



ევროკავშირი
საქართველოსთვის

პროექტი CPR
მრეწველობა პრევენცია უფლებები

ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მართვა

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

ეს პუბლიკაცია მომზადდა ევროკავშირის მიერ მხარდაჭერილი პროექტის (ევროკავშირის საგარეო საქმიანობათა საგრანტო ხელშეკრულება #ENI/2021/429-043-ის საფუძველზე) „სამოქალაქო საზოგადოებისა და პროფესიული ორგანიზაციების გაძლიერება საქართველოში უსაფრთხო, დაცული და ანგარიშვალდებული საზოგადოების უზრუნველყოფის მიზნით“ (Empowering civil society and professional organizations to ensure safe, secure and accountable society in Georgia – CPR პროექტი) ფარგლებში.

მის შინაარსზე სრულად პასუხისმგებელია ავტორთა ჯგუფი და შესაძლოა, რომ იგი არ გამოხატავდეს ევროკავშირის შეხედულებებს.

გაიდლაინი მომზადებულია მულტიპროფილური ჯგუფის მიერ, რომელიც შეიქმნა ევროკავშირის მიერ მხარდაჭერილი პროექტის (ევროკავშირის საგარეო საქმიანობათა საგრანტო ხელშეკრულება #ENI/2021/429-043-ის საფუძველზე) „სამოქალაქო საზოგადოებისა და პროფესიული ორგანიზაციების გაძლიერება საქართველოში უსაფრთხო, დაცული და ანგარიშვალდებული საზოგადოების უზრუნველყოფის მიზნით“ (Empowering civil society and professional organizations to ensure safe, secure and accountable society in Georgia – CPR პროექტი) ფარგლებში.

ავტორთა ჯგუფი:

დავით ოთიაშვილი M.D., Ph.D., ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი.

ირმა კირთაძე M.D., Ph.D., ექიმი-ფსიქიატრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი.

გვანცა ფირალიშვილი M.D., Ph.D., ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი

თამარ სირბილაძე M.D., ექიმი-ნარკოლოგი, საზოგადოებრივი გაერთიანება „ბემონის“ მთავარი ექსპერტი

გაიდლაინის განხილვაში მონაწილე, პროტოკოლების შემუშავების მრჩეველთა ჯგუფი:

თამუნა ბოკუჩავა Ph.D., კლინიკური ფსიქოლოგი; ფსიქოლოგიის დოქტორი

თამარ მღებრიშვილი M.A. ადიქციის კვლევების მაგისტრი/ადიქტოლოგი; დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია.“

მარიამ შეროზია M.A. ადიქციის კვლევების მაგისტრი/ადიქტოლოგი; დამოკიდებულების კვლევითი ცენტრი „ალტერნატივა ჯორჯია.“

სარჩევი

შესავალი	4
გაიდლაინის მიზანი	4
გაიდლაინის მნიშვნელობა.....	4
პრობლემის აქტუალობა.....	5
გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები.....	6
გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა	6
გაიდლაინის მიღების წყარო.....	6
გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციის რეკომენდაციები.....	7
ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება: ეტიოლოგია და რისკ-ფაქტორები	7
მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომები	8
სკრინინგი და შეფასება	9
მკურნალობისა და რეაბილიტაციის გეგმა.....	15
ზრუნვის დონეები	16
ზრუნვის ძირითადი პრინციპები	18
ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევების მართვის სპეციფიკური ინტერვენციები – ფსიქოსოციალური ინტერვენციები.....	36
ახალგაზრდებში ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მართვის სპეციფიკური ინტერვენციები - ფარმაკოთერაპია	42
აუდიტის კრიტერიუმები	56
გამოყენებული ლიტერატურა	61

შესავალი

გაიდლაინის მიზანი

წინამდებარე კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) მიზანია, ახალგაზრდებში¹ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების დროს სპეციალიზებული ნარკოლოგიური სერვისებისთვის მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება.

გაიდლაინი მიზნად ისახავს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მომხმარებელ 14+ ასაკის პირებთან მომუშავე სპეციალისტები აღჭურვოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციით, რაც მათ დაეხმარება, მართონ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული სხვადასხვა მდგომარეობები.

გაიდლაინის შინაარსი საინტერესო იქნება სერვისების მიმწოდებელი პერსონალისთვის, მიმღები ბენეფიციარებისთვის, მომვლელებისა და სხვებისთვის, ვისაც აქვს კონტაქტი სერვისებთან. აღნიშნული დოკუმენტი შეიქმნა, რათა ხელი შეუწყოს:

- საუკეთესო პრაქტიკის გავრცელებას;
- ხარისხიანი და თანმიმდევრული სერვისების მიწოდებას;
- მოვლის ხარჯთეფექტურ მოდელებს და არსებული ფინანსური სახსრების საუკეთესოდ გამოყენებას.

გაიდლაინის მნიშვნელობა

მოზარდების დაახლოებით 5%-ს, რომელიც აკმაყოფილებს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ ფსიქიკურ და ქცევით აშლილობათა კრიტერიუმებს, უვითარდება პრობლემური მოხმარება. ლიტერატურა მიუთითებს, რომ მთელი სიცოცხლის განმავლობაში გამოვლენილი ფსიქიკური დარღვევების შემთხვევების ნახევარზე მეტი, მათ შორის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება, იწყება 14 წლამდე [1]. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ადრეული ზემოქმედება ზრდის ფსიქიკური დარღვევებისადმი მოწყვლადობას ზრდასრულ ასაკში, რაც უარყოფითად აისახება სოციალურ, აკადემიურ და პროფესიულ ფუნქციონირებაში [2]. ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მქონე მოზარდების 90%-ზე მეტმა ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარება დაიწყო მოზარდობის პერიოდში. ნივთიერებების მოხმარების ადრეული დაწყება განაპირობებს სიცოცხლის განმავლობაში ისეთი რისკების მომატებას, როგორიცაა ფსიქიკური ჯანმრთელობის ტვირთის ზრდა, სკოლასთან დაკავშირებული პრობლემები, ფიზიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები და ნეიროკოგნიტური დარღვევები [3]. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება ბავშვებსა და მოზარდებში უფრო ხშირად ასოცირდება თანმხლებ ფსიქიკურ დარღვევებთან, ნივთიერებათა მოხმარების ოჯახურ

¹ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის და გაეროს სხვა ოფისების დეფინიციებზე დაყრდნობით, წინამდებარე სახელმძღვანელოში ასაკობრივი ჯგუფები განსაზღვრულია შემდეგნაირად: ახალგაზრდა - 15-24 წელი, მოზარდი - 10-19 წელი, ადრეული მოზარდი - 10-13 წელი, გვიანი მოზარდი - 16-17 წელი.

ისტორიასთან, აკადემიურ და ქცევით პრობლემებთან, დევიაციურ ქცევებთან და თანატოლებთან ერთად ნივთიერებათა მოხმარებასთან [4].

აქედან გამომდინარე, აუცილებელია დროული პრევენცია და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის მიდგომების გამოყენება, რათა თავიდან ავიცილოთ უარყოფითი სოციალური და ჯანმრთელობის ხანგრძლივი შედეგები [5].

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებამ შეიძლება მნიშვნელოვნად დააზიანოს ჯანმრთელობა, შეამციროს სიცოცხლის ხანგრძლივობა და გამოიწვიოს სოციალური პრობლემები, რაც დამოკიდებულია გამოყენებული ნივთიერებების ტიპზე, მოხმარების ხანგრძლივობასა და რაოდენობაზე, თანმხლებ ფსიქიკურ დარღვევებზე (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) და თანმხლებ ფსიქოსოციალურ პრობლემებზე [6].

15-დან 20 წლამდე ახალგაზრდებში ავტოსაგზაო შემთხვევების დაახლოებით ერთი მესამედი დაკავშირებულია ნივთიერების მოხმარებასთან [7]. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება მნიშვნელოვნად ზრდის დამნაშავეს ან მსხვერპლად გახდომის რისკებს. გოგონები, რომლებიც იღებენ დიდი რაოდენობით ალკოჰოლს, სამჯერ უფრო ხშირად ხდებიან არასასურველი სექსუალური ძალადობის მსხვერპლნი [8]. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება იმ პირების მიერ, რომლებსაც აქვთ დეპრესიული აშლილობა ან გადაიტანეს ცხოვრებისეული მძიმე მოვლენა, დაკავშირებულია თვითმკვლელობის მცდელობასთან და დასრულებულ თვითმკვლელობასთან. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ჭარბად მოხმარება ხშირად იწვევს სკოლის ან პროფესიული მომზადების შეწყვეტას. სარისკო მოხმარების მქონე პირთა ფსიქოსოციალური პრობლემები, როგორც წესი, უარესდება, ძირითადად, იმავე ტიპის სხვა ადამიანებთან ურთიერთობისას. ასეთი პირები უფრო ხშირად ჩადიან დანაშაულს ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ ან ნარკოტიკების შეძენის მიზნით [9].

პრობლემის აქტუალობა

2019 წლის ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების შესახებ ევროპული სასკოლო კვლევის (ESPAD) თანახმად, რომელიც 35 ქვეყანაში, 15-16 წლის ასაკის მოსწავლეებში ჩატარდა, საქართველოში ბოლო თვეს (46.7% vs. 46.2%) ალკოჰოლის მოხმარების პრევალენტობა საშუალო ევროპულ მაჩვენებელზე მაღალია. ასევე საშუალო ევროპულ მაჩვენებელზე მაღალია ქართველ მოსწავლეებში ალკოჰოლით გამოწვეული ინტოქსიკაციის მაჩვენებელი. ბოლო თვეში ალკოჰოლით გამოწვეული ინტოქსიკაცია 16 წლის ასაკის მოზარდთა 15.9%-მა აღნიშნა, როდესაც ეს მაჩვენებელი ევროპის ქვეყნებში 12.7%-ია. მსგავსად მაღალია ბოლო თვის განმავლობაში კანაფის (9.4% vs. 6.7%), ხოლო გასულ წელს ექსტაზის (1.4% vs. 1.3%) და ამფეტამინის (1% vs. 0.8%) მოხმარება. სიგარეტის მოხმარების გასული წლის პრევალენტობა კი ევროპულ საშუალოზე ნაკლებია (9.6% vs. 7.5%) [10].

გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები

გაიდლაინში მოცემული რეკომენდაციები ვერ შეცვლის პროფესიულ ცოდნასა და კლინიკურ ანალიზს. მოწოდებული კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაცია არ წარმოადგენს პრობლემის მართვის უპირობო რეცეპტს, არამედ იგი ეფუძნება ხელმისაწვდომ საუკეთესო მტკიცებულებებს, რომელიც უნდა მიესადაგოს ადგილობრივ საჭიროებებს, არსებულ რესურსებსა და ინდივიდუალურ შემთხვევებს.

გაიდლაინის გამოყენებისას მნიშვნელოვანია გავითვალისწინოთ, რომ გარკვეული ინტერვენციის ეფექტურობის შესახებ ემპირიული მონაცემების არარსებობა არ ნიშნავს ამ ინტერვენციის არაეფექტურობას. ამასთან, აუცილებელია იმის გათვალისწინება, რომ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მკურნალობის უზრუნველყოფა ხდება სხვა ღონისძიებებთან კონტექსტში. ეს ღონისძიებები ითვალისწინებს შესაბამისი ინტერვენციის სათანადოდ ორგანიზებასა და პაციენტის ჩართვას მკურნალობის პროცესში. მოვლის სათანადოდ ორგანიზება იმისთვის, რომ პაციენტთან დავამყაროთ და შევინარჩუნოთ კარგი თერაპიული ურთიერთობა ისევე მნიშვნელოვანია, როგორც შეთავაზებული მკურნალობა.

გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა

გაიდლაინის გადასინჯვა და განახლება შესაძლოა მოხდეს მისი დანერგვიდან 3-5 წლის ვადაში.

გაიდლაინის მიღების წყარო

- გაიდლაინი მომზადებულია მრავალპროფილური ჯგუფის მიერ, რომელიც შეიქმნა ევროკავშირის მიერ მხარდაჭერილი პროექტის (ევროკავშირის საგარეო საქმიანობათა საგრანტო ხელშეკრულება #ENI/2021/429-043-ის საფუძველზე) „სამოქალაქო საზოგადოებისა და პროფესიული ორგანიზაციების გაძლიერება საქართველოში უსაფრთხო, დაცული და ანგარიშვალდებული საზოგადოების უზრუნველყოფის მიზნით“ (Empowering civil society and professional organizations to ensure safe, secure and accountable society in Georgia – CPR პროექტი) ფარგლებში. გაიდლაინზე მუშაობა მიმდინარეობდა 2023 წლის აგვისტო-დეკემბერში. მეცნიერულად დასაბუთებული მონაცემების მოპოვების მიზნით, გაიდლაინის ავტორებმა მოიძიეს შესაბამისი ლიტერატურა სხვადასხვა სამეცნიერო ბაზების გამოყენებით - The Cochrane Library, Pubmed, BIOSIS, PsycINFO, APA practice guidelines, NICE guidance. გამოყენებული ლიტერატურა თან ერთვის გაიდლაინს.

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციის რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- გაიდლაინის გავრცელება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული სერვისების მიმწოდებელ ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში, საქართველოს მასშტაბით;
- გაიდლაინის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს (www.moh.gov.ge) ვებ-გვერდზე;
- გაიდლაინის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისთვის ტრენინგების ორგანიზება;
- გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტების საშუალებით.

ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება: ეტიოლოგია და რისკ-ფაქტორები

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ადრეულ მოზარდობაში მოხმარებამ შესაძლოა გაზარდოს ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული დარღვევები გრძელვადიან პერიოდში. ფაქტორები, რომლებიც იწვევენ ნივთიერებების მოხმარებას ადრეული ასაკიდან, შედგება სოციალური, კულტურული, ოჯახური, ბიოლოგიური და თანდაყოლილი გარემოებებიდან. ამ დაკვირვებების უმეტესობა ეფუძნება ჯვარედინ-სექციურ კვლევებს, ამ თემაზე ლონგიტუდური კვლევები მჭირია.

ბიოლოგიური ფაქტორები

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება ადრეულ ასაკში, როგორც წესი, ხელს უშლის ნეიროგანვითარებას და იწვევს ნეირობიოლოგიურ ცვლილებებს, რაც კიდევ უფრო ზრდის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების რისკს. მომწიფების ფაზაში, ფსიქოაქტიური ნივთიერებები ზემოქმედებს ტვინის სხვადასხვა უბანზე და ეს ცვლილებები კიდევ უფრო მეტად ურთიერთქმედებს ფსიქოსოციალურ ფაქტორებთან. მაგალითად, მოუმწიფებელი პრეფრონტალური ქერქი დამაჯილდოებელი და სტრესის სისტემების ჰიპერრეაქტიულობასთან ერთად ზრდის ინდივიდის რისკს ნივთიერების მოხმარების მიმართ [11]. პრეფრონტალური ქერქი აგრძელებს მომწიფებას სრულწლოვანებამდე და, შესაბამისად, მოზარდობის პერიოდში ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებამ შეიძლება გამოიწვიოს ცვლილებები პრეფრონტალურ ქერქსა და მის სუბკორტიკალურ რეგიონებში, რომლებიც, უმეტეს შემთხვევაში, ზრდასრულ ასაკშიც გრძელდება და ზრდის ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების რისკს [12]. მოზარდებს ახასიათებთ უფრო მეტი იმპულსურობა, რადგან პრეფრონტალური ქერქი ნაკლებად აკონტროლებს სუბკორტიკალურ და ლიმბურ მოთხოვნილებებს. კვლევებით ნაჩვენებია,

რომ ვერბალური და არავერბალური სოციალური სიგნალები ასევე უფრო მეტად ასტიმულირებს მოზარდებში ლიმბურ შრეებს, ვიდრე მოზრდილებში. ჰორმონული ცვლილებები მოზარდის ორგანიზმში გარემოს სტრესთან ერთად იწვევს ნარკოტიკების მოხმარებისადმი მგრძნობელობის გაზრდას [13].

სოციალური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები

რისკ-ფაქტორები, როგორცაა არასასურველი ცხოვრებისეული მოვლენები, მათ შორის ბავშვზე სექსუალური ან ფიზიკური ძალადობა, ყურადღების დეფიციტითა და ჰიპერაქტიურობით მიმდინარე აშლილობა, ქცევის დარღვევები, სხვა გარეგანი ფაქტორები, მშობლების მიერ ნარკოტიკების მოხმარება, კრიმინალური ისტორია, სოციალური მედიის ან ინტერნეტის პათოლოგიურად ჭარბი გამოყენება, აღზრდის საკითხები, როგორცაა ლიბერალური, ავტორიტარული ან მშობლებისგან ინდიფერენტული დამოკიდებულება, შეიძლება გახდეს ნარკოტიკების ადრეული გამოყენების წინაპირობა.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით ექსპერიმენტების სურვილი, ცნობისმოყვარეობა და თანატოლებისგან ზეწოლა გავრცელებულია ამ ასაკობრივ ჯგუფში. თანატოლების გავლენა არის მნიშვნელოვანი ფაქტორი, რომელიც ხელს უწყობს ნივთიერებების მოხმარებას, განსაკუთრებით მოზარდებში [14, 15]. აღმოჩნდა, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება დაკავშირებულია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების ოჯახურ ისტორიასთან და მშობლების ანტისოციალურ პიროვნულ აშლილობასთან [16, 17].

დამცავი ფაქტორები

ძლიერი ოჯახური კავშირი, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა და სხვ. დაკავშირებულია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების ნაკლებ რისკებთან. არსებობს შეთანხმება, რომ კარგი ემოციური გამოცდილება, კომუნიკაცია, ავტორიტეტული მშობლობა, მშობელთან უსაფრთხო მიჯაჭვულობა ადრეულ ბავშვობაში და მომავალზე ორიენტირება, აუმჯობესებს ემოციურ განვითარებას, ფსიქიკურ ჯანმრთელობას და ახდენს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების რისკების პრევენციას [18].

მოზარდები უფრო ნაკლებად ფიქრობენ, რომ მათ დახმარება სჭირდებათ, ვიდრე ზრდასრულები და შესაძლებელია, რომ მათ მიმართონ თვითმკურნალობას. მოზარდებმა შესაძლოა განიცადონ შედარებით ნაკლები უარყოფითი შედეგები ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისგან, თუ არსებობს მათი მოხმარების შედარებით ხანმოკლე ისტორია (ისევე, როგორც მშობლების მხრიდან დაცვა) [19].

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომები

ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების, თანმხლები ფსიქიკური დარღვევების ან მძიმე დამოკიდებულების დროს კოგნიტური უნარების და ემოციების რეგულირების გასაუმჯობესებლად, შესაძლოა ეფექტური აღმოჩნდეს: (ა) ხანგრძლივი და (ბ) უფრო ინტენსიური მკურნალობა, (გ) ოჯახზე

დაფუძნებული მიდგომების ინტეგრირებულად გამოყენება (ქცევითი/ფარმაკოლოგიური). გვიანი მოზარდობის პერიოდში უფრო შედეგიანია კოგნიტურ უნარებზე დაფუძნებული მკურნალობა, ვიდრე ახალგაზრდებში. ინგლისურენოვან ქვეყნებში ჩატარებულმა კვლევებმა აჩვენა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისგან თავშეკავების კარგი მაჩვენებელი ბავშვებსა და მოზარდებში, რომლებიც გადიან ნებისმიერი ტიპის მკურნალობას [20]. ამბულატორიული მკურნალობის პერიოდში, ბავშვების და მოზარდების თითქმის 60% ინარჩუნებს სიფხიზლეს მკურნალობის დასრულების შემდეგ. პაციენტების 20-40% მკურნალობის დასრულებიდან ექვსი თვის შემდეგაც ინარჩუნებენ სიფხიზლეს და არ აღენიშნებათ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები [6, 21].

სკრინინგი და შეფასება

სკრინინგი

სკრინინგი არის პირველი ნაბიჯი, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების სარისკო მოხმარების და მოხმარებასთან დაკავშირებული სხვა პრობლემების მქონე მოზარდებისთვის, შესაბამისი დახმარების საპოვნელად. ექსპერტთა რეკომენდაციების თანახმად, პროგრამებმა უნდა გამოიყენონ სანდო და ვალიდური სტანდარტული სკრინინგ-ინსტრუმენტები. სკრინინგის მიზანი არ არის დიაგნოსტიკა, უფრო სწორად, სკრინინგი განსაზღვრავს, უნდა იყოს თუ არა რეკომენდებული მოზარდის შეფასება და/ან ინტერვენცია. ზოგიერთ შემთხვევაში პაციენტს შესაძლოა დასჭირდეს დაუყოვნებელი დახმარება, მომსახურება ან სრული ბიოფსიქოსოციალური შეფასება.

შეფასება

თუ პირველადი სკრინინგის შედეგები მიანიშნებს შემდგომი შეფასების საჭიროებაზე, პაციენტი გადის შეფასების ეტაპს. შეფასების მიზანია, გამოავლინოს დამოკიდებულების სიმძიმე და მკურნალობის შესაბამისი დონე, მოზარდთან ერთად განსაზღვროს ინდივიდუალური სერვისების საჭიროება და საჭიროებისამებრ უზრუნველყოს სერვისებზე მიმართვიანობა. შეფასების შედეგად მიღებული ინფორმაცია გამოიყენება მკურნალობისა და აღდგენა/გამოჯანმრთელების გეგმის შესამუშავებლად. შეფასება არის ყოვლისმომცველი, მუდმივი პროცესი, რომელიც ითვალისწინებს მოზარდის ცხოვრების ფართო ასპექტებს, მათ შორის, ფსიქოსოციალურ და გარემო ფაქტორებს. ეფექტური შეფასებები კულტურულად მგრძნობიარე, გენდერულად სპეციფიკური და ტრავმებზე ორიენტირებულია. შეფასება ინფორმაციას იღებს ნივთიერებათა მოხმარების, განვითარების სტატუსის, განათლების, სექსუალური ორიენტაციის, ტრავმული ისტორიის, ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის, სამართლებრივი საკითხების და ოჯახური ურთიერთობების შესახებ. შეფასების პროცესის დროს მნიშვნელოვანია, რომ სერვისის მიმწოდებლებმა მოზარდებს საშუალება მისცენ, გამოავლინონ საკუთარი გენდერული იდენტობა და სექსუალური ორიენტაცია. პროვაიდერებმა ასევე უნდა იცოდნენ, რომ ზოგიერთი მოზარდისთვის სექსუალური

ასპექტების განხილვა შეიძლება მატრავმირებული იყოს. ეფექტური შეფასება ყურადღებას ამახვილებს მოზარდის ძლიერ მხარეებზე და დამცავ ფაქტორებზე.

