheh të nevojshme, shko te një specialist, në një qëndër të varësisë së drogës ose në shërbime të tjera që ofron komuniteti ku jeton

Kur personi kupton se nuk mund ta përballojë vetë problemin e tij, atëherë duhet të kërkoj ndihmë profesionale, në një qëndër të të varurëve nga droga ose pranë qendrave të tjera të shërbimeve që janë në komunitetin e tij. Megjithatë, edhe po të shkoj pranë tyre, do të ketë fituar shumë tashmë nga procesi i rikuperimit nëse më parë ka provuar që të ndërpres vetë konsumimin e substancës ose të substancave. Siç dihet në ditët e sotme, falë ndryshimeve të gjëndjeve shpirtërore, falë motivimit për të ndryshuar dhe tentativave që personat çojnë deri në fund për të braktisur konsumin, një tentativë aktuale favorizon, në rast se dështon, përpjekja pasardhëse ose vajtja te një specialist për të lënë mënjanë konsumimin.

5.2.10. Të jesh i lumtur është më e thjeshtë seç duket

Konsumimi i drogave është përforcues kur personi ka varësi prej tyre. Nga ana tjetër, konsumi në fjalë i sjell paralelisht pasoja shumë të rënda në të gjithë aspektet, ndaj ky moment i këndshëm sjellë shumë momente të pakëndshme. Pra, konsumi prodhon një varësi të rëndësishme, dhe e bën personin që të mos pranojë veten e tij por ta nënvleftësoj atë dhe të ndihet fatkeq.

Të jesh i lumtur, në këtë kontekst, ose më i lumtur se më parë, mund të arrihet duke u bërë personi që do të jesh, por jo duke qenë i varur nga një substancë. Në këtë rast nuk je i lirë; por i varur. Të jesh vetvetja, të kesh mundësinë për të zgjedhur, do të thotë të kesh nën kontroll situatën dhe jo e kundërta, pra të jetë substanca ajo që ka kontrollin.

Kur një njeri ka kontroll mbi veten, kur ndjen se atë që bën, e bën sepse do, dhe e bën kur ai do, atëherë koncepti që ai ka për lirinë e bën të ndjehet mirë me veten dhe të jetë i lumtur. Kjo gjë fillon të vlerësohet kur personi ndihet më i kënaqur, i jep rëndësi gjërave të vogla, zbulon sërish botën që e rrethon dhe si përfundim, ndihet mirë me veten e tij. Kjo është mënyrë për t'u ndjerë më i lumtur. Të jesh i lumtur është më e thjeshtë nga ç'pandehet dhe të arrihet ose jo, kjo varet nga ne, jo nga të tjerët, as nga produktet kimike dhe as nga sjelljet adiktive. Organizmi jonë na lejon ta vlerësojmë veten dhe të jemi vetvetja ndërkohë që udhëheqim këtë vlerësim dhe jo të na e imponojnë nga jashtë dhe të mos jemi në gjëndje që ta kontrollojmë.

## PËRMBLEDHJE

- Një njeri për të ndihmuar veten e tij duhet të njoh shumë mirë sjelljen e tij. Mënyra më e mirë për ta njohur është duke e vrojtuar atë nëpërmjet regjistrave vetjakë.
- Ndryshimi është i mundur. Një njeri përpara se të ndërpresë adikSIONIN e tij i duhet të kalojë nëpër disa faza. Duhet përcaktuar qëllime të konkrete dhe të vogla, të cilat mund të realizohen brenda një afati kohor konkret.
- Problemet ose situatat problematike hasen shpesh në jetën e një njeriu. Ekzistojnë disa teknika, si për shembull trajnimi për zgjidhjen e problemeve, të cilët mund ti vijnë në ndihmë personave që të përballojnë në mënyrë më efektive problemet e tyre. Individit trajnohet se si të njoh problemet e tij, si të kërkoj zgjidhjet e tyre më të përshtatshme dhe si t'a aplikoj zgjidhjen më të mirë kur gjendet përballë problemit.

- Mbështetja shoqërore, veçanërisht ajo e familjarëve dhe e miqve, është një factor kyç për të ndryshuar sjelljen e individit.
  - Për të superuar një adiksion është e nevojshme që personi të forcohet vazhdimisht, veçanërisht duke ushtruar aktivitete që nuk janë kompatibël me konsumin.
  - Gjatë procesit të rekuperimit mund të shfaqet dekurajimi si pasojë e shfaqjes së pengesave të ndryshme të cilat vështirësojnë superimin e adiksionit, si dhe problemet e ankthit dhe të depresionit. Shlodhja, argëtimi, aplikimi i udhëzimeve vetjake, etj., mund të vijnë mjaft në ndihmë për të përballuar gjëndjet shpirtërore negative.
  - Për procesin e rekuperimit është shumë e rëndësishme përfshirja në aktivitete të reja që e bëjnë njeriun të ndihet më mirë me veten e tij.
  - Gjatë procesit të rekuperimit nga një adiksion mund të ketë rënie dhe përtëritje, por nëse përballohen aktivisht mund të superohen.
- 

#### Pyetje Vetëvlerësimi

1. Regjistrat vetjakë përdoren për të:
  - a) Rritur motivacionin.
  - b) Zvogëluar motivacionin.
  - c) Rritur sjelljen problematike.
  - d) Zvogëluar sjelljen problematike.
  - e) Vrojtuar sjelljen problematike.
  