ყოველმომცველი შეფასება მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება, ქვემოთ მოცემული საკითხებით:

- ძალადობის ან სხვა ტრავმული მოვლენების ისტორია;
- სოციალური და ემოციური განვითარება;
- კოგნიტური უნარები და ძლიერი მხარეები;
- დამოუკიდებელი ცხოვრების უნარები;
- ემპათიის, უნარ-ჩვევების, ნიჭის, ძლიერი მხარეების და წინააღმდეგობის გაწევის უნარები;
- მკურნალობის მოტივაცია და მზაობა;
- თანხმობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევები;
- ფიზიკური ჯანმრთელობა;
- პირადი, ოჯახური და თანატოლებთან ურთიერთობები;
- სუიციდის ალბათობა და უსაფრთხოება;
- ოჯახის წევრების შეფასება;
- დამოკიდებულების პოტენციალის მქონე სხვა ქცევები (მაგალითად, აზარტული თამაშები, სექსუალური ქცევა, პორნოგრაფია, ვიდეო თამაშები);
- თამბაქოს/ნიკოტინის მოხმარება, მათ შორის ელექტრონული სიგარეტების ან სხვა ალტერნატივების.

მკურნალობის მთელი კურსის განმავლობაში განმეორებით შეაფასეთ ახალგაზრდები, რათა დააკვირდეთ მკურნალობის პროგრესს. სერვისის მიმწოდებლებმა მუდმივად უნდა აკონტროლონ თითოეული ახალგაზრდის განვითარების პროგრესი მკურნალობის პერიოდში. პაციენტის შედეგები, წარმატებები მიღწეული მნიშვნელოვან სფეროებში, მათ შორის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მკურნალობაში, უნდა განიხილონ მათთან ერთად და გამოიყენონ, როგორც საფუძველი მკურნალობის დონის შემცირების ან მომსახურების შეწყვეტისათვის. ასევე, პირიქით, როდესაც ახალგაზრდას მკურნალობის პროცესში ექმნება სირთულეები ან განიცდის ნივთიერებების მოხმარების სურვილს, უნდა განვიხილოთ ზრუნვის დონის ზრდა და/ან ახალი სერვისების დამატება [22].

სტანდარტიზებული ინსტრუმენტები

მოზარდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების სტანდარტული სკრინინგის ინსტრუმენტები მოცემულია ცხრილში 1 [18]. ყველა ეს ინსტრუმენტი შეიძლება გამოყენებული იქნას მოზარდებისთვის, ხოლო ოთხკომპონენტანი თვითშეფასების კითხვარი, როგორცაა ნარკოტიკების/ალკოჰოლის მოხმარების სიმძიმის სკრინინგის ინსტრუმენტი (CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs)² შეიძლება გამოყენებულ იქნას მხოლოდ 16 წლის და უფროსი ასაკის მოზარდებისთვის. მოზარდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით

² ალკოჰოლის საზიანოდ მოხმარების გამოვლენა და ხანმოკლე ინტერვენციები პირველად ჯანდაცვაში, AUDIT ინსტრუმენტის გამოყენებით <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2023/02/03/c4bc72d50188ab6d5d6ca5f3ceb7c14d.pdf>

გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების გასაზომად ხელმისაწვდომია ყოვლისმომცველი შეფასების ინსტრუმენტები - იხილეთ ცხრილი 1[4].

ცხრილი 1. ალკოჰოლისა და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შეფასების ინსტრუმენტები

დასახელება	ავტორები	კომპონენტები	შენიშვნები
მხოლოდ სკრინინგი			
ნარკოტიკების მოხმარების სკრინინგ ტესტი (DAST-A)	Skinner, 1982	28 პუნქტიანი კითხვარი მოზარდისთვის	ასევე, ხელმისაწვდომია 10 პუნქტიანი შემოკლებული ვერსია. ეს არის მოკლე თვითშეფასების ინსტრუმენტი სკრინინგისთვის, კლინიკური შემთხვევების აღმოჩენისა და მკურნალობისთვის.
CRAFT (ავტომობილი, განტვირთვა, მარტო, მეგობრები/ოჯახი, დავიწყება, პრობლემები) კითხვარი	Knight et al., 2002	6 პუნქტიანი კითხვარი	მოიცავს როგორც ალკოჰოლის, ასევე ნარკოტიკებს მოხმარების სკრინინგს. ხელმისაწვდომია ქართულ ენაზე ³
AUDIT (ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების გამოსავლენი ტესტი)	Saunders JB et al., 1993	გავრცელებულია 10 პუნქტიანი კითხვარი	მოზარდის განვითარებისათვის შესაფერისი; შემუშავებული ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) მიერ; საერთაშორისო დონეზე დადასტურებულია პოპულაციების ფართო სპექტრში, მათ შორის მოზარდებში; ხელმისაწვდომია ქართულ ენაზე ⁴
PESQ (პირადი გამოცდილების შეფასების სკრინინგ-ტესტი)	Winters, 1992	40 პუნქტიანი თვითშეფასების კითხვარი	შექმნილია პირველად ჯანდაცვაში გამოსაყენებლად; ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების შემთხვევაში მიუთითებს დამატებითი შეფასების საჭიროებაზე.
ADI (მოზარდთა მიერ ალკოჰოლის მოხმარების ინდექსი)	Harrel AV and Wirtz	24 პუნქტიანი თვითშეფასების კითხვარი	აფასებს ალკოჰოლის მოხმარებას ფსიქო-ემოციურ-ქცევით პრობლემებში;

³ პირველად ჯანდაცვაში ნივთიერებათა საზიანოდ მოხმარების გამოვლენა და მართვა, **SBIRT** ინსტრუმენტის გამოყენებით <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2023/02/03/69663dbfd5a2ce9cc4a4568ac869ed55.pdf>

⁴ ალკოჰოლის საზიანოდ მოხმარების გამოვლენა და ხანმოკლე ინტერვენციები პირველად ჯანდაცვაში, AUDIT ინსტრუმენტის გამოყენებით <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2023/02/03/c4bc72d50188ab6d5d6ca5f3ceb7c14d.pdf>

	PW, 1994		განსაზღვრავს მათ, ვისაც სჭირდება ალკოჰოლის მოხმარების შემდგომი შეფასება ან მკურნალობა; ზომავს მოხმარების ქცევის სიმძიმეს; შეუძლია ხელი შეუწყოს მკურნალობის გეგმებისა და რეკომენდაციების შემუშავებას
RAPI (Rutgers-ის ალკოჰოლის მოხმარების სიმძიმის ინდექსი)	White H and Labouvie E, 1989	18 პუნქტიანი თვითშეფასების კითხვარი	აფასებს მოზარდებში ალკოჰოლის პრობლემურ მოხმარებას და მასთან დაკავშირებულ უარყოფით შედეგებს; გამოიყენება როგორც კლინიკურ, ასევე არაკლინიკურ გარემოში
POSIT (პრობლემებზე ორიენტირებული სკრინინგის ინსტრუმენტი თინეიჯერებისთვის)	Rahdert, 1991	139 პუნქტიანი თვითშეფასების კითხვარი	იზომება 10 კატეგორია, "წითელი ზღვარი" მიუთითებს შემდგომი შეფასების აუცილებლობაზე
CAST (კანაფის მოხმარების სკრინინგ ტესტი)	Legleye et al., 2007	6 პუნქტიანი	ფასდება მოვლენების სიხშირე სიცოცხლის განმავლობაში, ესენია: არარეგულაციული გამოყენება (კანაფის მოწევა მარტო ან დღისით), მეხსიერების დარღვევები, სხვისგან მიღებული რჩევა კანაფის მოხმარების შემცირების ან შეწყვეტის თაობაზე, თავის დანებების წარუმატებელი მცდელობები, და კანაფის მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები.
SASSI-A (ნივთიერებათა ავადმოხმარების ნატიფი სკრინინგ კითხვარი)	წყარო?	100 პუნქტიანი თვითშეფასების კითხვარი	შეუძლია განსაზღვროს ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული დარღვევის მაღალი რისკი; იდენტიფიცირებას ახდენს იმ პირების, რომლებსაც არ სურთ ან არ შეუძლიათ აღიარონ ნარკოტიკების მოხმარება.
GAIN- short screen (ინდივიდუალური საჭიროებების გლობალური შეფასება – ხანმოკლე სკრინინგი)	Dennis, 1998	20 პუნქტიანი თვითშეფასების კითხვარი	განსაზღვრავს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ ფსიქიკურ და ქცევით აშლილობებს და სხვა ფსიქიატრიულ დიაგნოზებს, პაციენტის განთავსების კრიტერიუმებს, ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ფსიქიკურ დისტრესს და გარემოს, სერვისის გამოყენების შედეგებს. მოკლე ვერსია იძლევა სკრინინგის საშუალებას.

ყოვლისმომცველი შეფასება			
ADI (მოზარდის დიაგნოსტიკური ინტერვიუ)	Winters and Henly, 1993	სტრუქტურირებული ინტერვიუ	აფასებს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ ფსიქიკურ და ქცევით აშლილობებთან დაკავშირებულ სიმპტომებს; მოიცავს დიაგნოსტიკას, ნივთიერების გამოყენების ისტორიის და ფსიქოსოციალური ფუნქციონირების შეფასებას.
CDDR (მოზარდებში ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების მაჩვენებელი)	Brown et al., 1998	კითხვარის ელემენტები ცვალებადია	შეფასება უზრუნველყოფს მიმდინარე და ცხოვრების მანძილზე არსებულ 4 კომპონენტს, რომლებიც დაკავშირებულია ალკოჰოლის და სხვა ნარკოტიკების მოხმარებასთან.
ADAD (ნარკოტიკული ნივთიერებების სარისკო მოხმარების დიაგნოზი მოზარდებში)	Friedman and Terras, 1989	150 პუნქტისგან შემდგარი სტრუქტურირებული ინტერვიუ	აფასებს ნივთიერების მოხმარებას და სხვა ცხოვრებისეულ პრობლემებს. ეხმარება მკურნალობის დაგეგმვაში. აფასებს პრობლემის სიმძიმეს და ცვალებადობას დროთა განმავლობაში.
APSI (მოზარდის პრობლემების სიმძიმის ინდექსი)	Metzger et al., 1991	85 პუნქტისგან შემდგარი ინტერვიუ	უზრუნველყოფს სიმძიმის შეფასებას მრავალ კომპონენტზე, გამოიყენება არასრულწლოვანთა პენიტენციურ დაწესებულებებში, სამკურნალო ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებებში ან სკოლებში.
CASI-A (დამოკიდებულების სიმძიმის ყოვლისმომცველი ინდექსი- მოზარდებში)	Meyers et al., 1995	ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუ	12-18 წელი. აფასებს ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებას, ნივთიერებების სარისკო მოხმარებას, დამოკიდებულების სიმპტომებს და მოხმარებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს; ეხმარება რეფერირების და მკურნალობის შესახებ გადაწყვეტილებების მიღებაში; პრობლემის იდენტიფიცირება და მკურნალობის შედეგების მონიტორინგი
PRQ (პრობლემის ამოცნობის კითხვარი)	Cady et al., 1996	25 პუნქტიანი თვითშეფასების კითხვარი	განსაზღვრავს, რამდენად სერიოზულად აღიქვამენ მოზარდები ალკოჰოლის/ნარკოტიკების მოხმარებას, რამდენად აქვთ ცვლილებების სურვილი და მკურნალობისადმი მზადყოფნა

GAIN (ინდივიდუალური საჭიროებების გლობალური შეფასება)	Dennis et al., 1998	16 პუნქტიანი თვითშეფასების კითხვარი/სტრუქტურირებული ინტერვიუ	განსაზღვრავს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ ფსიქიკურ და ქცევით აშლილობებს და სხვა ფსიქიატრიულ დიაგნოზებს, ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ფსიქიკურ დისტრესს და გარემოს, სერვისის გამოყენების შედეგებს. მოკლე ვერსია იძლევა სკრინინგის საშუალებას.
DUSI-A (ნარკოტიკების მოხმარების სკრინინგ კითხვარი -მოზარდებში)	TarTer and Hegedus, 1991	159-პუნქტიანი შეფასება 10 ასპექტში, თვითადმინისტრირებადი	პასუხები იძლევა კრიტიკული შედეგის ცვლადების შეფასების შესაძლებლობას; აფასებს პოლიმოხმარებას; რაოდენობრივად განსაზღვრავს ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული შედეგების სიმძიმეს
TASI – (მოზარდის დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი)	Kaminer et al., 1993	154 პუნქტიანი ნახევრად-სტრუქტურირებული ინტერვიუ	უზრუნველყოფს სიმძიმის შეფასებას ფუნქციონირების სხვადასხვა დონეზე; გამოიყენება ნარკოტიკების მოხმარების, ფსიქიატრიული და თანმხლები დარღვევების მქონე პაციენტებში.
PEI – (პირადი გამოცდილების საზომი ინსტრუმენტი)	Winders et al., 1989	276 პუნქტიანი თვითშეფასების კითხვარი 12-18 წლები	გამოიყენება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების სიხშირის და სიმძიმის შესაფასებლად, ასევე პერსონალური და გარემო რისკ-ფაქტორების გამოსავლენად და არსებული პრობლემების სკრინინგისთვის.
AUDIT (Alcohol use disorder identification test) - ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების გამოსავლენი სკრინინგის ტესტი; PEI (Personal experience inventory) – პირადი გამოცდილების საზომი ინსტრუმენტი; TASI (Teen-addiction severity index) – მოზარდის დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი; DUSI-A (Drug use screening inventory-adolescents) - ნარკოტიკების მოხმარების სკრინინგ კითხვარი - მოზარდებში; GAIN (Global appraisal of individual needs)- ინდივიდუალური საჭიროებების გლობალური შეფასება; PRQ (Problem recognition questionnaire) -პრობლემის ამოცნობის კითხვარი; CASI-A (Comprehensive adolescent severity index for adolescents) - დამოკიდებულების სიმძიმის ყოვლისმომცველი ინდექსი- მოზარდებში; APSI (Adolescent problem severity index) - მოზარდის პრობლემების სიმძიმის ინდექსი; ADAD (Adolescent drug abuse diagnosis) - ნარკოტიკული ნივთიერებების სარისკო მოხმარების დიაგნოზი მოზარდებში; PESQ (Personal experience screening questionnaire) - პირადი გამოცდილების შეფასების სკრინინგ-ტესტი; ADI (მოზარდთა მიერ ალკოჰოლის მოხმარების ინდექსი); RAPI (Rutgers-ის ალკოჰოლის მოხმარების სიმძიმის ინდექსი); ADI (Adolescent diagnostic interview) - მოზარდის დიაგნოსტიკური ინტერვიუ; POSIT (Problem-oriented screening instrument for teenagers) - პრობლემებზე ორიენტირებული სკრინინგის ინსტრუმენტი თინეიჯერებისთვის; CDDR (Customary drinking and drug use records) - მოზარდებში ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების მაჩვენებელი; SASSI-A (Substance abuse subtle screening inventory adolescent version) - ნივთიერებათა ავადმოხმარების ნატიფი სკრინინგ კითხვარი; CAST (Cannabis Abuse Screening Test) - კანაფის მოხმარების სკრინინგ ტესტი.			

მკურნალობისა და რეაბილიტაციის გეგმა

მკურნალობისა და რეაბილიტაციის გეგმა არის მკურნალობის ერთგვარი რუკა ალდგენა/გამოჯანმრთელების მხარდაჭერის სერვისების მისაწოდებლად. მკურნალობისა და რეაბილიტაციის გეგმა ეფუძნება ბენეფიციარის ძლიერ მხარეებს, მის ინდივიდუალურ და მოზარდის ოჯახის და სხვა მოქმედი გარემოებების სათანადო შეფასებებს (მაგ. არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულება, სკოლა). მკურნალობისა და რეაბილიტაციის გეგმა მუდმივად ფასდება და იცვლება მოზარდის საჭიროებებიდან გამომდინარე. მკურნალობის გეგმა უნდა მოიცავდეს შემდეგ კომპონენტებს და პრიორიტეტებს [23]:

- მკურნალობისა და რეაბილიტაციის გეგმა უნდა შემუშავდეს მოზარდთან და მის ოჯახთან ან აღმზრდელთან თანამშრომლობით, მოზარდის ძლიერი მხარეების და საჭიროებების მიხედვით;
- გეგმა უნდა ასახავდეს მოზარდის განვითარების სტადიას; გენდერულ იდენტობას; კულტურას; სექსუალობას; ქრონოლოგიურ, ემოციურ და ფსიქოლოგიურ ასაკს.
- მკურნალობისა და ალდგენა/გამოჯანმრთელების დაგეგმვის პროცესის დროს მოზარდმა და მისმა ოჯახმა უნდა განსაზღვრონ გამოჯანმრთელების მიზნები (სასურველი შედეგები), რომლებიც უნდა ასახავდეს იმას, თუ როგორ განსაზღვრავენ ისინი პროგრესს და საჭიროებებს (მაგალითად, მოზარდის ურთიერთობების გაუმჯობესება, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისა და სარისკო მოხმარების შემცირება, სკოლის შენარჩუნება ან ოჯახური ურთიერთობების გაუმჯობესება).
- მოზარდის ინდივიდუალური მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების გეგმა უნდა შეფასდეს და გადაიხედოს მოზარდისა და სერვისის მიმწოდებლის მიერ დაგეგმილი დროის ინტერვალში და დამატებით მოზარდის ან ოჯახის მოთხოვნის შესაბამისად. გეგმა ღია უნდა იყოს ცვლილებებისთვის, როგორც სერვისის მომწოდებლის, ასევე მოზარდის თხოვნის გათვალისწინებით, პაციენტის საჭიროებებიდან გამომდინარე, ან იმ შემთხვევაში, თუ სასურველი შედეგები ვერ მიიღწევა.
- მკურნალობისა და ალდგენა/გამოჯანმრთელების გეგმები უნდა მოიცავდეს ოჯახის მიზნებს ან პროგრამამ უნდა შეიმუშაოს ოჯახის მომსახურება, რომელიც უზრუნველყოფს მკურნალობის პერიოდში ოჯახის მუდმივ მხარდაჭერას.
- ოჯახის წევრები უნდა იყვნენ ჩართულები ან/და ინფორმირებულები მკურნალობის გეგმის ცვლილებების შესახებ, მათ შორის ინტერვენციებისა და მკურნალობის გაგრძელების შესახებ.
- გეგმაში მითითებული სტრატეგიები და სერვისები უნდა მოიცავდეს იმ პირთა იდენტიფიკაციას, რომლებიც ჩართულნი არიან მკურნალობის პროცესში, მოსალოდნელი ამოცანების და მიზნების მიღწევის გრაფიკის და გეგმის ხელახალი გადახედვის საორიენტაციო ინტერვალებს.
- მკურნალობის გეგმა უნდა მოიცავდეს მხარდაჭერის სერვისებს, ასახავდეს მოზარდის მიერ განსაზღვრულ მიზნებს და მისი ცხოვრების ხარისხის

გაუმჯობესების სტრატეგიებს. მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების პროცესის განმავლობაში რეგულარულად უნდა განიხილებოდეს გეგმაში შესატანი ცვლილებები (საჭიროების შემთხვევაში).

ზრუნვის დონეები

ზრუნვის სათანადო დონემ, რომელიც განისაზღვრება ბენეფიციარის შეფასების დროს, უნდა განაპირობოს მკურნალობის მომსახურების ტიპი და მომსახურების მიწოდების სიხშირე. ზრუნვის დონეები შეიძლება მოიცავდეს ამბულატორიულ, ინტენსიურ ამბულატორიულ, ნაწილობრივ ჰოსპიტალიზაციას, სტაციონარულ მკურნალობას და გამოჯანმრთელების მხარდაჭერის სერვისებს. არსებობს არაერთგვაროვანი მტკიცებულებები იმის შესახებ, თუ რომელი ზრუნვის მოდელი მუშაობს უკეთესად მოზარდებში, რომლებსაც აქვთ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები [23].

ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მკურნალობა სხვადასხვა გარემოში და დაავადების ყველა დონეზე სხვადასხვაგვარია. ვინაიდან არ არსებობს მკურნალობის ერთი უნივერსალური გეგმა, რომელიც შესაფერისი იქნება ყველა მოზარდისთვის და მდგომარეობისთვის, მკურნალობა მორგებული უნდა იყოს კონკრეტულ მოზარდზე ინდივიდუალურად. დამოკიდებულების მედიცინის ამერიკის საზოგადოების (ASAM⁵) ექსპერტების შეთანხმების საფუძველზე, შემუშავდა გაიდლაინები ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებელი მოზარდებისთვის მკურნალობის ინტენსივობის და ხანგრძლივობის დასადგენად, რომელიც ეყრდნობა მათ შეფასებას და ეს გაიდლაინი მოიცავს 6 სფეროს [24]:

1. ინტოქსიკაციის დონე და აღკვეთის სინდრომი;
2. სხვა სამედიცინო დარღვევების არსებობა;
3. სხვა ემოციური, ქცევითი ან კოგნიტური დარღვევების არსებობა;
4. მზადყოფნა მკურნალობისთვის ან მოტივაცია ცვლილებებისთვის;
5. რეციდივის ან მოხმარების გაგრძელების რისკი;
6. გარემო, სადაც იმყოფება (მაგ. ოჯახი, თანატოლები, სკოლა, მართლმსაჯულების სისტემა).

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დროს, ისევე როგორც ნებისმიერი სხვა სამედიცინო მდგომარეობის დროს, იმისთვის, რომ მკურნალობა იყოს ეფექტური, აუცილებელია, ის იყოს საკმარისი ხანგრძლივობის და ინტენსიური; ვინაიდან არასაკმარისი ან რეკომენდებულზე ნაკლები ხანგრძლივობით მკურნალობა გაზრდის რეციდივის რისკს და შეიძლება გამოიწვიოს

⁵ <https://www.asam.org/>

პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების მხრიდან იმედის დაკარგვა, ასევე მკურნალობის არაეფექტურად მიჩნევა.

ამბულატორიული/ინტენსიური ამბულატორიული

მოზარდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მკურნალობა ყველაზე ხშირია ამბულატორიულ გარემოში. მკურნალობა საკმაოდ ეფექტურია, როდესაც ტარდება კარგად მომზადებული კლინიცისტების მიერ. ამბულატორიული მკურნალობა ძირითადად რეკომენდებულია მოზარდებისთვის, რომლებსაც აქვთ ნაკლები სიმძიმის დამოკიდებულება, ნაკლები დამატებითი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები და ხელშემწყობი საცხოვრებელი გარემო. თუმცა მტკიცებულებები მიუთითებს, რომ უფრო მძიმე შემთხვევებშიც შეიძლება ამბულატორიული მკურნალობა ეფექტური იყოს. ამბულატორიული მკურნალობა განსხვავდება შეთავაზებული მომსახურების ტიპისა და ინტენსივობის მიხედვით და შეიძლება პაციენტს მიეწოდოს ინდივიდუალურად ან ჯგუფურ ფორმატში (თუმცა კვლევები მიუთითებს, რომ ჯგუფურ თერაპიას შეიძლება ჰქონდეს გარკვეული რისკები). დაბალი ან საშუალო ინტენსივობის ამბულატორიული მკურნალობა, ჩვეულებრივ, ტარდება კვირაში ერთხელ ან ორჯერ. ინტენსიური ამბულატორიული მომსახურება უფრო ხშირად მიეწოდება პაციენტს, როგორც წესი მინიმუმ კვირაში ორჯერ და დღეში მინიმუმ 3 საათის განმავლობაში. ამბულატორიული პროგრამები შეიძლება მოიცავდეს ნარკოტიკების სარისკო მოხმარების პრევენციის პროგრამას (ფოკუსირებულია ნარკოტიკების შემდგომი მოხმარების თავიდან აცილებაზე) ან სხვა ქცევით და ოჯახურ ინტერვენციებს.

ნაწილობრივი ჰოსპიტალიზაცია

მოზარდებმა, რომლებსაც აქვთ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების უფრო მძიმე დარღვევები, მაგრამ რომელთა უსაფრთხოდ მართვა ჯერ კიდევ შესაძლებელია საცხოვრებელი სახლის პირობებში, შეიძლება მიმართონ ზრუნვის უფრო მაღალ დონეს, რომელსაც ეწოდება ნაწილობრივი ჰოსპიტალიზაცია ან „დღის სტაციონარი.“ ეს გარემო მოზარდებს შესაძლებლობას აძლევს, მკურნალობაში ჩაერთონ დღეში 4-6 საათი და კვირაში მინიმუმ 5 დღის განმავლობაში [25].

რეზიდენტული/სტაციონარული მკურნალობა

რეზიდენტული მკურნალობა არის ზრუნვის მაღალი დონე და განკუთვნილია მოზარდებისთვის, რომელთა დამოკიდებულება სიმძიმით გამოირჩევა და რომელთა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, სამედიცინო საჭიროებები და ქცევები საჭიროებენ 24-საათიან, სტრუქტურირებულ გარემოს. ამ მოზარდებს შეიძლება ჰქონდეთ რთული ფსიქიკური, სამედიცინო ან ოჯახური პრობლემები, რომლებიც ხელს უშლის მათ შესაძლებლობას, თავიდან აირიდონ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება. ერთ-ერთი ცნობილი გრძელვადიანი სტაციონარული მკურნალობის მოდელია თერაპიული საზოგადოება/კომუნა. თერაპიული საზოგადოების მკურნალობის ტექნიკები ეყრდნობა რესოციალიზაციის პრინციპებს და საზოგადოების ყველა წევრს, მათ შორის თერაპიულ

კომუნას და პერსონალს, მკურნალობის აქტიურ მონაწილეებად აქცევს. მკურნალობა ფოკუსირებულია პირადი და სოციალური პასუხისმგებლობის ჩამოყალიბებაზე და გამკლავების ახალი უნარების განვითარებაზე. ასეთი პროგრამები მოიცავს ოჯახურ მომსახურებასაც და შეიძლება მოითხოვოს ოჯახის მონაწილეობა, თუ თერაპიული საზოგადოება ახლოს არის პაციენტის საცხოვრებელ ადგილთან [26].

მკურნალობის/ზრუნვის დონეების უფრო დეტალური აღწერა შეგიძლიათ იხილოთ სახელმძღვანელოს დანართი #1-ში.

ზრუნვის ძირითადი პრინციპები

განვითარებისთვის შესაფერისი ზრუნვა [23]

მოზარდები ფიზიკური, კოგნიტური, ემოციური და სოციალური თვალსაზრისით განსხვავდებიან მოზრდილებისგან. მოზარდობა არის სწრაფი განვითარების, ცვლილებების პერიოდი, რომელიც მოიცავს ძირითად ბიოლოგიურ, ქცევით და კოგნიტურ გარდატეხას. მოზარდები ოჯახის იდენტობიდან გადადიან თანატოლების იდენტობაზე, რათა განსაზღვრონ თუ ვინ არიან ისინი, როგორც ცალკეული ინდივიდები. არსებობს მტკიცებულება, რომ როგორც ფსიქოთერაპიული, ისე ქცევითი ინტერვენციები, რომლებიც სწავლობენ მოზარდების კოგნიტურ პროცესებს და დასწავლილ ქცევებს, გავლენას ახდენენ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების ნეირობიოლოგიაზე მოზარდობის ასაკში და, შესაბამისად, მკურნალობის მიდგომები უნდა იყოს ინდივიდუალური, მოზარდის განვითარების თავისებურებების შესაბამისი.

- ა) სერვისის მიმწოდებელს უნდა ესმოდეს მოზარდთა განვითარების ეტაპები, ზრდის პროცესი, ქცევა, ღირებულებები/შეხედულებები და კულტურული განსხვავებები;
- ბ) ზრუნვის ყველა დონეზე მოზარდებისთვის პროგრამული მომსახურება უნდა შემუშავდეს და განხორციელდეს ისეთი ფორმით, რომელიც განვითარების თვალსაზრისით მათთვის შესაფერისია (მაგალითად, ასაკის, მომწიფების, კოგნიტური უნარების, გადაწყვეტილების მიღების უნარებისა და სპეციალური საჭიროებების გათვალისწინებით);
- გ) პროგრამებმა უნდა გამოიყენონ ეფექტური სტრატეგიები მოზარდების ჩართვისთვის, მათი ყურადღების მისაქცევად. ეს სტრატეგიები განსხვავდება ზრდასრულთა პროგრამებისგან;
- დ) სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა მიაწოდონ მომსახურება, რომელიც შეესაბამება მოზარდის განვითარების ეტაპს, კოგნიტურ უნარს, შესაბამის გარემოს და სოციოკულტურულ ფაქტორებს;
- ე) ყველა სკრინინგ-ტესტი უნდა შეესაბამებოდეს მოზარდის განვითარების ეტაპს, უნდა იძლეოდეს ინფორმაციას მოზარდის ტრავმებზე, გენდერულ იდენტობაზე, სექსუალობასა და კულტურულ საკითხებზე.
- ვ) მოზარდისთვის მიწოდებული სერვისები, მასალები და რესურსები ხელმისაწვდომი უნდა იყოს იმ თვალსაზრისით, რომ ისინი განვითარების მხრივ შესაფერისი და მოზარდზე მორგებული იქნება.

მოტივაცია ახალგაზრდების მკურნალობაში ჩართულობისთვის მნიშვნელოვანი ფაქტორია. კვლევებმა აჩვენა, რომ ახალგაზრდები უფროსებთან შედარებით ნაკლებად მოტივირებულები არიან, მიმართონ მკურნალობას ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული ნაკლები უარყოფითი შედეგების გამო. სერვისის მიმწოდებლებმა მკურნალობის პერიოდში უნდა გამოიყენონ მოტივაციური ტექნიკები, როგორც არის:

- ლიდერული თვისებების გამოვლენა;
- აღიარებისა და პატივისცემის მოპოვება;
- ჯილდოს გადაცემა, როგორც არის უბრალო საჩუქრები, ფილმის ვაუჩერები;
- პრივილეგიები.

პროვაიდერები უნდა დაეხმარონ ახალგაზრდებს, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შემცირების გარდა, მიაღწიონ მათ მიერ დასახულ მიზნებს (მაგ. სკოლის დროულად დასრულება, გუნდში გაწევრიანება), რათა ხელი შეუწყონ მკურნალობის ეფექტურობას და გაზარდონ მკურნალობაზე დამყოლობის ხარისხი [22, 27].

კულტურული და გენდერული თავისებურებები

კულტურულ თავისებურებებზე აგებული მკურნალობა ეფუძნება მხარდაჭერას, წახალისებას, პერსპექტივების გაძლიერებას და მოზარდისა და მისი ოჯახისთვის იმის განცდას, რომ ზრუნვა და მკურნალობა შეესაბამება მათ კულტურას და ენას. ეს პრინციპები მოითხოვს, რომ სერვისის მიმწოდებლებმა იცოდნენ, თუ რა როლი აქვს კულტურას ახალგაზრდების ცხოვრებაში. პროგრამები, რომლებიც კულტურულად მგრძნობიარეა, ზრდის ახალგაზრდების მკურნალობაში ჩართვას, დაყოვნებას და იწვევს პოზიტიურ შედეგებს. სერვისის მიმწოდებლებმა სკრინინგის, შეფასების და მკურნალობის დაგეგმვის ეტაპებზე უნდა იმოქმედონ ასაკობრივი და კულტურული თავისებურებების გათვალისწინებით. საჭიროა, შეფასდეს პერსონალის დამოკიდებულება და პროგრამის არაფორმალური პროცედურები და დაწესდეს ფორმალური პოლიტიკა სხვადასხვა სექსუალური ორიენტაციისადმი ღიაობის გასაძლიერებლად. ეს მოიცავს სექსუალობის, სექსუალური იდენტობისა და გენდერული იდენტობის საკითხებს. აუცილებელია, შეიქმნას „უსაფრთხო“ გარემო სენსიტიურ საკითხებზე სასაუბროდ. ეს უნდა მოიცავდეს გენდერულად შესაბამისი პერსონალის არსებობას და გენდერულად სპეციფიკურ სერვისებსა და თერაპიებს, მათ შორის ჯგუფში ერთნაირი სქესის მქონე პირების გაერთიანებას, არააგრესიულ/არაკონფრონტაციულ თერაპიებს, რაც გააძლიერებს ჯგუფის ერთიანობას [23].

კულტურულად მგრძნობიარე მკურნალობა მოიცავს (მაგრამ არ შემოიფარგლება)

- ინფორმირებულობას შემდეგ საკითხებზე:
 - რასა/ეთნიკური წარმომავლობა;
 - კულტურა/თემი;
 - გენდერული იდენტობა;
 - ენა;
 - სექსუალური ორიენტაცია;
 - რელიგია;

- გეოგრაფიული მდებარეობა;
- სოციალური კლასი.

პროგრამა უნდა ითვალისწინებდეს იმ გამოწვევებს, რომელთა წინაშეც დგას ლგბტ2ქ+ (LGBT2Q+) თემი.

- ლესბოსელი, გეი, ბისექსუალი, ტრანსგენდერი, ორი სულის, ქვიარი და სექსუალურად განსხვავებული ინდივიდები (ლგბტ2ქ+) ახალგაზრდები ხშირად აწყდებიან ისეთ სოციალურ, დისკრიმინაციულ შევიწროებას ან ძალადობრივ ქცევებს, რომლებსაც ჰეტეროსექსუალი და/ან სისგენდერი პირები არ აწყდებიან;
- ამ პოპულაციაში უფრო დიდია ალბათობა, რომ განვითარდეს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების უფრო მძიმე დარღვევები, ვიდრე არა-ლგბტ2ქ+ პირებში. ამრიგად, სერვისის მიმწოდებელმა უნდა იცოდეს დამატებითი რისკ-ფაქტორები, რომელთა წინაშეც დგას ლგბტ2ქ+ თემი და გაეცნოს ამ პოპულაციაში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მკურნალობასთან დაკავშირებულ საუკეთესო პრაქტიკებს.

ლგბტ2ქ+ ადამიანები აწყდებიან ისეთ ცხოვრებისეულ გამოწვევებს, რამაც შესაძლოა თავი იჩინოს მკურნალობის პერიოდში. ლგბტ2ქ+ ადამიანებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება არათანაბრადაა გავრცელებული [28] და მკურნალობას იწყებენ უკვე მძიმედ განვითარებული დამოკიდებულების დროს [29]. ესეთი არაპროპორციული მაჩვენებელი აიხსნება უმცირესობათა ჯგუფში ყოფნის სტრესით, სოციალურ წინასწარგანწყობებთან გამკლავებით, დისკრიმინაციით, თვითსტიგმით და ჯანდაცვის სისტემაში კულტურული კომპეტენციის ნაკლებობით. ლგბტ2ქ+ ახალგაზრდებთან მუშაობის სტრატეგიები მოიცავს აქტიურ კომუნიკაციას, იმის შესახებ, რომ მომსახურება ხელმისაწვდომია ლგბტ2ქ+ თემისთვის და რომ სამუშაო ენა მიწოდებულ დოკუმენტებსა და კლინიკურ მასალებში ინკლუზიურია [29]. მიუხედავად იმისა, რომ ლგბტ2ქ+ პირებისთვის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მკურნალობა მსგავსია და არ განსხვავდება სხვა პოპულაციებში მკურნალობისაგან, გასათვალისწინებელია დამატებითი ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა პაციენტის გრძნობები მათი სექსუალური და გენდერული იდენტობის შესახებ, სტიგმისა და დისკრიმინაციის გავლენა მათ ცხოვრებაზე. შესაძლოა, ლგბტ2ქ+ პირებს განცდილი ჰქონდეთ დისკრიმინაცია ჯანდაცვის სისტემაში და, შესაბამისად, საჭიროებდნენ დამატებით სენსიტიზაციას ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლისგან ნდობის გასამყარებლად [30, 31].

მკურნალობის/პროგრამის პოლიტიკა უნდა უზრუნველყოფდეს ახალგაზრდების ემოციურ და ფიზიკურ უსაფრთხოებას.

- სერვისის მიმწოდებლებმა არ უნდა ივარაუდონ თავად მოზარდის ეთნიკური წარმომავლობა, რასა, სქესი, სექსუალური ორიენტაცია, კულტურა, რომელიც შეიძლება ეფუძნებოდეს პაციენტის გარეგნობას, აქცენტს, მოზარდის ქცევას ან ენას. ამის ნაცვლად, მათ პაციენტთან ერთად უნდა შეისწავლონ მისი იდენტობა, რომელიც შეიძლება საკმაოდ მრავალფეროვანი აღმოჩნდეს.

- პერსონალი უნდა იყოს გადამზადებული იმ მეთოდების შესახებ, რომლებიც უზრუნველყოფს მოზარდის ემოციურ და ფიზიკურ უსაფრთხოებას. ეს მოიცავს განსხვავებების პატივისცემას და სხვა ახალგაზრდების ან პერსონალის მხრიდან ბულინგის და საზღვრების დარღვევის თავიდან აცილებას (ან/და მოცემული შედეგების გაუმჯობესებას).
- სერვისის მიმწოდებლებმა აქტიურად უნდა იმუშაონ მკურნალობის ისეთი გარემოს შესაქმნელად და შესანარჩუნებლად, რომელიც უზრუნველყოფს მრავალფეროვანი და განსხვავებული კულტურის მიღებასა და პატივისცემას [22].

თანმხლები ფსიქიკური დარღვევები

კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური კვლევები აჩვენებს მნიშვნელოვან კომორბიდობას ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ ფსიქიკურ და ქცევით აშლილობებსა და სხვა ფსიქიკურ დარღვევებს შორის [32]. თანხმლები დაავადებები მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მკურნალობის დაგეგმვაში. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების პრობლემის მქონე პირებს შორის ფსიქიატრიული თანმხლები დაავადებები ბევრად უფრო ხშირია ბავშვებსა და მოზარდებში (76%), ვიდრე ზრდასრულებში (>18 წელზე მეტი: 23.4%) [33]. ბიჭებში კომორბიდული დაავადებებია ქცევის დარღვევები ან ქცევის და ემოციის კომბინირებული დარღვევები, ყურადღების დეფიციტის აშლილობა ჰიპერაქტიურობით და მის გარეშე და პიროვნული აშლილობები (ანტისოციალური და ნარცისული პიროვნული დარღვევები). გოგონებს შორის ყველაზე გავრცელებული თანმხლები დაავადებებია დეპრესია, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, ემოციური განვითარების დარღვევები და პიროვნების მოსაზღვრე აშლილობა [6, 34].

ინტეგრირებული ზრუნვა

ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელი არის ყოვლისმომცველი მიდგომა, რომელიც ეხება როგორც ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მკურნალობას, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანმხლებ დარღვევებს. მკურნალობა ასევე მოიცავს მოზარდთა ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევებისა და პირველადი ჯანდაცვის სერვისების ინტეგრაციას. ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მკურნალობისა და პირველადი ჯანდაცვის სისტემებს შორის სერვისების კოორდინირება უნდა შეესაბამებოდეს დაავადების სიმძიმის დონეს. სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა დაიცვან ერთი გუნდის კონცეფცია, ერთი გეგმით, ერთი ადამიანისთვის. იდეალურ შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს ინტეგრირებული ზრუნვის მოდელი, რომელიც მოიცავს მოზარდის ოჯახს და ყველა იმ გარემოს, რომელშიც მოზარდს უწევს ყოფნა (მაგ., პირველადი ჯანდაცვა, სკოლა, ბავშვზე ზრუნვის სერვისები, არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულება). ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების პრობლემის მქონე მოზარდებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის თანმხლები აშლილობების მკურნალობა უაღრესად მნიშვნელოვანია პაციენტის წარმატებული და გრძელვადიანი შედეგების მისაღწევად. მომსახურების მიმწოდებელი დაწესებულებები უნდა მოიცავდნენ ყველა იმ სერვისს, რომელსაც შეუძლია პაციენტის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევის

სიმძიმის სრული დიაპაზონის მართვა. მკურნალობა და ინტერვენცია, რომელიც მიეწოდება მოზარდს აუცილებელია მორგებული იყოს ცალკეული პიროვნებისა და მისი ოჯახის ძლიერ მხარეებზე, ვინაიდან მკურნალობის ერთი მიდგომა ვერ იქნება ყველა მოზარდის კომპლექსური საჭიროებების შესაბამისი. მნიშვნელოვანია, მოხდეს მკურნალობის შედეგების მიდევნება დროთა განმავლობაში და საჭიროებისამებრ შეიცვალოს მკურნალობის გეგმა, რათა მორგებული იყოს მოზარდის ცვალებად საჭიროებებსა და რესურსებზე [23].

თანმხლები ფსიქიკური დარღვევების უზულვებელყოფა ზრდის მკურნალობის წარუმატებლობის ალბათობას და ქცევის დარღვევებს [35]. პირველი ნაბიჯი ინტეგრირებული მკურნალობის უზრუნველსაყოფად არის თანმხლები ფსიქიკური დარღვევების სკრინინგი. ფსიქიკური დარღვევების სკრინინგი სულ მცირე უნდა მოიცავდეს შემდეგ სფეროებს: სუიციდური აზრები, დეპრესია, ტრავმები და შფოთა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის უმეტესი სკრინინგ ინსტრუმენტი მოიცავს ამ საკითხებს. თუ სკრინინგში არ არის ნახსენები კითხვები სუიციდის შესახებ, აუცილებელია ამ მიმართულებით ცალკე სკრინინგ-ტესტის გამოყენება.

გავრცელებული თანმხლები ფსიქიკური დაავადებებია:

- ქცევითი დარღვევები;
- მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა;
- ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტიურობის სინდრომი;
- დეპრესია;
- შფოთვითი აშლილობა;
- პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა;
- ბიპოლარული აშლილობა;
- კვებითი აშლილობა.

გამოიყენეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტანდარტიზებული ინსტრუმენტები, რათა გამოავლინოთ და შეაფასოთ გავრცელებული თანმხლები ფსიქიკური დარღვევები. სტანდარტიზებული ინსტრუმენტები, რომლებიც აფასებენ როგორც ფსიქიკურ დარღვევებს, ასევე ნივთიერებათა მოხმარების დარღვევებს, ყველაზე მეტად უზრუნველყოფენ სრულ დიაგნოსტიკურ სურათს.

პერსონალი, რომელიც ატარებს სკრინინგს, უნდა იყოს კომპეტენტური.

- იმ შემთხვევაში, თუ შეფასების დროს გამოვლინდება პოზიტიური მაჩვენებლები თანხმლები ფსიქიკური დარღვევების შესახებ, პროვაიდერებმა უნდა უზრუნველყონ ბენეფიციარის მიმართვა სრულ კლინიკურ შეფასებაზე;
- უნდა არსებობდეს პროცედურები, რომლებიც უზრუნველყოფს ახალგაზრდების სწრაფ მიმართვიანობას კლინიკური შეფასებისა და მკურნალობის გასაგრძელებლად;
- უნდა მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ტრავმული გამოცდილებების შეფასება;

- სერვისის მიმწოდებლებმა, რომლებსაც არ შეუძლიათ მკურნალობის ადგილზე უზრუნველყოფა, უნდა გააფორმონ თანამშრომლობის მემორანდუმი ახლომდებარე, კვალიფიციურ კლინიკებთან, რათა ხელი შეუწყონ მკურნალობის უწყვეტობას (იხ. დანართი 1).
- რეფერირების დროს არ უნდა იყოს საჭირო ალკოჰოლისა და/ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისგან თავის შეკავება [36].
- სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა ჩაატარონ ფსიქიკური დარღვევების მუდმივი შეფასება მკურნალობის პერიოდში [22].