2. Një nga strategjitë që duhet përdorur për të pasur ndihmën e të tjerëve është:
  - a) T'ju kërkohet të kontrollojnë progreset një nga një.
  - b) T'ju kërkohet që t'ju venë në provë.
  - c) T'ju kërkohet që të njohin dhe të lavdërojnë sforcimet që bëni për të ndryshuar.
  - d) T'ju kërkohet që të kritikojnë "joshjet" që dikush përjeton gjatë procesit të ndërprerjes së substancës.
  - e) T'ju kërkohen këshilla se si mund të ndryshohet.
  
3. Procedura që promovon rritjen e sjelljes nëpërmjet tërheqjes së paparashikueshme të një situatë aversive cilësohet:
  - a) Përforcim pozitiv.
  - b) Ndëshkim pozitiv.
  - c) Përforcim negativ.
  - d) Kosto e përgjigjes.
  - e) Shuarje.

4. Përforcuesit që i referohen aktiviteteve të kënaqshme për konsumuesin dhe që çojnë në një sjellje në mënyrë kontigjente duke shtuar mundësinë e saj, njihen si:
- a) Përforcues materialë ose të prekshëm.
  - b) Përforcues të aktivitetit.
  - c) Përforcues shoqërorë.
  - d) Përforcues të jashtëm.
  - e) Përforcues natyralë.
5. Fenomeni gjatë të cilit rifillohet konsumi i substancave në një moment të caktuar mbasi ishte ndërprerë dhe superuar adiksi, quhet:
- a) Përtëritje.
  - b) Rënie.
  - c) *Flashback*
  - d) Vendosja e varësisë.
  - e) Zëvendësim simptomash.

## Lexime të rekomanduara dhe bibliografia

### Lexime të rekomanduara

Becona, E., Rodriguez, A. dhe Salazar, I (Coord.) (1996). *Drogodependencias. III. Drogas ilegales*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.

Goldstein, A. (1995). *Adiccion*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias. Miller, W. R. dhe Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidos (original 1991).

Mothner, I. dhe Weitz, A. (1986). *Como abandonar las drogas*. Barcelona: Martinez-Roca

Rice-Licare, J. Dhe Delaney-McLoughlin, K. (1996). *Cocaina. Soluciones*. Barcelona: ediciones en Neurociencias.

### Bibliografia

Beck, A. T., Wright, F. O., Newman, C. F. dhe Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidos (original 1993).

Becona, E. (1999). *Bases teoricas que sustentan los programas de prevencion de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becona, E., Rodriguez, A. dhe Salazar, I. (Coord.) (1999). *Drogodependencias. V. Avances 1999*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.

Bobes, J., Lorenzo, P. dhe Saiz, P. (1998). *Extasis (MDMA): Un abordaje comprensivo*. Barcelona: Masson.

Cadafalch, J. Dhe Casas, M. (Coord.) (1993). *El paciente heroinomano en el hospital general*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A. (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: IREFREA.

Funes, J. (1996). *Drogas y adolescents*. Madrid: Aguilar.

Galanter, M. dhe Kleber, D. (1999). *Textbook of substance abuse treatment (2. Ed.)*. Washington, DC: The American Psychiatric Press.

Grana, J. L. (Coord.) (1994). *Conductas adictivas. Teoria, evaluacion y tratamiento*. Madrid: Debate.

Higgins, S. T. dhe Silverman, K. (Eds.) (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers*. Washington, DC: American Psychological Association.

Marlatt, G. A. dhe Gordon, J. R. (1985). *relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guildford Press.

Marlatt, G. A. dhe VandenBos, G. R. (Eds) (1999). *Addictive behaviors. Reagings on etiology, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

McCrary, B. S. dhe Epstein, E. E. (Eds.) (1999). *Addictions. A comprehensive guidebook*. Nueva York: Oxford University Press.

Miller, N. S. (1997). *The principles and practice of addictions in psychiatry*. Philadelphia, PA: W.W. Saunders Company.

Miller, W. R. dhe Heather, N. (Eds.) (1998). *Treating addictive behaviors (2. Ed.)*. Nueva York: Plenum.

Onken, L. S., Blaine, J. D. dhe boren, J. J. (Eds.) (1993). *Behavioral treatment for drug abuse and dependence*. Rockville, MD: NIDA.

Ott, P. J., Tarter, R. E. dhe Ammerman, R. T. (Eds) (1999). *Sourcebook of substance abuse. Etiology, epidemiology, assessment, and treatment (2. Ed.)*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Platt, J. J. (1997). *Cocaine addiction. Theory, research, and treatment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Schuckit, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse (5. Ed.)*. Nueva York: Plenum.

Senay, E. (1998). *Substance abuse disorders in clinical practice (2. ed)*. Nueva York: W.W. Norton & Company.

## **Përgjigjet e pyetjeve të vetevlerësimit**

### Kapitulli 1

Pyetja 1: b

Pyetja 2: c

Pyetja 3: b

Pyetja 4: e

Pyetja 5: a

### Kapitulli 2

Pyetja 1: c

Pyetja 2: b

Pyetja 3: e  
Pyetja 4: b  
Pyetja 5: d

### Kapitulli 3

Pyetja 1: b  
Pyetja 2: a  
Pyetja 3: e  
Pyetja 4: d  
Pyetja 5: a

### Kapitulli 4

Pyetja 1: b  
Pyetja 2: b  
Pyetja 3: c  
Pyetja 4: a  
Pyetja 5: a

### Kapitulli 5

Pyetja 1: e  
Pyetja 2: c  
Pyetja 3: c  
Pyetja 4: b  
Pyetja 5: b