აღმოჩნდა, რომ, გლობალურად, მოზარდების უმრავლესობას (63-64%), რომლებსაც აღენიშნებათ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები ან მკურნალობენ ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების გამო, აქვს თანმხლები ფსიქიკური დაავადებები სხვადასხვა სიმძიმით, მათ შორის ყველაზე გავრცელებულია ქცევის დარღვევა (59%), დეპრესია (15%) და ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი (13%). მოზარდებში თანმხლები ფსიქიკური დაავადებები დაკავშირებულია რეციდივის უფრო მაღალ მაჩვენებელთან და რეციდივის უფრო სწრაფ განვითარებასთან, ვიდრე მოზარდებში, რომლებსაც არ აქვთ თანმხლები ფსიქიკური დარღვევები.

თუ მოზარდს ესაჭიროება ფსიქიატრიული მედიკამენტები, სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, პრეპარატის დანიშვნამდე შემოწმდეს მედიკამენტების ფარმაცოდინამიკური ურთიერთქმედება. მაგალითად, ბუპრენორფინ-ნალოქსონის პოტენციური უკუჩვენებებია ბენზოდიაზეპინები, ოპიოიდური ანალგეზიური საშუალებები და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტები. მეთადონის პოტენციური უკუჩვენებებია მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები (MAOIs), სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები (სუმს), ანტიფსიქოზურები, ქვეტიაპინის ფუმარატი, ბენზოდიაზეპინები და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტები. სუმს-ით ფარმაცოლოგიური მკურნალობისას შესაძლოა, გაიზარდოს მეთადონის კონცენტრაცია სისხლში [37, 38] და, ამასთანავე, დაქვეითდეს მეთადონისა და ბუპრენორფინის მეტაბოლიტების შემცველობა ორგანიზმში, როდესაც ინიშნება გარკვეული ტიპის სუმს-თან ერთად (როგორც ნაჩვენებია *in vitro* კვლევებში). ამიტომ, ახალგაზრდებში სასარგებლო იქნება, უპირველესად მოხდეს ოპიოიდების მოხმარებით გამოწვეული ქცევითი და ფსიქიკური აშლილობების მკურნალობა ფსიქიატრიული მედიკამენტების, მათ შორის სუმს-ის დანიშვნის გარეშე, მითუმეტეს, თუკი არ არსებობს პრემორბიდული ფსიქიატრიული დაავადების მკაფიო მტკიცებულება.[31]

სპეციფიკური საკითხები ფსიქოზის მქონე მოზარდებში

ფსიქოზისა და ნარკოტიკების მოხმარების თანაარსებობის დროს, ადამიანები უფრო ხშირად არ იცავენ დანიშნული მედიკამენტების მიღების რეჟიმს, არასაკმარისად ერთვებიან სამკურნალო პროგრამებში, აქვთ სუიციდის და ძალადობის მომატებული რისკები, ესაჭიროებათ უფრო ხანგრძლივი სტაციონარული მკურნალობა, კონფლიქტში იმყოფებიან მართლმსაჯულების სისტემასთან, რაც, საერთო ჯამში, აუარესებს

მკურნალობის შედეგს. ფსიქოზის ახალგაზრდა ასაკში განვითარება ასევე მკურნალობის ცუდი გამოსავლის მაჩვენებელია, ამიტომ ადამიანებს, რომლებსაც აქვთ ფსიქოზი და მოხმარენ ნარკოტიკულ საშუალებებს, აქვთ მკურნალობის განსაკუთრებულად ცუდი გამოსავალი [39].

ზრუნვა ტრავმის გათვალისწინებით

ტრავმა ასრულებს ცენტრალურ როლს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები განვითარებაში. როდესაც მოზარდი განიცდის ტრავმას, განსაკუთრებით თუ ეს ტრავმა განმეორებადია, ეს მნიშვნელოვნად ზრდის ალბათობას, რომ მას შეიძლება განუვითარდეს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობები. ამავდროულად, ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული დარღვევების მქონე მოზარდები ასევე უფრო მეტად განიცდიან ტრავმას, ვიდრე სხვა მოზარდები. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ჩატარებული ეროვნული კვლევები აჩვენებს, რომ ყოველი მეოთხე ახალგაზრდას 16 წლის ასაკამდე განუცდია მინიმუმ ერთი პოტენციური ტრავმული მოვლენა და 17 წლის ასაკის 13%-ზე მეტი მოზარდი აკმაყოფილებს პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმებს. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მკურნალობაში მყოფი ახალგაზრდების გამოკითხვებში, 70%-მდე მოზარდი აცხადებს, რომ მათ ტრავმული ისტორია აქვთ [40]. ახალგაზრდები, რომლებსაც აქვთ პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა ან/და ტრავმული ისტორია, ხშირად იყენებენ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს, რათა შეამცირონ სტრესის ეფექტები, რაც, თავის მხრივ, ზრდის მათი დამატებითი ტრავმატიზაციის განვითარების რისკს, რის გამოც სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია ზრუნვა ტრავმის გათვალისწინებით. ტრავმული სიმპტომების უგულვებელყოფამ შეიძლება გამოიწვიოს მკურნალობის პერიოდში არასაკმარისი ჩართულობა, ნაადრევი შეწყვეტა, ნივთიერებების მოხმარების განახლების მომატებული რისკი და გაუარესებული ქცევითი შედეგები. ტრავმული პრობლემების სკრინინგი მკურნალობის პერიოდში მნიშვნელოვანია ახალგაზრდების ეფექტური მკურნალობის უზრუნველსაყოფად [22].

ძალადობას, ვიქტიმიზაციას, ტრავმასა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებას შორის კომპლექსური კავშირის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია იმის გაცნობიერება, თუ რა როლს თამაშობს ტრავმა მოზარდებისა და მათი ოჯახების ცხოვრებაში. ასევე მნიშვნელოვანია იმის აღიარება, რომ გენდერული იდენტობა მნიშვნელოვან როლს ასრულებს იმაში, თუ როგორ რეაგირებს მოზარდი ტრავმაზე. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სამკურნალო სერვისებში ტრავმაზე ფოკუსირებული მიდგომა ეხმარებათ მოზარდებს ტრავმისა და ვიქტიმიზაციის დაძლევაში. ზრუნვა ტრავმის გათვალისწინებით შეიძლება შეფასდეს როგორც "მკურნალობის ორგანიზებული მიდგომა, რომელიც აერთიანებს ტრავმის გავლენისა და შედეგების გაგებას ყველა კლინიკურ ინტერვენციაში, ისევე, როგორც ორგანიზაციული ფუნქციონირების ყველა ასპექტში" (SAMHSA, 2011).

ტრავმის გავლენა და შედეგები უნდა იქნას გათვალისწინებული როგორც კლინიკურ ინტერვენციაში, ასევე სიფხიზლის შენარჩუნების მხარდაჭერის პერიოდში და ორგანიზაციულ საკითხებში.

ბ) სკრინინგი და შეფასება უნდა მოიცავდეს ტრავმების გამოვლენას და საჭიროების შემთხვევაში უნდა იქნას გამოყენებული ტრავმასთან დაკავშირებული სპეციფიკური ინტერვენციები;

გ) ტრავმაზე ორიენტირებული სერვისები უნდა მოიცავდეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინტერვენციებს, რომლებიც შეეხება ტრავმის ეფექტებს და ხელს შეუწყობს მოზარდს გამოჯანმრთელებასა და განკურნებაში;

დ) ვინაიდან ნარკოტიკების მოხმარება შეიძლება იყოს ტრავმული მოვლენების მქონე მოზარდებისთვის დაძლევის მექანიზმი, სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა იმუშაონ მოზარდებთან, რათა ჩამოუყალიბონ სხვა ალტერნატიული, ნაკლებად საზიანო გამკლავების უნარები;

ე) სერვისის მიმწოდებლებმა არ უნდა მოითხოვონ მოზარდებისგან მათი ტრავმული გამოცდილების დეტალების ხელახლა მოყოლა;

ვ) სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა შეაფასონ უსაფრთხოების საკითხები, როგორცაა სუიციდის აშკარად აღიქმადი რისკი ან სუიციდური აზრებისა და/ან ქცევის ისტორია, ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობა, ან ფიზიკური ან სექსუალური ძალადობის თავად განხორციელება. გამოვლენის შემთხვევაში, აუცილებელია დაუყოვნებლივ გადამისამართება მოხდეს შესაბამის სპეციალიზებულ დაწესებულებაში [23].

ოჯახის ჩართულობა

ოჯახი უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს მოზარდის მკურნალობასა და გამოჯანმრთელების პროცესში. ოჯახის წევრებს აქვთ ინფორმაცია მოზარდის განვითარების პერიოდზე და საჭიროებებზე, რაც მკურნალობის დაგეგმვის დროს საკმაოდ მნიშვნელოვანია. ოჯახის წევრებმა სერვისის მიმწოდებელს შესაძლოა ისეთი ინფორმაცია მიაწოდონ, რაც სხვაგვარად მიუწვდომელი იქნებოდა. გარდა ამისა, ახალგაზრდების მკურნალობაში ოჯახის ჩართულობა აძლიერებს ურთიერთობას მშობლებს/მეურვეებს და შვილებს შორის, ზრდის მოზარდების თვითგამოხატვას და იწვევს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შემცირებას [41]. გარდა მორალური და ემოციური მხარდაჭერისა, ოჯახის წევრებს ასევე შეუძლიათ გადამწყვეტი როლი შეასრულონ მკურნალობის პრაქტიკულ ასპექტებში. მშობლებს/მეურვეებს შეუძლიათ, უზრუნველყონ შეხვედრების დაგეგმვა-ჩანიშვნა და მონიტორინგი გაუწიონ მოზარდის მკურნალობაში ჩართულობას [19]. ოჯახური კონსულტაცია და მკურნალობაში ჩართულობა ხელს შეუწყობს ოჯახში დამაბული ურთიერთობების მოგვარებას, კომუნიკაციის გაუმჯობესებას, მშობლების ან მეურვეების უნარებისა და ნდობის ამაღლებას და ოჯახის მხარდაჭერის სისტემის ჩამოყალიბებას. მკურნალობის სხვა მოდელებთან შედარებით, ოჯახური თერაპიის მოდელები უფრო ეფექტურია ნივთიერებების მოხმარებელ ახალგაზრდებში. ზოგიერთ შემთხვევაში, ახალგაზრდებს შეიძლება ჰქონდეთ რთული ოჯახური პირობები ან/და ცხოვრობდნენ ისეთ გარემოში, სადაც ბევრი სტრესული ფაქტორია. შესაბამისად, კლინიცისტმა ყოველთვის უნდა შეაფასოს ოჯახის ფუნქციონირება და ინდენტიფიცირება მოახდინოს არა მხოლოდ იმ ოჯახის წევრებისა, რომლებიც მზად არიან ჩაერთონ მკურნალობის პროცესში, არამედ იმათიც, ვინც რეზისტენტულია მკურნალობაში ჩართვის მიმართ.

მკურნალობაში ოჯახის ეფექტური ჩართულობის ელემენტები:

1. შეფასეთ ოჯახის ფუნქციონირება და ურთიერთობები.

- ოჯახის შეფასებები უნდა მოიცავდეს ოჯახის წევრების წარსულში და/ან ამჟამინდელ პერიოდში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებას, ოჯახის წევრების ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, ოჯახში ძალადობის საკითხებს და ოჯახის წევრებისთვის საჭირო სერვისების გამოვლენას;
- ოჯახის შეფასებამ უნდა შეისწავლოს უფრო ფართო სოციალური და საზოგადოებრივი ჯგუფები, რომლებიც ახალგაზრდების და მათი ოჯახის წევრების ქცევას, შეხედულებებსა და განწყობებს (მაგალითად, რელიგიური ორგანიზაციები, სოციალური კლუბები);
- სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა გამოიკვლიონ ოჯახური ძალადობის საკითხები თითოეულ ოჯახის წევრზე, მათ შორის ოჯახის გაერთიანებისა და ბავშვის კეთილდღეობის სისტემაში ჩართულობის შესახებ.

2. მუშაობა ოჯახის წევრების მკურნალობაში ჩართვაზე

- ოჯახის ჩართულობა ქმნის შესაძლებლობას ოჯახის წევრებისთვის, მიიღონ გადაწყვეტილებები და ინფორმაცია მოზარდის მკურნალობის, გამოჯანმრთელების და სიფხიზლის შენარჩუნების გეგმებზე;
- ოჯახის ჩართულობა ეხმარება ოჯახის წევრებს, მათ შორის და-ძმებს, გაერთიანდნენ და მონაწილეობა მიიღონ სერვისებში. საჭირო და შესაძლო შემთხვევებში, ოჯახის წევრების ჩართულობის მიზნით, უნდა იქნას უზრუნველყოფილი ოჯახისათვის დახმარების გაწევა, ოჯახის წევრების მომსახურება, ტელემედიცინა, სათემო მომსახურება, ბავშვის დატოვება;
- ოჯახისათვის მეგობრული გარემოს შესაქმნელად და მკურნალობის გასაუმჯობესებლად, სერვისის მიმწოდებლებს შეუძლიათ, შესთავაზონ რეკრეაციული აქტივობები, რაც დაეხმარება ოჯახს ერთიანობის შენარჩუნებაში და მოზარდისთვის სამომავლო სამკურნალო ინტერვენციების გამოვლენაში;
- სერვისის მიმწოდებლებმა ყველა მშობელს/მეურვეს უნდა მისცენ შესაძლებლობა, შეიმუშაონ უნარ-ჩვევები ახალგაზრდების მხარდასაჭერად; ზოგიერთ შემთხვევაში, ეს შეიძლება მოიცავდეს უშუალოდ ოჯახის წევრებისთვის ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ჯანმრთელობის პრობლემების სამკურნალოდ სერვისების მიწოდებას;

3. საგანმანათლებლო მხარდაჭერის უზრუნველყოფა ოჯახებისთვის

- უნდა არსებობდეს პროცედურები ოჯახებთან კონტაქტის შესანარჩუნებლად და საგანმანათლებლო მხარდაჭერის უზრუნველსაყოფად;
- უნდა არსებობდეს ჯგუფები ოჯახების ჩართულობის უზრუნველსაყოფად და მათთვის მკურნალობის ხასიათისა და პროგრესის შესახებ ინფორმაციის მისაწოდებლად;
- მკურნალობის საგანმანათლებლო სერვისები უნდა მოიცავდეს როგორც მოზარდის მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების ხასიათს (მაგალითად, გავლენა განვითარებაზე, გამოჯანმრთელების ძირითადი ფაზები), ასევე მათ გავლენას ოჯახზე (მაგალითად, დისფუნქცია, სტრესი).

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული საოჯახო პრაქტიკა

სტრუქტურირებული, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული მიდგომა, რომელიც ფოკუსირებულია ოჯახზე დაფუძნებულ ინტერვენციებზე მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება შემდეგი ინტერვენციებით:

- ხანმოკლე სტრატეგიული ოჯახური თერაპია;
- ფუნქციური ოჯახური თერაპია;
- მრავალგანზომილებიანი ოჯახური თერაპია;
- მულტისისტემური თერაპია.

ეს მოდელები ეხება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მიღმა არსებული საკითხების ფართო სპექტრს, მათ შორის ოჯახურ კომუნიკაციასა და კონფლიქტებს და მასთან ერთად განვითარებულ ქცევით, ფსიქიკურ და სწავლის დარღვევებს [22].

ოჯახური კონსულტაცია

ოჯახური კონსულტაცია მნიშვნელოვანი ასპექტია მოზარდების მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მკურნალობაში. მოზარდების უმეტესობაში ოჯახურმა ფაქტორებმა შეიძლება მნიშვნელოვანი როლი ითამაშოს ნივთიერების მოხმარების დარღვევების განვითარებაში. ამავე დროს, სქესი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს, ვინაიდან მოზარდი გოგონები უფრო მეტად განიცდიან ოჯახურ პრობლემებს, ვიდრე ბიჭები. მოზარდები შეიძლება იყვნენ რთული, შერეული ან პრობლემური ოჯახებიდან; შესაბამისად, ოჯახის წევრების (წარმოშობის ან შეხედულებების) იდენტიფიცირება ოჯახური კონსულტაციის მნიშვნელოვანი ასპექტია. ამასთანავე, ოჯახის წევრების მიერ მოზარდის მკურნალობასა და გამოჯანმრთელებაში ჩართულობის გზების გამოვლენა უმნიშვნელოვანესია ოჯახური მხარდაჭერის ჩამოყალიბებისთვის. ოჯახური კონსულტაცია ხელს უწყობს დამაბული ოჯახური ურთიერთობების მოგვარებას, აუმჯობესებს კომუნიკაციას, აძლიერებს მშობლების ან მზრუნველების უნარებსა და ნდობას და ქმნის მხარდაჭერის სისტემას ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მქონე მოზარდისთვის და მთელი ოჯახისთვის. მკურნალობის სხვა მოდელებთან შედარებით, ოჯახური თერაპიის მოდელი უფრო ეფექტურია ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების სამკურნალოდ.

ოჯახური თერაპიის პრინციპები:

- ოჯახის თერაპიას ატარებენ პროფესიონალები, რომლებიც გადამზადებულები არიან ოჯახის დინამიკისა და ოჯახის თერაპიის მიმართულებით და ითვალისწინებენ მშობლების აღზრდის სტილის და თერაპიისადმი დამოკიდებულების განსხვავებებს სხვადასხვა კულტურებში;
- საკონსულტაციო სესიები უნდა მოიცავდეს აქტივობებს, რომლებიც ორიენტირებულია ოჯახური ურთიერთობების გადრმავებაზე, კომუნიკაციასა და ფუნქციონირებაზე, რათა ხელი შეუწყოს ოჯახის მთლიანობის შენარჩუნებას;
- კონსულტირება ეხება ოჯახურ დინამიკას და შეიძლება ფოკუსირებული იყოს უნარ-ჩვევების განვითარებაზე, მშობლების საჭიროებების შესახებ ცნობიერების ამაღლებაზე, კომუნიკაციის სტილის შეცვლაზე, საცხოვრებელ გარემოში ცვლილების ხელშეწყობაზე და პრობლემებისადმი წინააღმდეგობის გაწევის

უნარის გაძლიერებაზე. ოჯახური ინტერვენციები უნდა მოიცავდეს, როგორც განათლებას მოზარდის მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშილოზების შესახებ (მაგალითად, მისი გავლენა განვითარებაზე, გამოჯანმრთელების პროცესზე), ასევე ნივთიერებების მოხმარების გავლენას ოჯახზე (მაგალითად, დისფუნქცია, სტრესი) [23].

ჯგუფური თერაპია

თანატოლებთან პოზიტიური ურთიერთობის მხარდაჭერას, ჯგუფური მხარდაჭერითი სესიების მეშვეობით, შეუძლია დაეხმაროს მოზარდს თანატოლებთან ჯანსაღი ურთიერთობების ჩამოყალიბებაში. ჯგუფური თერაპია შეიძლება იყოს ფსიქო-საგანმანათლებლო, კოგნიტურ-ქცევითი, თერაპიული ან რეციდივის პრევენციაზე ფოკუსირებული. ყველა ჯგუფური თერაპია უნდა ასახავდეს მოზარდის მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების მიზნებსა და ამოცანებს. ურთიერთდახმარების ან თვითდახმარების ჯგუფებისგან განსხვავებით (რომლებიც, ასევე, შეიძლება, იყოს აღდგენა/გამოჯანმრთელების ნაწილი), ჯგუფურ თერაპიას უძღვებიან გადამზადებული სერვისის მიმწოდებლები.

ჯგუფური თერაპიის პრინციპები:

- ჯგუფური საკონსულტაციო სესიები უნდა ჩატარდეს მაშინ, როდესაც ეს კლინიკურად მიზანშეწონილად ითვლება და მოზარდის მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების გეგმის შესაბამისია;
- როდესაც ეს შესაძლებელია და მიზანშეწონილი, სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა გააკეთონ ცალკე ჯგუფები გოგონებისთვის, ბიჭებისთვის და ლგბტქ+ მოზარდებისთვის. ყველა ჯგუფი უნდა იყოს ინფორმირებული და მგრძნობიარე ტრავმების, გენდერის, კულტურული ნორმებისა და სექსუალური ორიენტაციის საკითხების მიმართ;
- პროვაიდერებმა უნდა უზრუნველყონ ჯგუფური თერაპიის სესიების წამყვანი პერსონალის სათანადო გადამზადება და ზედამხედველობა. ტრენინგი უნდა მოიცავდეს ჯგუფური თერაპიის ტექნიკების სწავლას და გამოყენებას გამოცდილი კლინიკისტების მეთვალყურეობის ქვეშ და სახელმწიფოს მიერ მოთხოვნილი შესაბამისი ლიცენზიის ან სერთიფიკატის შესაბამისად;
- სანამ მოზარდები ჯგუფურ თერაპიაში და კონკრეტულ სესიებზე ჩაერთვებიან (მაგ., პრევენციაზე დაფუძნებული ან საგანმანათლებლო), აუცილებელია სერვისის მიმწოდებლებმა (მაგ., შემთხვევის მართვის მენეჯერმა ან კონსულტანტმა) სათანადოდ შეაფასონ მოზარდის მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშილოზების სიმძიმე და სრული ანამნეზის შეკრების შემდეგ გადაანაწილონ მისთვის შესაფერის ჯგუფში(ებში);
- ჯგუფურ თერაპევტებს/ფასილიტატორებს უნდა ესმოდეთ ჯგუფის პროცესების, ჯგუფის დინამიკისა და ჯგუფის განვითარების ეტაპები.

რეკრეაციული სერვისები ან პროსოციალური აქტივობები

უსაფრთხო და ჯანსაღი რეკრეაციული აქტივობების განვითარება და ჩართვა გადამწყვეტია მოზარდების გამოჯანმრთელების პროცესში. მოზარდებს ეძლევათ საშუალება, განავითარონ მათი ინტერესები და მიიღონ მონაწილეობა ისეთ რეკრეაციულ და სოციალურ აქტივობებში, რომლებიც არ მოიცავს და შეიძლება იყოს ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების ალტერნატივა. ჰობი, ოჯახური აქტივობები, თამაშები, სპორტი, შემოქმედებითი გამოცდილებები, საზოგადოებრივი აქტივობები და სხვა რეკრეაციული თუ დასასვენებელი აქტივობების განვითარება არის გამოჯანმრთელების კომპონენტები, რომლებიც მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ როგორც მკურნალობის პროცესში, ისე მას შემდეგ.

- სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა იმუშაონ მოზარდებთან, რათა დაეხმარონ მათ თავიანთი ინტერესების (მაგ. ჰობი, თამაშები, სპორტი, შემოქმედებითი უნარები) და ძლიერი მხარეების აღმოჩენაში მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების გეგმის მეშვეობით;
- რეკრეაციული და დასასვენებელი აქტივობები უნდა იყოს პროსოციალური ქცევის, ჯანსაღი ურთიერთობების, სოციალიზაციის და ფიზიკური აქტივობების ხელშეწყობისთვის, როგორც ჯანმრთელი ცხოვრებისადმი პოზიტიური დამოკიდებულების გაძლიერება;
- იმის გათვალისწინებით, რომ პროსოციალური აქტივობები მნიშვნელოვანია მოზარდების გამძლეობის და პოზიტიური ურთიერთობების ჩამოყალიბებაში, პროვაიდერებმა უნდა უზრუნველყონ რეკრეაციული და პროსოციალური აქტივობების მიწოდება ზრდასრულების ჩართულობითა და მონიტორინგით და ისეთ თანატოლებთან ერთად, რომლებიც არ მოიხმარენ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს;
- მოზარდები უნდა წახალისდნენ, რომ მონაწილეობა მიიღონ სამოქალაქო და სათემო აქტივობებში, რათა წვლილი შეიტანონ საზოგადოების ფუნქციონირებაში;
- სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა იმუშაონ მშობლებთან/მეურვეებთან ერთად, რათა მოზარდებს დაეხმარონ, აღმოაჩინონ საკუთარი რეკრეაციული და პროსოციალური აქტივობები და მკურნალობის დასრულების შემდეგ უბიძგონ მათ ამ აქტივობების განხორციელებისკენ;
- პროვაიდერებმა მოზარდებს ყურადღება უნდა გაამახვილებინონ ისეთი რეკრეაციულ სერვისებისა და აქტივობებისკენ, რომლებიც შეესაბამება მათ ძლიერ მხარეებს, საჭიროებებსა და შესაძლებლობებს. ეს სერვისები შესაძლოა შეიცვალოს მოზარდის მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების პროცესში განხორციელებული ცვლილებების მიხედვით;
- პროსოციალური აქტივობების განვითარება უნდა იყოს მოზარდის მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების აუცილებელი კომპონენტი.

ცხოვრებისეული უნარები

ცხოვრებისეული უნარების განვითარება არის პროცესი, რომელიც მოზარდებს ახალისებს, რომ მონაწილეობა მიიღონ სერვისებში, რომლებიც შექმნილია ყოველდღიური დავალებების შესრულებისა და საზოგადოებაში დაბრუნებისთვის საჭირო უნარების გასავითარებლად. ცხოვრებისეული უნარები არის ინტერპერსონალური ურთიერთობები,

ყოველდღიური საქმიანობები და სოციალური უნარები, რომლებიც სასარგებლოა ავტონომიის მისაღწევად და საზოგადოებაში ჯანსაღი ცხოვრების შესანარჩუნებლად.

- ცხოვრებისეული უნარების განვითარება უნდა დაეხმაროს მოზარდებს ისწავლონ, თუ როგორ უნდა გაუმკლავდნენ ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების გამომწვევ ფაქტორებს და მართონ სიმპტომები. ეს მოიცავს რეციდივის გამომწვევი მიზეზების ამოცნობას და მხარდაჭერას, რათა რეალურ გარემოში შეძლონ რეციდივის პრევენცია;
- სერვისის მიმწოდებელმა უნდა შესთავაზოს ინტერპერსონალური უნარების განვითარება, მათ შორის პრობლემის გადაჭრის, კონფლიქტების მოგვარების, თვითშეფასების გაუმჯობესების და ბრაზის მართვის უნარები;
- სერვისის მიმწოდებელმა უნდა უზრუნველყოს მოზარდისთვის სოციალური და ინტერპერსონალური უნარების განვითარება, რომელიც მიზნად ისახავს, დაეხმაროს მოზარდს, განავითაროს და შეინარჩუნოს შესაბამისი მეგობრები და რომანტიკული ურთიერთობები (თუ ეს სურს) და კომუნიკაცია თანატოლებთან და მოზრდილებთან;
- რეაბილიტაციის ფარგლებში, პროვაიდერებმა უნდა ასწავლონ, მოამზადონ და მოტივაცია მისცენ მოზარდებს ყოველდღიური რუტინული აქტივობების შესასრულებლად (მაგალითად, საორგანიზაციო უნარები, დროის მართვა, ფულის მართვა, საკვების მომზადება, რუტინის შექმნა, პირადი ჰიგიენა, წიგნიერება) თვითშეფასების, თვითკმარობისა და დამოუკიდებლობის ხელშეწყობის მიზნით. ეს სერვისები შეიძლება მიწოდებულ იქნას ადგილზე მენტორების მეშვეობით, რეფერალით ან ოჯახის მხარდაჭერითი მკურნალობის დროს;
- სოციალური უნარების განვითარება დაეხმარება მოზარდებსა და მათ ოჯახებს, გაიგონ, როგორ მიიღონ საჭირო სარეაბილიტაციო, სამედიცინო, სოციალური, იურიდიული და ფინანსური მომსახურება;
- სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა მისცენ განათლება ჯანსაღი სქესობრივი განვითარებისა და თანატოლებთან ჯანსაღი, რომანტიკული ურთიერთობების ჩამოყალიბების შესახებ, ნებისმიერი სექსუალური ორიენტაციის და გენდერული იდენტობის მქონე მოზარდებს [23].

პერსონალის კვალიფიკაცია და გადამზადება

პერსონალი მუდმივად უნდა იღებდეს ტრენინგებს და ეცნობოდეს სიახლეებს, რათა ინფორმირებული იყოს მოზარდებისთვის საუკეთესო პრაქტიკების შესახებ.

- სერვისის მიმწოდებლები მუდმივად ინფორმირებულები უნდა იყვნენ მოზარდების მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების მიმდინარე კვლევებისა და საუკეთესო პრაქტიკის შესახებ;
- პერსონალმა უნდა გაიაროს მუდმივი სწავლება სამსახურში ან/და ჰქონდეს ანაზღაურებადი შევსება სამსახურის გარეთ ტრენინგებისთვის;
- პერსონალის ტრენინგი პერიოდულად უნდა ტარდებოდეს მთელი წლის განმავლობაში და არა გაუთვალისწინებელ სიტუაციებში კრიზისების ან მწვავე პრობლემების მოსაგვარებლად.

პერსონალის სასწავლო თემები შესაძლოა იყოს [22]:

- მოზარდებისა და მათი ოჯახებისთვის სპეციფიკური მკურნალობის მიდგომები;
- ოჯახის დინამიკა და ოჯახური თერაპია;
- მოზარდის ზრდა/განვითარება;
- გენდერული იდენტობის საკითხები;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა და თანმხლები დარღვევები;
- კულტურულად ინფორმირებული მკურნალობა;
- ფსიქოფარმაკოლოგია;
- რეფერალური და სათემო რესურსები;
- ნეიროგანვითარების დარღვევები;
- სამართლებრივი საკითხები.

საყურადღებო საკითხები

თანხმობის მიცემის უნარი

მკვლევრები მოგვიწოდებენ, რომ არასრულწლოვნებს მიეცეს უფრო მეტი სამართლებრივი ავტონომია სამედიცინო გადაწყვეტილების მიღებაში. ასაკზე დაფუძნებული კრიტერიუმების ნაცვლად, გამოყენებული უნდა იყოს ინდივიდუალური მიდგომა. აღნიშნული მიდგომით, მოზარდი ჩაითვლება უფლებამოსილად, განაცხადოს თანხმობა სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე, თუკი დაკმაყოფილდება შემდეგი კრიტერიუმები: (ა) მოზარდმა გააკეთა არჩევანი, (ბ) არჩეულ ვარიანტს აქვს გონივრული პოტენციური შედეგი, (გ) მოზარდი სწორად აფასებს შეთავაზებულ მეთოდებს, (დ) არჩევანი ემყარება რაციონალურ მიზეზებს, და (ე) მოზარდს აქვს უნარი, სწორად შეაფასოს საკუთარი არჩევანის შედეგები და შესაძლო ალტერნატივები. დღეს კანონი აღიარებს, რომ, უმრავლეს შემთხვევაში, არასრულწლოვნები საკმარისად კომპეტენტურები არიან საიმისოდ, რომ გაერკვნენ სამედიცინო გადაწყვეტილებათა არსსა და მოსალოდნელ შედეგებში და ხშირად თავს არიდებენ სამედიცინო პროფილაქტიკურ სამსახურებს „სენსიტიურ“ საკითხებთან დაკავშირებით, თუკი ამ პროცესში მშობლების ჩართვა იქნება საჭირო. საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით, *ქმედუნარიანობა* წარმოიშობა პირის სრულწლოვანების მიღწევისთანავე, რაც ნიშნავს 18 წლის ასაკს მიღწეული პირისთვის კანონმდებლობით განსაზღვრული უფლებების და პასუხისმგებლობების გაფართოებას. საქართველოს სამოქალაქო კოდექსის თანახმად, სრულწლოვანია პირი, რომელმაც მიაღწია თვრამეტი წლის ასაკს, შეზღუდულქმედუნარიანია 7 წლიდან 18 წლამდე ასაკის პირი ან სასამართლოს მიერ ასეთად აღარებული სრულწლოვანი. ქმედუნაროა შვიდ წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი (მცირეწლოვანი), ან სასამართლოს მიერ ასეთად აღიარებული პირი. ემანსიპაციის ინსტიტუტი, ის შემთხვევაა, როცა პირს მართალია ჯერ კიდევ არ მიუღწევია სრულწლოვანების ასაკამდე, ანუ 18 წლამდე, მაგრამ განსაზღვრული პირობების არსებობისას სამართალი მას უთანაბრებს სრულწლოვან პირებს. საქართველოს კანონმდებლობით, შეუზღუდავად ქმედუნარიანად (ემანსიპირებული არასრულწლოვანი) ითვლება ასევე თექვსმეტი წლის ასაკს მიღწეული ფიზიკური პირი, რომელიც მუშაობს შრომითი ხელშეკრულებით (საქართველოს შრომის კოდექსი, მუხლი 4. სამუშაოზე მიღების მინიმალური ასაკი და შრომითი ქმედუნარიანობის წარმოშობა) და თექვსმეტი

წლის ასაკს მიღწეული ფიზიკური პირი, რომელიც დამოუკიდებლად უძღვება საწარმოს (საქართველოს სამოქალაქო კოდექსი, მუხლი 65. არასრულწლოვანის ემანსიპაცია).

ინფორმაციის მიწოდება არასრულწლოვანი პაციენტებისათვის. საქართველოს კანონით „პაციენტის უფლებების შესახებ“ (თავი VIII, „არასრულწლოვანის უფლებები“, მუხლი 40, 1):

„მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვთ, მკურნალი ექიმისაგან მიიღონ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ“.

ამავე კანონში განხილულია ის შემთხვევები, როდესაც არასრულწლოვანი პაციენტი წინააღმდეგია, ინფორმაცია მიეწოდოს მშობელს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს (მუხლი 40, 2):

„მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია არ მიეწოდება, თუ ინფორმაციის მიწოდების წინააღმდეგია:

ა) არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ქმედუნარიანად ითვლება;

ბ) 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით.“

„გ) 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკის მიზნით, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც გამოვლენილია დადებითი შედეგი“.

ამავე კანონის მიხედვით, არასრულწლოვან პაციენტს უფლება აქვს, მიიღოს ინფორმაცია საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და მკურნალობის შესახებ (მუხლი 43).

სამედიცინო მომსახურების პროცესში მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის ვალდებულება, ნებისმიერი მკურნალობის ჩასატარებლად გამოიკვლიოს ბავშვთა გონებრივი შესაძლებლობები, მათი შეხედულებები ამ მკურნალობის შესახებ და მათი უფლებამოსილება, მიიღონ გადაწყვეტილება, დათანხმდებიან თუ არა შემდგომ მკურნალობაზე. ბავშვებისათვის სამედიცინო მომსახურების დროს ექიმმა და სხვა სამედიცინო პერსონალმა ერთდროულად უნდა ითანამშრომლონ ბავშვებთან და მშობლებთან; სრულად ჩართონ ისინი მკურნალობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილების მიღებაში. ბავშვი უფლებამოსილია, დათანხმდეს ან უარი განაცხადოს მკურნალობაზე მაშინ, როცა მშობელს აქვს საწინააღმდეგო შეხედულება. ხშირად აზრთა სხვადასხვაობა დილემას წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალისთვის – როგორ უნდა გადაიჭრას საკითხი, ვისი აზრია უფრო მნიშვნელოვანი.

საქართველოს კანონმდებლობა არასრულწლოვანი პაციენტისათვის ინფორმაციის მიწოდების დროს, ერთი მხრივ, ითვალისწინებს „ბავშვის უფლებათა კონვენციით“ მითითებული დებულებას, რომ მნიშვნელოვანია ბავშვის უფლებათა დაცვისათვის ბავშვთან თანამშრომლობა; ხოლო, მეორე მხრივ, საქართველოს კანონმდებლობა ინფორმაციის გაცემისას არასრულწლოვანი პაციენტისათვის ეყრდნობა მის ასაკს, გონებრივ განვითარებას და გარკვეულ შემთხვევებში უპირატესობას ანიჭებს მის სურვილებს ინფორმაციის სხვა პირზე, მათ შორის მშობელზე და კანონიერ წარმომადგენელზე გაცემის დროს.

ინფორმირებული თანხმობა. ნებისმიერი ჩარევა სამედიცინო მომსახურების პროცესში უნდა ჩატარდეს პირის მიერ ნებაყოფილობით გაცხადებული, გააზრებული თანხმობის მიღების შემდეგ. პირს წინასწარ უნდა მიეცეს ინფორმაცია ჩარევის მიზნებისა და ხასიათის, აგრეთვე შედეგებისა და საფრთხის შესახებ.

ექიმმა უნდა მიიღოს ინფორმირებული თანხმობა პაციენტისათვის რაიმე სახის სამედიცინო მომსახურების გაწევამდე, იქნება ეს სადიაგნოსტიკო მანიპულაცია, სამკურნალო თუ საპროფილაქტიკო ღონისძიება. პაციენტი, თუ არასრულწლოვანია ან რაიმე სხვა მიზეზის გამო არ აქვს გადაწყვეტილების მიღების უნარი, მაშინ ინფორმირებულ თანხმობას აცხადებს პაციენტის ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი.

თანხმობის გაცხადება შეიძლება იყოს როგორც ზეპირი, ისე წერილობითი. კანონი ზუსტად აყალიბებს ჩამონათვალს, როცა აუცილებელია პაციენტისაგან წერილობითი თანხმობა (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 22, და საქართველოს კანონი „საექიმო საქმიანობის შესახებ“, მუხლი 44), როგორცაა ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გენეტიკური ტესტირება და სხვ. ასევე, ყველა ის შემთხვევა, როცა სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ ჩათვლის წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას.

თუ პაციენტი ქმედუუნაროა, ანუ მას არ შეუძლია გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღება და პაციენტი საჭიროებს გადაუდებელ სამედიცინო ჩარევას, ხოლო ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მოძიება ვერ ხერხდება, სამედიცინო მომსახურების გამწევი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 25, 2). სამედიცინო პერსონალის ამ ვალდებულების შესახებ გაცხადებულია საქართველოს კანონებში „საექიმო საქმიანობის შესახებ“ და „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“.

არასრულწლოვანი პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა. ბავშვის, როგორც არასრულწლოვანი პაციენტის, უფლება მისი შეხედულებების გათვალისწინების შესახებ სამედიცინო მომსახურების პროცესში, საქართველოს კანონმდებლობის მიხედვით ასაკობრივ ასპექტში განიხილება. კერძოდ, 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება უტარდება მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით (საქართველოს კანონი „პაციენტის უფლებების შესახებ“, მუხლი 41, 2), თუმცა კანონი მიუთითებს, რომ სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების

მიღებისას აუცილებელია არასრულწლოვანი პაციენტის მონაწილეობაც მისი ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

საქართველოს კანონში „პაციენტის უფლებების შესახებ“ 2015 წელს განხორციელებული ცვლილების შედეგად, კანონის 41-ე მუხლი ჩამოყალიბდა შემდეგი რედაქციით:

„ მუხლი 41

- 1. 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, უფლება აქვს განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ მან სამედიცინო მომსახურების გამწევს მიმართა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებულ მიზეზთა გამო.*
- 2. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება უტარდება მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით, გარდა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ“ და „გ“ ქვეპუნქტებით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.*

ყოველივე ზემოთქმულის გათვალისწინებით:

1. არასრულწლოვან პაციენტს, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ითვლება ქმედუნარიანად (ემანსიპირებული არასრულწლოვანი), შეუძლია აივ ტესტირების ჩატარება მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობის გარეშე;
2. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაცია არ მიეწოდება, თუკი ინფორმაციის მიწოდების წინააღმდეგია 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი, რომელმაც „*ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით*“ და „*რომელმაც ექიმს მიმართა აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკის მიზნით, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც გამოვლენილია დადებითი შედეგი*“
3. ასეთ შემთხვევებში არასრულწლოვანს ასევე შეუძლია, თავად განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა.
4. 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის აივ ინფექცია/შიდსის დიაგნოსტიკის, კონფიდენციალურობისა და დადებითი შედეგის გამოვლენისას მშობლისათვის შეტყობინების წესს განსაზღვრავს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრი.

კონფიდენციალურობა

როგორც ყველა სამედიცინო დახმარების შემთხვევაში, მოზარდების მკურნალობის დროსაც სერვისის მიმწოდებლებმა უნდა დაიცვან კონფიდენციალურობა. ეს მოიცავს კონფიდენციალურობის შენარჩუნებას მოზარდის მშობლების ან კანონიერი მეურვეების

მიმართ, თუ მოზარდი არ იძლევა თანხმობას, რომ მისი სამედიცინო ინფორმაცია გადაეცეს მშობლებს და ოჯახის სხვა წევრებს.

მნიშვნელოვანია კონფიდენციალურობის საკითხის განხილვა მოზარდებთან (და ოჯახის წევრებთან, რომლებიც მათზე ზრუნავენ). ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პირველი შეხვედრისას ან მკურნალობის დაწყებისას, რათა მოზარდებისთვის მკაფიოდ იქნას განმარტებული მკურნალობის კონფიდენციალურობის ნორმები და გააცნობიერონ მისი საზღვრები (მაგალითად, შეტყობინების ვალდებულება). თუკი მკურნალობაზე ინფორმაცია მშობლებისგან ან მეურვეებისგან კონფიდენციალურად ინახება, სერვისის მიმწოდებლებმა მოზარდთან ერთად უნდა განიხილონ ამასთან დაკავშირებული შესაძლო გამოწვევები და ლოჯისტიკური მხარეები (მაგალითად, ექიმთან ვიზიტის დრო ან მედიკამენტების სახლში შენახვა). თუ ოჯახის წევრები ინფორმირებულნი არიან და მონაწილეობენ მოზარდის მკურნალობაში, მათ შეუძლიათ გაუზიარონ ინფორმაცია ჯანდაცვის სერვისის მიმწოდებლებს კონფიდენციალურობის დარღვევის გარეშე. კონფიდენციალურობის საკითხები ხშირად უნდა გადაიხედოს, რათა ახალგაზრდებს კარგად ესმოდეთ საზღვრები.

ზიანის შემცირების სტრატეგიები

ზოგადი განმარტებით, ზიანის შემცირება არის პოლიტიკის, პროგრამებისა და პრაქტიკების ერთობლიობა, რომლის მიზანია შეამციროს ლეგალური და არალეგალური ნივთიერებების მოხმარებისგან გამოწვეული ჯანმრთელობის, სოციალური და ეკონომიკური არასასურველი შედეგები [42]. საქართველოში არსებული ზიანის შემცირების პროგრამები მოიცავს ნემსებისა და შპრიცების გაცემის პროგრამას და ზედოზირების პრევენციას სახლში ნალოქსონის გატანებით. ზიანის შემცირების ამ პროგრამების არსებობა უზრუნველყოფს უსაფრთხოებას ისეთ პაციენტებშიც, რომლებსაც უჭირთ თავშეკავების მიღწევა ან აქვთ რეციდივი. არსებობს მტკიცებულებები, რომ ზიანის შემცირების სერვისების გამოყენება დაკავშირებულია ნარკოტიკული საშუალებებით გამოწვეული ზიანის, მათ შორის, რისკის შემცველი ქცევის, აივ ინფექციის, B და C ჰეპატიტები გავრცელების და ზედოზირებით გარდაცვალების შემთხვევების მნიშვნელოვნად შემცირებასთან [43-45]. გარდა ამისა, კვლევამ აჩვენა, რომ ზიანის შემცირების სერვისებში მონაწილეობამ შეიძლება ხელი შეუწყოს მკურნალობაში ჩართულობას [46, 47]. ამ მიზეზების გამო, თუ პაციენტს აქვს ოპიოიდებთან დაკავშირებული ზიანის რისკი, ინფორმაციის მიწოდება და ზიანის შემცირების სერვისებში გადამისამართება არის გონივრული და შესაბამისი კლინიკური გადაწყვეტილება, განსაკუთრებით იმ გარემოში, სადაც ზედოზირების რისკი არსებობს. ახალგაზრდებმა შეიძლება არ აღიარონ, რამდენად პოტენციურად საზიანო შეიძლება იყოს ამჟამინდელი მოხმარება, ამიტომ ზიანის შემცირების სერვისები ახალგაზრდებისთვის უნდა იყოს როგორც გულწრფელი, ასევე მორგებული ახალგაზრდების ცხოვრების სტილთან.

არსებობს მთელი რიგი ქმედებები, რომელთა განხორციელებაც სპეციალისტებს შეუძლიათ, რათა პაციენტებში გაზარდონ ცნობიერება ზიანის შემცირების სერვისების შესახებ, მაგალითად, პაციენტებთან და ოჯახის წევრებთან საუბრისას რუტინულად მიაწოდონ ინფორმაცია ზიანის შემცირებისა და უსაფრთხო ინექციების შესახებ.

ინფორმირებული რეფერალების უზრუნველსაყოფად, კლინიკისტებმა უნდა იცოდნენ ადგილობრივ დონეზე არსებული ზიანის შემცირების პროგრამებისა და მომსახურების შესახებ [31].

ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევების მართვის სპეციფიკური ინტერვენციები – ფსიქოსოციალური ინტერვენციები

კარგად დამკვიდრებული ინტერვენციებია: ოჯახზე დაფუძნებული თერაპია, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია (კბთ), მრავალგანზომილებიანი ოჯახური თერაპია

ოჯახზე დაფუძნებული თერაპია

ოჯახზე დაფუძნებული თერაპიის ფარგლებში მშობლები, მეურვეები და და-ძმები ჩართული არიან მოზარდების მკურნალობაში. ოჯახზე დაფუძნებული თერაპია ეფექტური ინტერვენციაა თერაპიული ალიანსის დასამყარებლად და მკურნალობაში აქტიური ჩართულობის უზრუნველსაყოფად, მაშინ, როცა მკურნალობის სხვა მეთოდები ამ მიმართულებით მხოლოდ შემთხვევათა ნაწილშია წარმატებული [48]. ბოლო დროინდელმა მტკიცებულებებმა დაადასტურა, რომ ისეთი სტრატეგიების გამოყენება, როგორიცაა მშობლების მხრიდან მონიტორინგი და ქცევის მართვა, პოზიტიური ურთიერთობების ხელშეწყობა, თვითრეგულირებისა და სტრესთან გამკლავების უნარების განვითარება ეფექტურია მოზარდებში ოჯახზე დაფუძნებული მიდგომის დროს [49]. ანალოგიურად, 2018 წლის მეტაანალიზმა აჩვენა, რომ ზოგადი და ალკოჰოლის მოხმარებაზე ორიენტირებული ისეთი ინტერვენციების ერთროულად გამოყენება, რომლებშიც მშობლები ცვლილების პროცესის აქტიური მონაწილეები არიან, უფრო ეფექტური და მოქნილია, ვიდრე მათი ცალკეულად მიწოდება [50].

მრავალგანზომილებიანი საოჯახო თერაპია არის ფსიქოსოციალური მკურნალობის ტიპი, რომელიც ჰოლისტურად პასუხობს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისა და მასთან დაკავშირებულ პრობლემების ხელშეწყობ ინდივიდუალურ, ოჯახურ და გარემო ფაქტორებს. აღმოჩნდა, რომ, სხვა მოდელებთან შედარებით, მრავალგანზომილებიანი საოჯახო თერაპია უფრო ეფექტურია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სამკურნალოდ [51]. რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევის მეშვეობით შედარდა რეზიდენტული მკურნალობისა და მრავალგანზომილებიანი საოჯახო თერაპიის ეფექტურობა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მქონე მოზარდებში, რომლებსაც ჰქონდათ თანმხლები ფსიქიკური დარღვევები. ერთწლიანი მკურნალობის შემდეგ გამოჩნდა, რომ მრავალგანზომილებიან საოჯახო ინტერვენციაში ჩართულ მოზარდებს უფრო კარგი შედეგი ჰქონდათ მოხმარებისა და ქცევის თვალსაზრისით, ვიდრე რეზიდენტულ მკურნალობაში ჩართულ მოზარდებს. ეს მიგვითითებს იმაზე, რომ მრავალგანზომილებიანი საოჯახო თერაპია შესაძლოა იყოს რეზიდენტული მკურნალობის პერსპექტიული ალტერნატივა მოზარდებისთვის, რომლებსაც ესაჭიროებათ ზრუნვის უფრო მაღალი დონე და ამბულატორიულ მკურნალობასთან შედარებით ნაკლებად სტრესული გარემო [52]. გარდა ამისა,

მრავალგანზომილებიანი საოჯახო თერაპია ისეთივე ეფექტური და ნაკლებ ხარჯიანი აღმოჩნდა კანაფის მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების დროს, როგორც კბთ [53] [54]. მოზარდებში ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების მკურნალობის პროცესში ოჯახის წევრების ჩართულობა (განსაკუთრებით ძირითადი მზრუნველის) მნიშვნელოვანი კომპონენტია და მტკიცებულებები მიუთითებს, რომ ოჯახზე დაფუძნებული ინტერვენციები საკმაოდ ეფექტურია მოზარდებში ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარების მკურნალობის დროს [3]. სხვა ოჯახური თერაპიების აღწერა წარმოდგენილია ცხრილი 2 [55].

ცხრილი 2. ოჯახური თერაპიის მეთოდები და განმარტებები

თერაპიის დასახელება	აღწერა
ხანმოკლე სტრატეგიული ოჯახური თერაპია (Szapocznik & Hervis, 2020)	ეფუძნება იდეას, რომ ოჯახის ერთი წევრის ნეგატიური ქცევა გამოწვეულია არაჯანსაღი ოჯახური ურთიერთობებით. თერაპევტი ხვდება ოჯახის თითოეულ წევრს, რათა დააკვირდეს მათი ქცევის დინამიკას და დაეხმაროს ურთიერთობების პატერნების შეცვლაში.
ოჯახური ქცევითი თერაპია (Donohue & Azrin, 2011)	მოიცავს ქცევით შეთანხმებებს - გაუთვალისწინებელი სიტუაციების მართვის, ქცევითი პრობლემების და/ან ნივთიერებების მოხმარების შესამცირებლად. მოზარდი და ერთი ან ორივე მშობელი, ერთად გეგმავენ მკურნალობას და ირჩევენ მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ ინტერვენციებს, რათა გამოარკვიონ და განსაზღვრონ ქცევითი მიზნები, რომლებიც განიხილება და წახალისდება თითოეულ სესიაზე.
ფუნქციური ოჯახური თერაპია (Alexander & Parsons, 1982)	რთავს მთელ ოჯახს მკურნალობის პროცესში და ზრდის მათ მოტივაციას ცვლილებისათვის. თერაპევტი მუშაობს ოჯახის წევრების ქცევის შეცვლაზე, კომუნიკაციისა და პრობლემის გადაჭრის ტექნიკის, ქცევითი შეთანხმებების, გაუთვალისწინებელი სიტუაციების მართვისა და სხვა მეთოდების საშუალებით.
მრავალგანზომილებიანი ოჯახური თერაპია (Liddle et al., 2018)	აერთიანებს ქცევითი პრობლემების და ნივთიერებების მოხმარების ოჯახურ და საზოგადოებაზე დაფუძნებულ მკურნალობას. მიზანია ოჯახის კომპეტენციის გაძლიერება და თანამშრომლობა სხვა სისტემებთან (მაგალითად, სკოლა, არასრულწლოვანთა მართლმსაჯულება) მოზარდის მხარდასაჭერად და საზოგადოებაში ინტეგრირებისთვის.
მულტისისტემური თერაპია (Henggeler & Schaeffe, 2016)	მოიცავს ყოვლისმომცველ ოჯახურ და თემზე დაფუძნებულ მკურნალობას, რომელიც პაციენტის მიერ ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებას განიხილავს პაციენტის, მისი ოჯახის, თანატოლების, სკოლისა და სამეზობლოს

	მახასიათებლების მიხედვით. მულტისისტემური თერაპია ეფექტური აღმოჩნდა დანაშაულებრივი ან ძალადობრივი ქცევისკენ მიდრეკილი ან მძიმე დამოკიდებულების მქონე მოზარდებში.
--	---

კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია (კბთ)

კბთ არის ფსიქოსოციალური მკურნალობის მეთოდი, რომელიც მიზნად ისახავს ასწავლოს ინდივიდებს, თუ როგორ შეცვალონ პრობლემური აზრები და ქცევები. კბთ ეფექტურია იმით, რომ აზრები, ქცევები და განწყობები ერთმანეთთან არის დაკავშირებული და მოზარდისთვის პრობლემური აზროვნების პროცესების ან ქცევის გასაუმჯობესებას ხშირად მოჰყვება განწყობის გაუმჯობესება და ნივთიერებების მოხმარების შემცირება. კბთ ეფექტურია მოზარდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სამკურნალოდ როგორც ინდივიდუალურ, ასევე ჯგუფური ფორმატში [48]. უახლესი კვლევები ფოკუსირებულია მესამე ტალღის კბთ-ს ინდივიდუალურ მიწოდებაზე, რომლებიც ქვემოთ განხილულია, როგორც სავარაუდოდ ეფექტური, დამოუკიდებელი მკურნალობა. ინდივიდუალური მიდგომების გათვალისწინებით, ეს ინტერვენციები შესაძლოა ეფექტური იყოს, მაგრამ საჭიროა დამატებითი კვლევები იმის დასადგენად, უფრო ეფექტურია თუ არა, ვიდრე სტანდარტული კბთ. ამჟამად, კბთ რჩება ეფექტურ, დამოუკიდებელ, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ მკურნალობად.

მრავალკომპონენტური ფსიქოსოციალური თერაპია

უახლესი მტკიცებულებები კვლავ მხარს უჭერს მრავალკომპონენტურ ფსიქოსოციალურ მკურნალობას, რადგან აქ შეიძლება კარგად გაერთიანდეს როგორც ოჯახზე დაფუძნებული თერაპია, ასევე კბთ, მოტივაციის გაძლიერების თერაპია და წახალისებაზე ორიენტირებული მიდგომები [9, 18–23][48, 56–58]. მოტივაციის გაძლიერების თერაპიის და კბთ-ს ერთდროული გამოყენება ეფექტურია მოზარდის მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სამკურნალოდ [48, 59]. სხვა კვლევების მიხედვით, წახალისებაზე ორიენტირებული მიდგომა, რომელიც გულისხმობს პოზიტიური ქცევის დაჯილდოებას, მოტივაციის გაძლიერების თერაპიის, კბთ-ისა და ოჯახზე დაფუძნებული თერაპიის ეფექტური დანამატია [57, 58].

გარდა ამისა, მრავალკომპონენტური თერაპია, რომელიც აერთიანებს ოჯახზე დაფუძნებულ თერაპიას, მოტივაციის გაძლიერების თერაპიას და წახალისებაზე ორიენტირებულ მიდგომას, ასევე ეფექტურია თანხმდები ფსიქიკური დარღვევების მკურნალობისას [56]. კომორბიდული დაავადებების დროს, მაგალითად როგორცაა პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა (პტსა), ინტეგრირებულმა მკურნალობის მიდგომებმა, რომლებიც ერთდროულად რამდენიმე დაავადებას ეხება, პოპულარობა მოიპოვა პაციენტებში, მათი შემცირებული ტვირთის, ზრუნვის უკეთესი კოორდინაციისა

და მკურნალობის შეწყვეტის შემცირებული რისკის გამო, სხვა თანმიმდევრული ან პარალელური მკურნალობის მიდგომებთან შედარებით [60]. რისკის შემცირება ოჯახური თერაპიის საშუალებით ოჯახის წევრებს რთავს ექსპოზიციურ თერაპიაზე დაფუძნებულ ინტერვენციაში, რათა გამოავლინონ და მართონ თანხმლები პტსა, ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული და სხვა ჯანმრთელობის სარისკო ქცევები (როგორცაა სარისკო სქესობრივი ქცევები) [61]. რისკის შემცირება ოჯახური თერაპიის საშუალებით მოიცავს ორ ფართოდ გავრცელებულ ემპირიულად დამტკიცებულ მკურნალობას მოზარდებისთვის. ეს არის ტრავმაზე ორიენტირებული კბთ და მულტისისტემური თერაპია. ბოლოდროინდელი რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების თანახმად, მოზარდებში, რომლებიც ჩართულები იყვნენ ოჯახური თერაპიით რისკის შემცირების ინტერვენციაში, 18 თვიანი მიდევნების შემდეგ შემცირებული იყო ნარკოტიკების მოხმარება და პტსა-ს სიმპტომები სტანდარტულ მკურნალობასთან შედარებით [62].

მრავალკომპონენტიანი თერაპია არის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული თერაპია მოზარდებში ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების სამკურნალოდ. მრავალკომპონენტიანი თერაპიის ზოგიერთ კომპონენტს ეფექტურობის უფრო ძლიერი მტკიცებულებები აქვს, მაგრამ საჭიროებს დამატებით კვლევებს, რომ დადგინდეს რომელი კომპონენტი ყველაზე ეფექტური.

სავარაუდო ეფექტური კომბინაციებია: მოტივაციური ინტერვიუება / მოტივაციური გაძლიერების თერაპია და მესამე ტალღის კბთ. მოტივაციური ინტერვიუება და მოტივაციური გაძლიერების თერაპია

მოტივაციური ინტერვიუება არის სტრატეგია, რომელიც კლინიცისტებს ეხმარება ცვლილების შესახებ ამბივალენტურობის პრობლემის გადაჭრაში და ინდივიდის შინაგანი მოტივაციის გაძლიერებაში, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნივთიერებების მოხმარების პრობლემების აღიარება და დახმარების მიღების სურვილი [63]. მოტივაციის გაძლიერების თერაპია იყენებს მოტივაციური ინტერვიუების იგივე პრინციპებს, თუმცა ის უფრო სტრუქტურირებული და თანმიმდევრულია. არსებობს არაერთგვაროვანი მტკიცებულებები მოტივაციური ინტერვიუების და მოტივაციის გაძლიერების თერაპიის, როგორც ცალკეული მიდგომების შესახებ მოზარდებში ნივთიერებების მოხმარების გრძელვადიანი შემცირების მიზნით. თუმცა ამჟამად ორივე მიდგომა აღწერილია, როგორც ეფექტური ინტერვენცია ფსიქოპათიური ნივთიერებებზე დამოკიდებულებასთან გამკლავებაში [48]. არსებობს არაერთგვაროვანი ვარაუდები მოტივაციური ინტერვიუების ეფექტურობის, როგორც დამოუკიდებელი ინტერვენციის შესახებ, ალკოჰოლის ან კანაფის მოხმარების შემცირების შესახებ ინფორმაციის მიწოდების და შეფასების სტანდარტულ პრაქტიკასთან შედარებით. თუმცა ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დამოკიდებულების მკურნალობისადმი განწყობის შესაცვლელად მოტივაციური ინტერვიუება და მოტივაციის გაძლიერების თერაპია წარმატებულია [64, 65]. სხვა კვლევებმა აჩვენა, რომ მოტივაციური ინტერვიუება ეფექტურია მაშინ, როცა კომბინირებულია სხვა სამკურნალო

ინტერვენციებთან, როგორცაა ოჯახური თერაპია, მიღებისა და ვალდებულებების თერაპია და წახალისებაზე ორიენტირებული მიდგომა [66, 67].

იმის გათვალისწინებით, რომ მოტივაციური ინტერვიუება და მოტივაციის გაძლიერების თერაპია შეიძლება განხორციელდეს როგორც მოკლე ინტერვენციები სხვადასხვა კლინიცისტის მიერ, ამ ინტერვენციებს შეიძლება ჰქონდეთ სასარგებლო ეფექტი პირველადი ჯანდაცვის პირობებში. მაგალითად, აღმოჩნდა, რომ პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში მიწოდებული ხანმოკლე მოტივაციური ინტერვიუება ახდენს ხანგრძლივ გავლენას ალკოჰოლთან და კანაფის მოხმარებასთან დაკავშირებულ უარყოფით შედეგებზე, და ამ მიმართულებით იგი შეიძლება იყოს უფრო ეფექტური მოზარდებისთვის და ნაკლებად მძიმე მომხმარებლებისთვის [68-70]. პირველადი ჯანდაცვის გარდა, ბოლოდროინდელმა კვლევებმა აჩვენა, რომ მოტივაციური ინტერვიუება ეფექტურია გადაუდებელ სიტუაციებში, როგორცაა სასწრაფო დახმარების ცენტრები [71]. გადაუდებელ სიტუაციებში, მოტივაციური ინტერვიუება შესაძლოა უფრო ეფექტური იყოს 16 წლამდე ასაკის მოზარდებში [72], უფრო მეტად მოზარდ გოგონებთან, ვიდრე ბიჭებთან [73].

მოტივაციური ინტერვიუების მიწოდება სკოლებში წარმატებულად შეიძლება იქნას გამოყენებული. ამ მიმართულებით ჩატარებულმა ბოლო სამი წლის კვლევებმა აჩვენა ხანგრძლივი შედეგები. მაგალითად იყო რამდენიმე წამახალისებელი დასკვნა მცირე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევებში ($n=167-252$), სადაც ნაჩვენები იყო, რომ სკოლაში მოტივაციურ ინტერვიუებას შეუძლია წარმატებულად შეამციროს ალკოჰოლის მოხმარება, მაგრამ არა ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემები; შეუძლია შეამციროს კანაფის მოხმარება და კანაფის მოხმარებასთან დაკავშირებული უარყოფითი შედეგები [74, 75].

მთლიანობაში, მოტივაციური ინტერვიუება და მოტივაციის გაძლიერების თერაპია ეფექტური ინტერვენციებია, რადგან მათ შეუძლიათ გამოიწვიონ მოზარდებში მკურნალობის მიმართ დამოკიდებულების შეცვლა, მაგრამ როგორც დამოუკიდებელი მკურნალობა, მოტივაციური ინტერვიუება არ არის ისეთი ძლიერი, როგორც სხვა უფრო კარგად დამკვიდრებული ინტერვენციები. თუმცა, მოტივაციური ინტერვიუებისა და მოტივაციის გაძლიერების თერაპიის ხელმისაწვდომობის (სკოლები, პირველადი სამედიცინო დახმარება, გადაუდებელი დახმარება) და დროის სიმცირის (10-20 წუთი) გამო, ეს ინტერვენციები შეიძლება გახდეს მოზარდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მკურნალობის ყოვლისმომცველი მიდგომის ძირითადი კომპონენტები.

მესამე ტალღის კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია

„მესამე ტალღის“ კბთ-ები, როგორცაა მიღებისა და ვალდებულების თერაპია და გაცნობიერებულ მიმდებლობაზე დამყარებული კოგნიტური თერაპია, ხაზს უსვამს მიმდებლობის (მაგ., გრძნობების მიღებას, ნაცვლად აცილებისა და უარყოფისა) და გაცნობიერების (მაგ., მედიტაცია) ტექნიკებს. კვლევის დროს, ერთი კოჰორტის მოზარდები ჩართული იყვნენ მოტივაციურ ინტერვიუებაში და ვალდებულების თერაპიულ ინტერვენციაში [67] და მეორე კოჰორტაში კი - ჩართული იყვნენ გაცნობიერებულ მიმდებლობაზე დამყარებულ კოგნიტურ თერაპიაში. ორივე ჯგუფმა აჩვენა ნივთიერებების

მოხმარების შემცირება მკურნალობის დროს [76]; თუმცა, ამ მიმართულებით რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები ამჟამად არ არსებობს.

12-24 წლამდე მოზარდთა თემის გაძლიერების მიდგომა, მოზარდთა განვითარების ქცევითი მკურნალობაა, რომელიც დაფუძნებულია ოპერანტული განპირობებულობის პრინციპებზე. ეს მიდგომა ეფუძნება შიშის ელემენტის დაძლევას პოზიტიური განმამტკიცებლების გამოყენებით. კლინიკისტები მოზარდებს ეხმარებიან, შეიმუშავონ ჯანსაღი ცხოვრების წესი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების გარეშე [77]. ეს მიდგომა შესაფერისია ალკოჰოლის, კანაფის და/ან ოპიოიდების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მქონე 24 წლამდე მოზარდებისა და ახალგაზრდებისთვის [78]. ერთ-ერთმა კვლევამ შეისწავლა მოზარდთა თემის გაძლიერების მიდგომის 10 კვირიანი ეფექტურობა ინდივიდუალურ კბთ-სთან შედარებით იმ მოზარდებში, რომლებიც ვერ აღწევდნენ თავშეკავებას საწყისი 7 კვირიანი მოტივაციის გაძლიერების თერაპიის/კბთ-ის მკურნალობის პერიოდში [79]. იმ ჯგუფებს შორის, რომელთაც მიეწოდებოდათ მოზარდთა თემის გაძლიერებისა და ინდივიდუალური კბთ ინტერვენციები, სხვაობა არ გამოვლენილა, თუმცა აღნიშნულ კვლევას არ ჰყავდა საკმარისად რეპრეზენტატიული შენარჩევი, რომ მკურნალობის ეფექტები იდენტიფიცირებულიყო.

შესაძლო დამოუკიდებლად ეფექტური მკურნალობა: 12 ნაბიჯის პროგრამა

ახალგაზრდებისთვის 12-ნაბიჯის პროგრამების ეფექტურობის შესახებ მონაცემები ბოლო დრომდე მწირი იყო. 2016 წელს ჩატარებულმა კვლევამ აღწერა მოზარდების ამბულატორიული 12-ნაბიჯის პროგრამის შემუშავება, რომელიც მოიცავდა მოტივაციის გაძლიერების თერაპიის/კბთ-ის ელემენტებს და აღმოჩნდა, რომ ეს პროგრამა მარტივად განხორციელებადი და თავსებადი იყო ახალგაზრდებთან. აღმოჩნდა, რომ ახალგაზრდებისთვის განკუთვნილი აღნიშნული პროგრამა წარმატებით შეიძლება განმეორდეს სხვა გარემოში. ასევე, რაც უფრო ხშირად ესწრებიან მონაწილეები პროგრამას, მით უფრო მეტია ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისგან თავშეკავების დღეები [80]. მიდევნებითი კვლევის მიხედვით, რომელმაც შეადარა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების კონსულტირების და 12 ნაბიჯის პროგრამა 10 სესიისგან შემდგარ მოტივაციის გაძლიერების თერაპიის/კბთ-ის მოდელებს, აღმოჩნდა, რომ 12 ნაბიჯის პროგრამა დაკავშირებულია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ ნაკლებ გართულებებთან. ასევე, სულ მცირე ისეთივე ეფექტურია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების სიხშირის შესამცირებლად და თავშეკავების პერიოდის გასახანგრძლივებლად, როგორც მოტივაციური გაძლიერების თერაპია/კბთ. გარდა ამისა, 12 ნაბიჯის პროგრამაზე დასწრება ასოცირებულია თავშეკავებასთან როგორც მკურნალობის პროცესში, ასევე მისი დასრულებისას [59]. ამჟამად მწირია მტკიცებულებები, რომ 12 ნაბიჯის პროგრამა, როგორც დამოუკიდებელი მკურნალობის მიდგომა, ეფექტურია. თუმცა, ისევე როგორც მოტივაციის გაძლიერების თერაპია/კბთ, ის შეიძლება იყოს მკურნალობის უფრო ყოვლისმომცველი მიდგომის ეფექტური კომპონენტი [3].

ახალგაზრდებში ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მართვის სპეციფიკური ინტერვენციები - ფარმაცოთერაპია

მოზარდებში ყველაზე გავრცელებული ნივთიერებებია ალკოჰოლი, თამბაქო და კანაფი. მიუხედავად იმისა, რომ ალკოჰოლის მოხმარებისას ნალტრექსონი [81-83], კანაფის მოხმარებისას N- აცეტილცისტეინი [84, 85] და ნიკოტინის მოხმარებისას ბუპროპიონი [84, 86-88] გარკვეულ პერსპექტივას იძლევიან, ამ დროისთვის, არ გამოქვეყნებულა არცერთი კვლევა, რომელიც მიუთითებს მოზარდებში ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი დარღვევების მკურნალობისთვის ფარმაცოთერაპიის ეფექტურობაზე, როგორც დამოუკიდებელ მკურნალობაზე. არსებულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებით, ქვემოთ მოყვანილია რეკომენდაციები ახალგაზრდებში კონკრეტული ნივთიერებების მოხმარების ფარმაცოლოგიური მართვის თაობაზე.

სედაციური და საძილე საშუალებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მართვა ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება

- მოზარდები ძირითადად ბენზოდიაზეპინებს იყენებენ რეკრეაციული მიზნით. ბენზოდიაზეპინების დოზის ზრდა და გარკვეული ხნით რეგულარული მიღება იწვევს დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას.
- თავდაპირველად უნდა მოხდეს დოზის თანდათანობითი და ნელი შემცირება და ყურადღების გამახვილება ნებისმიერი შეტევის ან აგზნების ეპიზოდზე.
- თუ ხანმოკლე მოქმედების ბენზოდიაზეპინის შემცირება რთულად მიმდინარეობს, მაშინ ის შეიძლება შეიცვალოს ხანგრძლივი მოქმედების ბენზოდიაზეპინის ეკვივალენტური დოზით და შემდეგ ეტაპობრივად შემცირდეს.
- ანტიდერესანტები, მელატონინი და ზოგჯერ ვალპროატი, კარბამაზეპინი და ქვეთიაპინი, ასევე გამოიყენება დოზების შემცირების დასახმარებლად, მხარდამჭერ არაფარმაცოლოგიურ კონსულტაციებთან ერთად, როგორიცაა ფსიქოგანათლება, ძილის ჰიგიენა და კბთ. ვალპროატი უნდა დაიწყოს დოზით 125 მგ/დღეში და გაიზარდოს 750-დან 1200 მგ/დღემდე (დღეში ოთხჯერ გაყოფილი დოზებით), რაც შეიძლება სწრაფად.
- პაციენტებში, რომლებსაც აღენიშნებათ პოლიმოხმარება და ბენზოდიაზეპინის მაღალი დოზების გამოყენება რეკრეაციული მიზნით, საჭიროა სიფრთხილე კრუნჩხვების განვითარების რისკის გამო. ასეთ დროს უნდა მოხდეს სტაციონარულ პირობებში დოზის თანდათანობითი შემცირება, ხანგრძლივი მოქმედების ბენზოდიაზეპინთან ერთად [4].

ბენზოდიაზეპინების დეტოქსიკაცია [89]

- მოზარდებში, რომლებიც დანიშნულების გარეშე მოიხმარენ ბენზოდიაზეპინებს, მხოლოდ მცირე ნაწილს უვითარდება დამოკიდებულება. ბენზოდიაზეპინების

აღკვეთის სიმპტომების გამოვლენას შეიძლება დასჭირდეს 72 საათზე მეტი. გათვალისწინებული უნდა იყოს ის ფაქტი, რომ შესაძლოა, მოზარდმა წინა რამდენიმე დღის განმავლობაში ვერ შეძლო ბენზოდიაზეპინების მიღება (მაგ., პოლიციაში გატარებული დრო).

- თუ კლინიკური შეფასება მიუთითებს ბენზოდიაზეპინების რეგულარულ გამოყენებაზე, რომელიც დოზისა და ხანგრძლივობის მიხედვით საკმარისია დამოკიდებულების ჩამოსაყალიბებლად, უნდა დაინიშნოს ბენზოდიაზეპინების დეტოქსიკაცია. დიაზეპამი ნებადართულია ბენზოდიაზეპინების აღკვეთის სიმპტომების სამკურნალოდ.
- ბოლო დოზის მიღების დროისა და შეფასების მიხედვით, შეიძლება არ იყოს დაწყებული აღკვეთის სიმპტომების გამოვლენა, ამიტომ მნიშვნელოვანია სიმპტომების მონიტორინგი. არის შემთხვევები, როდესაც მოზარდი აღნიშნავს, რომ დიდი რაოდენობით ბენზოდიაზეპინებს მოიხმარდა, თუმცა მტკიცებულებები მიუთითებს, რომ საჭიროა მცირე დოზების დანიშვნა. ასეთ დროს, აღკვეთის სიმპტომების თავიდან ასაცილებლად გამოყენებული უნდა იყოს ყველაზე დაბალი დოზა.
- დიაზეპამის გამოყენება მიზანშეწონილია, რადგან მას აქვს ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი, მისი მიღება შესაძლებელია ყოველდღიური დოზებით და გვეხმარება კრუნჩხვების განვითარების პრევენციაში, ხოლო აბები ხელმისაწვდომია სხვადასხვა დოზებით. როდესაც დანიშნულია დიაზეპამი და საძილე საშუალება, როგორცაა თემაზეპამი, მიზანშეწონილია ყველა ბენზოდიაზეპინის დოზა კონვერტირდეს დიაზეპამის შესაბამის ეკვივალენტურ დოზად. ამის გაკეთება შესაძლებელია ეკვივალენტების დიაგრამების გამოყენებით - იხილეთ

- ცხრილი 3. მაგალითად, 5 მგ დიაზეპამი უხეშად უდრის 15 მგ ქლორდიაზეპოქსიდს და 10 მგ თემაზეპამს.
- დიაზეპამის გამოყენებით დეტოქსიკაცია უნდა მოხდეს თანდათანობით, დამოკიდებულების ხანგრძლივობისა და სიმძიმის მიხედვით. დეტოქსიკაციისთვის დღეში 30 მგ დიაზეპამი მაქსიმალური დოზაა, მაშინაც კი თუ წინა მიღებული დოზა უფრო მაღალი იყო. დოზის შემცირება ან გამოტოვება უნდა მოხდეს, თუ არსებობს სედაციის გამოხატული ნიშნები. დოზის განახლებამდე აუცილებელია პაციენტის ხელახალი შეფასება.
- არ არსებობს მკაფიო გაიდლაინი შეწყვეტის ხანგრძლივობის შესახებ. დიაზეპამის მიღების შეწყვეტა დამოკიდებული იქნება მთელ რიგ ფაქტორებზე: დამოკიდებულების სიმძიმე, პაციენტის ასაკი, სხეულის წონა, ტოლერანტობის ისტორია, არალეგალური ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის მოხმარება ან მასზე დამოკიდებულება. იმ შემთხვევაში, თუ ბენზოდიაზეპინებთან ერთად მოზარდს დანიშნული აქვს ოპიოიდებზე დამოკიდებულების სამკურნალო მედიკამენტები, მეთადონის ან ბუპრენორფინის დოზა უნდა იყოს სტაბილური, სანამ ბენზოდიაზეპინების დოზა ეტაპობრივად მცირდება.
- შესაძლებელია როგორც ალკოჰოლზე, ასევე ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულების დროს აღკვეთის სიმპტომების მართვა ქლორდიაზეპოქსიდით დაიწყოს, რომელიც ორივე შემთხვევაში, დამოკიდებულების სამართავად, მაღალი დოზებით უნდა დაიწყოს და შემდეგ შემცირდეს რამდენიმე დღის განმავლობაში (დღეში 4-ჯერადი მიღებით). შემდეგ ქლორდიაზეპოქსიდი უნდა შეიცვალოს დიაზეპამის დღეში ერთხელ მიღებით და თანდათან შემცირდეს ბენზოდიაზეპინზე დამოკიდებულება.
- ბენზოდიაზეპინის შეწყვეტა უნდა მოხდეს თანდათანობით. რეკომენდირებულია დღიური დოზის დაახლოებით ერთი მერვედით შემცირება ორ კვირაში ერთხელ, ან კვირაში 2 მგ-ის შემცირება, რომელიც უნდა გადაიხედოს, თუ აღკვეთის სიმპტომები გაძლიერდება. შეწყვეტის რეკომენდაციები მოიცავს 2-4 მგ-ს შემცირებას კვირაში, ან 5-10 მგ-ს თვეში. მოხსნის სიჩქარე ხშირად განისაზღვრება პაციენტის მიერ სიმპტომების მოთმენის უნარით. თუმცა, ხანგრძლივობა ნაწილობრივ უნდა განისაზღვროს მედიკამენტზე დამოკიდებულების სიმძიმისა და გამოყენების ხანგრძლივობის მიხედვით.
- ბენზოდიაზეპინების გრძელვადიანი დანიშვნა და თანდათანობით შეწყვეტა უნდა შეესაბამებოდეს მართვის ზოგად პრინციპებს: დამოკიდებულების მკაფიო ჩვენებები, მკაფიო შუალედური მიზნები, პაციენტის რეგულარული შეფასება და რეციდივის პრევენცია.
- ბენზოდიაზეპინებზე დამოკიდებულება და შეწყვეტა შეიძლება ასოცირებული იყოს სუიციდურ და თვითდამაზიანებელ ქცევებთან, შესაბამისად, უნდა იმართებოდეს სათანადო სიფრთხილით, ვინაიდან შეიძლება საჭირო გახდეს დოზების ნელი შემცირება და ფსიქოლოგიური დახმარება.
- მოზარდებში, რომლებსაც აქვთ ეპილეფსიური შეტევები, საჭიროა ბენზოდიაზეპინების საკმაოდ ფრთხილი დოზებით შემცირება და მუდმივი

მონიტორინგი. საჭიროების შემთხვევაში, სპეციალისტის რჩევით, უნდა მოხდეს ნებისმიერი ამჟამად დანიშნული ანტიკონვულსიური მედიკამენტის გადახედვა.

ცხრილი 3. დიაზეპამის ეკვივალენტური დოზა სხვა ბენზოდიაზეპინებთან [4]

ჰიპნოტიკები	ეკვივალენტური დოზა (5 მგ)	დაახლოებითი ნახევარდაშლის პერიოდი $t_{1/2}$ (სთ)
ძალიან ხანმოკლე მოქმედების ბენზოდიაზეპინები ($t_{1/2} < 4$ სთ)		
ტრიაზოლამი	0.25 მგ	1-3 სთ
მიდაზოლამი	15 მგ	1-3 სთ
ხანმოკლე მოქმედების ბენზოდიაზეპინები ($t_{1/2}$ 6-12 სთ)		
ოქსაზეპამი	15 მგ	4- 15 სთ
ტემაზეპამი	10 მგ	5 – 15 სთ (10 სთ)
შუალედური მოქმედების ბენზოდიაზეპინები (მოიცავს აქტიურ მეტაბოლიტებს) ($t_{1/2}$ 12-24 სთ)		
ლორაზეპამი	1 მგ	12-16 სთ
ბრომაზეპამი	3 მგ	20 სთ
ალპრაზოლამი	0.5 მგ	6 -25 სთ
ფლუნიტრაზეპამი	1 მგ	20-30 სთ
კლობაზამი	10 მგ	17 – 49 სთ
ხანგრძლივი მოქმედების ბენზოდიაზეპინები ($t_{1/2} > 24$ სთ)		
კლონაზეპამი	0.5 მგ	22 – 54 სთ
დიაზეპამი	5 მგ	20 – 80 სთ
ქლორდიაზეპოქსიდი	10 მგ	> 50 სთ
ფლურაზეპამი	15 მგ	> 50 სთ
ნიტრაზეპამი	5 მგ	16- 48 სთ
Z- წამლები		
ზოლპიდემი	10 მგ	2.4 სთ
ზოპიკლონი	7.5 მგ	5.2 სთ
ზალეპლონი	10 მგ	1.5 სთ

შენიშვნა: $t_{1/2}$ - დაახლოებითი ნახევარდაშლის პერიოდი

ბარბიტურატებზე დამოკიდებულება

- ბარბიტურატებს განსაკუთრებული ყურადღება სჭირდება დამოკიდებულების მაღალი პოტენციალისა და ვიწრო თერაპიული ფანჯრის გამო. მონაცემები ძალიან მწირია ზრდასრულ მოსახლეობაზე და არ არსებობს მოზარდებში.
- ინტოქსიკაციის დროს არ არსებობს სპეციფიკური ანტიდოტი და აქცენტი ძირითადად კეთდება დამხმარე საშუალებებზე. ბარბიტურატებზე დამოკიდებულების მართვის პრინციპი იგივეა, რაც ბენზოდიაზეპინების შემთხვევაში, თუმცა მიზანშეწონილია მკურნალობა ჩატარდეს სტაციონარულ პირობებში. არაფარმაკოლოგიური ჩარევები, ისეთივე მნიშვნელოვანია ამ დროს, როგორც სხვა ნივთიერებებზე დამოკიდებულების დროს.

სტიმულატორები

ლიტერატურა კოკაინსა და ამფეტამინზე დამოკიდებულების დროს ფარმაკოლოგიური მედიკამენტების გამოყენების შესახებ მწირია. ბავშვებსა და მოზარდებში ამ მიმართულებით კვლევები და მიმოხილვები არ არსებობს. სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში შედეგების გათვალისწინებით, ამერიკის დამოკიდებულების მედიცინის ასოციაციის (ASAM) კლინიკური გაიდლაინის კომიტეტმა ჩათვალა, რომ კლინიკისტებმა შეიძლება განიხილონ ფარმაკოთერაპია ინდივიდუალურად, პოტენციური სარგებელის და ზიანის დაბალანსებით [90].

კლინიკისტებმა უნდა უზრუნველყონ სტიმულატორების მომხმარებელი მოზარდები და ახალგაზრდები, იგივე მკურნალობის, ზიანის შემცირებისა და გამოჯანმრთელების მხარდაჭერის სერვისებით, როგორცაა აწვდიან მოზრდილებს, პიროვნების განვითარების დონის გათვალისწინებით.

კლინიკისტებს შეუძლიათ განიხილონ მოზარდებისა და ახალგაზრდების მკურნალობა ფარმაკოთერაპიული საშუალებებით, რაც მოწოდებულია სტიმულატორების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების ფარმაკოთერაპიისთვის მოზრდილებში ინდივიდუალურად, პოტენციური სარგებელის და ზიანის დაბალანსებით.

ფარმაკოთერაპია მოიცავს როგორც არაფსიქომასტიმულირებელი მედიკამენტების, ასევე- ფსიქოსტიმულატორების გამოყენებას.

არაფსიქომასტიმულირებელი მედიკამენტები

ბუპროპიონი: კოკაინის და ამფეტამინის ტიპის სტიმულატორების (ატს) მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების დროს, და ამასთან, კომორბიდული დაავადებების არსებობისას, როგორცაა კოკაინის ან ამფეტამინის ტიპის სტიმულატორების (ატს) და ნიკოტინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები და აგრეთვე, დეპრესიული აშლილობები, კლინიკისტებმა შეიძლება განიხილონ ბუპროპიონის გამოყენება, რამდენადაც ბუპროპიონი ეფექტურია ყველა ჩამოთვლილი აშლილობის სამკურნალოდ (დაბალი ხარისხის მტკიცებულება, პირობითი რეკომენდაცია⁶).

ბუპროპიონი და ნალტრექსონი: კლინიკისტებს შეუძლიათ განიხილონ ამ კომბინაციის გამოყენება ატს-ის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების დროს, და ამასთან, კომორბიდული დაავადებების არსებობისას, როგორცაა ატს და ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები, ატს და თამბაქოს/ნიკოტინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები, ატს და და დეპრესიული აშლილობები (საშუალო ხარისხის მტკიცებულება, პირობითი რეკომენდაცია).

ტოპირამატი: ატს-ის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების დროს, და ამასთან, კომორბიდული დაავადებების არსებობისას, როგორცაა ატს და ალკოჰოლის მოხმარებით

⁶ პირობითი რეკომენდაცია: რეკომენდაციის შესრულების სასურველი ეფექტი სავარაუდოდ, აღემატება არასასურველს. საჭიროებს კლინიკურ განსჯას.

გამოწვეული აშლილობებისას, შეიძლება განიხილული იყოს ტოპირამატის გამოყენება (დაბალი ხარისხის მტკიცებულება, პირობითი რეკომენდაცია).

მირტაზაპინი: ატს-ის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების დროს, და ამასთან, კომორბიდული დაავადებების არსებობისას, როგორცაა ატს და დეპრესია, შეიძლება განიხილული იყოს მირტაზაპინის გამოყენება (დაბალი ხარისხის მტკიცებულება, პირობითი რეკომენდაცია).

რეკომენდაციები ფსიქომასტიმულირებელ მედიკამენტებთან დაკავშირებით

საქართველოში სტიმულატორები არ გამოიყენება პაციენტების სამკურნალოდ, თუმცა გაწვდით საზღვარგარეთის გამოცდილებას. ფსიქოსტიმულატორები და მათი კომბინაციები სხვა პრეპარატებთან გამოიყენება ნივთიერებათა მოხმარების შემცირებისთვის, დაავადების სიმპტომების შემსუბუქებისთვის, თავშეკავების და მკურნალობაში დაყოვნების გასახანგრძლივებლად.

მოდაფინილი კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები; (დაბალი ხარისხის მტკიცებულება, პირობითი რეკომენდაცია).

ტოპირამატი და გახანგრძლივებული მოქმედების ამფეტამინების მარილების ნაკრები კოკაინი; კოკაინი + ალკოჰოლი; კოკაინი + ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომი- ADHD; (საშუალო ხარისხის მტკიცებულება, პირობითი რეკომენდაცია).

გახანგრძლივებული მოქმედების ამფეტამინი კოკაინის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები; კოკაინი + ADHD; (დაბალი ხარისხის მტკიცებულება, პირობითი რეკომენდაცია).

გახანგრძლივებული მოქმედების მეთილფენიდატი ატს; ატს + ADHD; (დაბალი ხარისხის მტკიცებულება, პირობითი რეკომენდაცია).

ალკოჰოლი

- ალკოჰოლის დეტოქსიკაციისთვის იყენებენ ბენზოდიაზეპინებს, უმეტესად, ქლორდიაზეპოქსიდს ან დიაზეპამს. ხანგრძლივი მეტაბოლიზმის მქონე ბენზოდიაზეპინები უფრო ეფექტურია გულყრების და დელირიუმის თავიდან ასაცილებლად. ზოგადად რეკომენდებულია ქლორდიაზეპოქსიდი, თუმცა დიაზეპამი შეიძლება იყოს უფრო სასარგებლო, თუ არსებობს გულყრების ისტორია. ფიზიკური დამოკიდებულების დიაგნოსტიკის შემდგომ მყისიერად უნდა მოხდეს ალკოჰოლის სიმპტომების მკურნალობა.
- დამოკიდებულების სიმძიმე გავლენას ახდენს ბენზოდიაზეპინების დოზაზე. არსებობს ბენზოდიაზეპინების მიღების სხვადასხვანაირი მეთოდები, როგორცაა დოზის ტიტრირება ალკოჰოლის სიმპტომების შესაბამისად, "წინასწარი დატვირთვა" მსუბუქი სედაციის მიღწევამდე ან ფიქსირებული დოზის რეჟიმი. ზოგიერთი ასეთი რეჟიმი მოითხოვს უფრო კვალიფიციურ მონიტორინგს და ზედამხედველობას.
- ჩვეულებრივი რეჟიმის დროს პაციენტები თავდაპირველად იღებენ დაახლოებით 20 მგ. ქლორდიაზეპოქსიდს 4-ჯერ დღეში და შემდეგ 7 დღის განმავლობაში - კლებად დოზებს. საწყის ეტაპზე აუცილებელია დოზის დღეში ოთხჯერ მიღება,

რათა მოხდეს აღკვეთის სიმპტომების სტაბილიზაცია და შემდეგ - ქლორდიაზეპოქსიდის ტიტრირება საჭირო დოზამდე. დოზის მსუბუქი ცვლილება შეიძლება 5 დღის განმავლობაში შემდეგი სახით მოხდეს: დღე 1 - 20 მგ ქლორდიაზეპოქსიდი; მე-2 დღე - 15 მგ ქლორდიაზეპოქსიდი; მე-3 დღე 10 მგ ქლორდიაზეპოქსიდი; მე-4 დღე - 5 მგ ქლორდიაზეპოქსიდი; მე-5 დღე 5 მგ ბენზოდიაზეპინი; ან გრადაცია აქ მოყვანილი შემცირების შესაბამისად.

- თუ არსებობს სედაციის ძლიერი ნიშნები, უნდა მოხდეს ქლორდიაზეპოქსიდის დოზის შემცირებასთან ერთად რეჟიმის მკაცრი მონიტორინგი. მწირია მონაცემები ბავშვებისა და მოზარდებისათვის საჭირო დოზების შესახებ. მიუხედავად იმისა, რომ 20 მგ 4-ჯერ დღეში, შეიძლება იყოს შესაბამისი ზომიერი სიმძიმის დამოკიდებულების მქონე მოზარდებისთვის, უჩვეულო და მძიმე დამოკიდებულების დროს საჭიროა დოზის გაზრდა, რომელიც იცვლება აღკვეთის სიმპტომების სიმძიმის მიხედვით. თუ ღებინება მუდმივად გრძელდება, საჭიროა ჰოსპიტალიზაცია, რადგან, შესაძლოა, საჭირო გახდეს პარენტერალური სედაცია. პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ ეპილეფსიის დიაგნოზი, უნიშნავენ ანტიკონვულსიურ მედიკამენტებს, რომელთა მიღებისას საჭიროა სიფრთხილე და ხშირი მონიტორინგი. შესაძლოა, საჭირო გახდეს ნევროლოგის კონსულტაცია.
- მნიშვნელოვანია, რომ საწყის ეტაპზე, მინიმუმ 7 დღის განმავლობაში პაციენტი იყოს სპეციალისტების დაკვირვების ქვეშ, რადგან შეიძლება განვითარდეს გულყრები ან თანმხლები ფსიქიკური დაავადების, მაგალითად შფოთვის აშლილობის ან თავის ტრავმის სიმპტომები, რაც ხელს შეუშლის მკურნალობის პროცესს. დეტოქსიკაციისთვის შესაფერისი გარემო უნდა განისაზღვროს დამოკიდებულების სიმძიმის, სხვა ფიზიკური თანმხლები სირთულეების, დახმარების ხელმისაწვდომობისა და პაციენტზე დაკვირვების მიხედვით. მშობლები/მეურვეები ინფორმირებულები უნდა იყვნენ შესაძლო გვერდითი მოვლენების, ზედოზირების და იმის შესახებ, თუ როგორ უნდა მიიღონ დახმარება, თუ მათ ექნებათ ეჭვი მოზარდის ჯანმრთელობის გაუარესებაზე.
- იმ შემთხვევაში, თუ ალკოჰოლის და ოპიოიდების დეტოქსიკაცია ერთდროულად მიმდინარეობს, არ უნდა მოხდეს მეთადონის ან ბუპრენორფინის დოზის შემცირება, ალკოჰოლის დეტოქსიკაციის დასრულებამდე.

გართულებები

თუ, დეტოქსიკაციის დროს, მოზარდს კვლავ აღენიშნება ალკოჰოლის აღკვეთის სიმპტომები, უნდა მიეცეს ქლორდიაზეპოქსიდის ან დიაზეპამის დამატებითი დოზები. თუ პაციენტის მდგომარეობა არ დასტაბილურდება, ის სასწრაფოდ უნდა გადაიყვანონ სტაციონარში, რადგან ეს მიაწინებს პოტენციურად ლეტალურ გამოსავალზე.

ხანგრძლივი მეტაბოლიზმის მქონე ბენზოდიაზეპინები ხელს უწყობენ დელირიუმის თავიდან აცილებას და რეკომენდებულია ალკოჰოლის აღკვეთის გართულებული სიმპტომების დროს. თუმცა, ახალგაზრდა დელირიუმის სიმპტომებით სასწრაფოდ უნდა მოთავსდეს სტაციონარში. თუ მოზარდს აქვს დელირიუმის, ვერნიკეს

ენცეფალოპათიის ან თუნდაც სხვა გამოხატული სიმპტომები, დაუყოვნებლივ უნდა მოხდეს მისი გადაყვანა სტაციონარში (ვერნიკეს ენცეფალოპათია გვხვდება ალკოჰოლზე დამოკიდებული მოზრდილთა მხოლოდ 10% -ში).

ალკოჰოლის რეციდივის პრევენცია

აკამპროსატი შეიძლება გამოყენებული იქნას თავშეკავების შესანარჩუნებლად, ალკოჰოლის მოხმარების და მოხმარების კომპულსური სურვილის შესამცირებლად, თუმცა არ არსებობს მკაფიო მტკიცებულება, თუ რა ტიპის პაციენტებშია უკეთესი ამ მედიკამენტის გამოყენება. მოზრდილებში აკამპროსატი რეკომენდებულია მათთვის, ვინც ცდილობს შეინარჩუნოს სიფხიზლე ფსიქოსოციალურ მკურნალობასთან ერთად. 18 წლამდე ასაკის ალკოჰოლზე დამოკიდებული პირებისთვის აკამპროსატი არ არის რეკომენდებული, თუ არ ხდება სპეციალისტების ჩართულობა. მიუხედავად ამისა, არსებობს გარკვეული დადებითი შეფასებები აკამპროსატის მოზარდებში გამოყენების შესახებ.

დისულფირამის მრავალწლიანი გამოყენების მიუხედავად, რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების რაოდენობა მცირეა. სპეციალისტების კონტროლის ქვეშ მედიკამენტის მოხმარებამ შეიძლება გააუმჯობესოს შედეგები. თუმცა თუ პრეპარატის მოხმარება ხდება მეთვალყურეობის გარეშე, შედეგი ნაკლებად ეფექტურია. დისულფირამის გამოყენებისას აუცილებელია სიფრთხილე, რათა არ მოხდეს წამლის და ალკოჰოლის ერთდროული მიღება. მოზარდებისთვის დისულფირამის გამოყენება არ არის რეკომენდებული სპეციალისტების ჩართულობის გარეშე. ასეთ შემთხვევაში შეიძლება სასარგებლო იყოს მშობლების/მეურვეების მხარდაჭერა. მიუხედავად იმისა, რომ რამდენიმე კვლევის შედეგი იმედს იძლევა მოზარდებში ნალტრექსონის პოტენციურ სარგებელთან დაკავშირებით [91], არსებული მტკიცებულებები არ არის საკმარისი ალკოჰოლით გამოწვეული დარღვევების დროს ნალტრექსონის გამოყენების რეკომენდაციის გასაწევად [89].

კანაფი

კანაფზე დამოკიდებულება აღინიშნება მის რეგულარულად მომხმარებლებში. დამახასიათებელი ალკვითის სიმპტომები ვლინდება მოხმარების უეცარი შეწყვეტისას. ეს სიმპტომები შეიძლება გაგრძელდეს 10 დღიდან - რამდენიმე კვირამდე და შეიძლება დაკავშირებული იყოს მადის დაქვეითებასთან, წონის დაკარგვასთან, ძილის პრობლემებთან, მოხმარების გაძლიერებულ სურვილთან, გაღიზიანებასთან, აგრესიასთან და ფხიზელ ძილთან. ამ სიმპტომების მართვას შეიძლება დასჭირდეს მხარდამჭერი მკურნალობა.

კანაფმა შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოზები მოზარდებში და ნეგატიურად იმოქმედოს მათზე, ვისაც ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები აქვთ. მოზარდებს, რომლებსაც აქვთ ისეთი ფსიქოზები, როგორიცაა შიზოფრენია, კანაფის ქრონიკული მოხმარება უარყოფითად იმოქმედებს დაავადების მიმდინარეობაზე და მის მართვაზე, რაც დაკავშირებული იქნება მედიკამენტების არასათანადოდ მიღებასთან და უფრო ადრეულ და ხშირ რეციდივებთან. ნარკოტიკებით გამოწვეული ფსიქოზების მართვა მოითხოვს

დაუყოვნებლივ მკურნალობას ანტიფსიქოზური მედიკამენტებით და ბავშვთა და მოზარდთა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტთან/გუნდთან მჭიდრო თანამშრომლობას. მნიშვნელოვანია, რომ კანაფის სარისკო მომხმარებლებში ყურადღებით შეფასდეს ფსიქიკური მდგომარეობა და ჩატარდეს ფსიქოსოციალური მკურნალობა [89].

ინჰალანტები

ინჰალანტები იაფია, ადვილად ხელმისაწვდომი და უზრუნველყოფს სწრაფ ინტოქსიკაციას. ამ კატეგორიას მიეკუთვნება საყოფაცხოვრებო და კომერციული პროდუქტების ფართო სპექტრი. ინჰალანტებით ინტოქსიკაცია ალკოჰოლური თრობის მსგავსია. ეიფორიის, განმუხრუჭების და აგზნების სიმპტომები იწვევს დეზორიენტაციას და ცენტრალური ნერვული სისტემის ხანმოკლე დათრგუნვას. სიკვდილიანობა უფრო ხშირად დაკავშირებულია "უეცარ შეყნოსვასთან" ან ინტოქსიკაციის დროს შემთხვევით მიყენებულ დაზიანებასთან. ინჰალანტებზე ფიზიკური დამოკიდებულების სიმპტომების შესახებ მტკიცებულებები შეზღუდულია. შემთხვევები მიუთითებს, რომ ინჰალანტების აღკვეთის სიმპტომები მსგავსია ალკოჰოლის აღკვეთის სიმპტომებისა. ფიზიკური სიმპტომები, როგორც წესი, ხანმოკლეა, თუმცა აგზნება და ლტოლვა შეიძლება გაგრძელდეს კვირების განმავლობაში. რეკომენდებულია ინჰალანტების მომხმარებლების რუტინული შეფასება. ინტოქსიკაციის შემთხვევაში, მოზარდს შეიძლება დასჭირდეს ხანგრძლივი დაკვირდება.

არ არსებობს რეკომენდებული სპეციფიკური ფარმაკოლოგიური მკურნალობა, მაგრამ მოკლევადიან პერიოდში შეიძლება საჭირო გახდეს აგზნების სიმპტომური მკურნალობა და მხარდაჭერა. მკურნალობის პერიოდში, უნდა მოხდეს პაციენტის საჭიროებების ყოვლისმომცველი შეფასება და მკურნალობის გეგმის შემუშავება [89].

ოპიოიდები

ეს სახელმძღვანელო რეკომენდაციას გასცემს ხელმისაწვდომი მკურნალობისა და მხარდაჭერის სრულ სპექტრზე, დაწყებული ზიანის შემცირების სერვისებიდან, სიფხიზლეზე ორიენტირებული სერვისებით და დამთავრებული ფარმაკოლოგიური მკურნალობით, მათ შორის, ბუპრენორფინით/ნალოქსონით. უახლესი კვლევები მიუთითებს, რომ ფარმაკოლოგიური მკურნალობა სრული ან ნაწილობრივი ოპიოიდური აგონისტებით, კომპლექსური ფსიქოსოციალური მკურნალობის ინტერვენციებისა და მხარდაჭერის პარალელურად, იძლევა უკეთეს კლინიკურ შედეგებს. თუმცა არ არის ნათელი მოზარდებისთვის რომელი ოპიოიდური აგონისტებით მხარდაჭერი თერაპია არის უკეთესი.

მნიშვნელოვანი რისკები და სარგებელი

ზოგი პრაქტიკოსი, შესაძლოა, ეჭვქვეშ აყენებდეს მოზარდებისთვის ოპიოიდური აგონისტებით მხარდაჭერი თერაპიის დანიშვნას, ვინაიდან გრძელვადიანი მკურნალობა ხშირად იწვევს წუხილს და ასევე, იმიტომ, რომ მოზარდებს ყოველდღიური კონტაქტი უწევთ ზრდასრულ ბენეფიციარებთან [92], ვინაიდან ახალგაზრდებისთვის სპეციფიკური ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის სერვისები არ არის ხელმისაწვდომი. გადაწყვეტილების მიღებისას ფრთხილად უნდა იყოს გათვალისწინებული

ფარმაკოთერაპიის არ დაწყების ან შეწყვეტის რისკები, ზედოზირების, აივ ინფექციის, ვირუსული ჰეპატიტების ან სხვა ინფექციური დაავადებების გავრცელების რისკები, ავადობისა და სიკვდილიანობის რისკთან ერთად [93, 94]. დამატებით, ეს დოკუმენტი რეკომენდაციას გასცემს პირველ რიგში ბუპრენორფინ-ნალოქსონის ფარმაკოთერაპიის დანიშვნაზე ზომიერი და მძიმე ოპიოიდების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისთვის, ვინაიდან პრეპარატი შეიძლება დაინიშნოს მოქნილი დოზირებით სახლში მკურნალობის დროს. მნიშვნელოვანი რისკები, რომლებიც დაკავშირებულია ოპიოიდების ინექციურ მიღებასთან, მათ შორის ფატალური ზედოზირება, ენდოკარდიტი, ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი და C ჰეპატიტი, ასევე უნდა იქნას გათვალისწინებული. ნებისმიერი დანიშნული მედიკამენტი უნდა ითვალისწინებდეს მკურნალობის გეგმას, რომელიც ხშირად უნდა გადაიხედოს, შესაბამის ფსიქოსოციალურ ინტერვენციებთან ერთად. გასათვალისწინებელია მედიკამენტების მონიტორინგის გეგმის შემუშავება ოჯახთან ერთად და წამლების მიღების უზრუნველყოფა, მკურნალობის უკეთესი შედეგების მისაღებად [93].

ახალგაზრდებში ოპიოიდური აგონისტებით მკურნალობის დროს გასათვალისწინებელი კრიტერიუმები

ვინაიდან ინდივიდუალური სიტუაციები განსხვავებულია ერთმანეთისაგან, ოპიოიდური აგონისტებით მკურნალობისთვის გასათვალისწინებელი კრიტერიუმები (ცხრილი 4) წარმოდგენილია იმის აღიარებით, რომ ცალკეული პაციენტები შეიძლება არ აკმაყოფილებდნენ ყველა ჩამოთვლილ კრიტერიუმს, ხოლო კრიტერიუმები, რომლებიც არ არის ჩამოთვლილი, შეიძლება იყოს გასათვალისწინებელი მკურნალობის დროს. კლინიკისტებს მოუწოდებენ, გაითვალისწინონ თითოეული პაციენტის მდგომარეობა, მათ შორის ასაკი, სიმწიფე/განვითარების ასაკი და ნარკოტიკების მოხმარების ისტორია.

ცხრილი 4. კრიტერიუმები, რომლებიც უნდა გავითვალისწინოთ ოპიოიდური აგონისტებით მკურნალობისას ახალგაზრდებში

როდის უნდა განიხილონ ოპიოიდური აგონისტებით მხარდამჭერი თერაპია, ახალგაზრდებისთვის, ოპიოიდების მოხმარებით გამოწვეული დამოკიდებულების დროს (არ არის აუცილებელი ყველა კრიტერიუმის დაკმაყოფილება):

- თანმხლები/კომორბიდული ფიზიკური ან ფსიქიატრიული დარღვევები, რომლებიც საჭიროებენ სამედიცინო ჩარევას
- პაციენტს მნიშვნელოვანი სარგებელი არ მიუღია ფსიქოსოციალური მკურნალობის ინტერვენციების და აღდგენა/გამოჯანმრთელებაზე ორიენტირებული სერვისების დროს
- ზედოზირების ისტორია, ინექციური ნარკოტიკების მოხმარება, ოპიოიდების მოხმარებასთან დაკავშირებული სასწრაფო დახმარების ვიზიტები
- მოზარდები არიან ავადობისა და სიკვდილობის მაღალი რისკის ქვეშ (მაგალითად, ზედოზირება, ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება, სარისკო

სექსუალური გამოცდილებები, სატრანსპორტო საშუალებების მართვა ალკოჰოლური ზემოქმედების ქვეშ)

- ოჯახი ან მშობლები/მეურვეები (ან სხვა მხარდამჭერები) ჩართული არიან მკურნალობის დაგეგმვაში და შეუძლიათ მონიტორინგი და მხარდაჭერა მიმდინარე მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების პროცესში
- 21 წელი ან უფროსი ასაკი (შენიშვნა: კლინიკური შეფასება შეიძლება შეიცვალოს კრიტერიუმების სიმძიმის, ზედოზირების ანამნეზისა და სხვა რისკების მიხედვით).

ფაქტორები, რომლებიც გასათვალისწინებელია მედიკამენტის არჩევისას

- პაციენტის წარსულში მიღებული გამოცდილება (მაგალითად, მკურნალობის ტიპი, მედიკამენტების მიღების ხანგრძლივობა, მკურნალობისადმი დამყოლობა)
- პაციენტის წარსული გამოცდილება და ფსიქოსოციალური ინტერვენციებისა და აღდგენა/გამოჯანმრთელებაზე ორიენტირებული მომსახურების მკურნალობის შედეგები
- პაციენტის და ოჯახის დამოკიდებულება და შეხედულება ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპიის მიმართ
- ოჯახის ჩართულობა მკურნალობისა და გამოჯანმრთელების დაგეგმვაში
- ჯანმრთელობის მდგომარეობა (სამედიცინო და ფსიქიატრიული ისტორია, ალერგიები)
- პოტენციური უკუჩვენებები მედიკამენტების ერთდროულად მიღებისას (მეთადონის პოტენციური უკუჩვენებებია: მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები, სეროტონინის უკუმიტაცების სელექციური ინჰიბიტორები, ანტიფსიქოზურები, ქვეტიაპინის ფუმარატი, ბენზოდიაზეპინები და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტები. ბუპრენორფინ/ნალოქსონის პოტენციური უკუჩვენებებია: ბენზოდიაზეპინები, ოპიოიდური ანალგეტიკები და ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტები.

აგონისტებით მხარდამჭერი თერაპიის დაწყება დამოკიდებულია რამდენიმე სპეციფიკურ ფაქტორზე, როგორიცაა თანმხლები დაავადებები (მაგ., ღვიძლის დაავადება, კარდიოგრამაზე QT კბილის გახანგრძლივებული ინტერვალი), წამლების ურთიერთქმედება, ოჯახური და სოციალური მხარდაჭერა და წინა პასუხი(ებ) მკურნალობაზე, ასევე სერვისის მიმწოდებლის გამოცდილება და შესაბამისი განათლება. მკურნალობის ტიპის მიუხედავად, აგონისტებით მხარდამჭერი მკურნალობა უნდა მოიცავდეს პროვადერის კონსულტაციას, რომელიც მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება მხოლოდ ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის შემოწმებით. კონსულტაცია უნდა იყოს არაგანსჯითი და მოიცავდეს მხარდაჭერას და რჩევების მიცემას. ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი მკურნალობა უნდა მოიცავდეს ხანგრძლივ ზრუნვას (მაგ., რეგულარული

შეფასება, მიდევნება და შარდის ტოქსიკოლოგიური ტესტები), საჭიროებისამებრ სპეციალიზებულ დახმარებას, რათა გამოჯანმრთელების პროცესში მოხდეს პაციენტის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის ოპტიმიზაცია.

ნარკოტიკული საშუალებების ურთიერთქმედების შედეგად ზედოზირების რისკის გამო, პაციენტებთან ყოველ ვიზიტზე უნდა მოხდეს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების, მათ შორის ალკოჰოლის და სხვა დამამშვიდებელი საშუალებების მოხმარების განხილვა. საჭიროების შემთხვევაში უნდა მოხდეს გადამისამართება ფსიქოსოციალური მკურნალობის ინტერვენციებზე და სხვა სპეციალისტებთან.

ბუპრენორფინ-ნალოქსონი

საქართველოში ბუპრენორფინ-ნალოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპია დაშვებულია 21 წელზე ზემოთ პაციენტებში, რომლებსაც განვითარებული აქვთ ზომიერი ან მძიმე ოპიოიდური დამოკიდებულება. არსებობს ვრცელი ლიტერატურა, რომელიც მხარს უჭერს ბუპრენორფინ-ნალოქსონის გამოყენებას ოპიოიდებზე დამოკიდებულების მქონე მოზრდილებში, თუმცა შეზღუდულია კვლევები, რომლებიც მხარს უჭერს ბუპრენორფინის/ნალოქსონის გამოყენებას მოზარდებში [95]. მიუხედავად ამისა, ბუპრენორფინი, რომელიც გამოიყენება, როგორც ტკივილგამაყუჩებელი საშუალება, ნაჩვენებია, რომ უსაფრთხო და ეფექტურია მოზარდებისთვის [96]. 15-18 წლის ასაკის მოზარდების რეტროსპექტულმა კოჰორტულმა კვლევამ აჩვენა, რომ ბუპრენორფინ-ნალოქსონით ჩანაცვლებით თერაპიაზე, უმეტესობა, კარგად რეაგირებდა [97]. თუმცა ზოგ პაციენტს აღენიშნებოდა ღვიძლის ფერმენტების მომატება [98]. 18 წლამდე ასაკის პაციენტებში ანალგეზიისთვის გამოყენებული ბუპრენორფინის კვლევამ არ გამოავლინა სერიოზული რესპირატორული პრობლემები და გვერდითი ეფექტები ისეთივე სიხშირით გამოვლინდა, როგორც მოზრდილებში [96]. შეზღუდული მონაცემები მიუთითებს, რომ ბუპრენორფინ-ნალოქსონი ეფექტურია 18-25 წლის ასაკის მოზრდილებში ოპიოიდების მოხმარების შემცირების თვალსაზრისით, თუმცა თავშეკავების ხანგრძლივობა მნიშვნელოვნად დაბალია, ვიდრე უფროსი ასაკის მოზრდილებში [99-101].

რანდომიზებულმა კონტროლირებადმა ორმა კვლევამ აჩვენა ბუპრენორფინით მკურნალობის სარგებელი ოპიოიდებზე დამოკიდებულების მქონე ახალგაზრდებისთვის. კვლევები მოიცავდა ბუპრენორფინისა და კლონიდინის და ბუპრენორფინის ხანმოკლე და ხანგრძლივი გამოყენების შედარებას. პირველ კვლევაში, მოზარდების ერთ ჯგუფს აძლევდნენ ბუპრენორფინს კლებადი დოზებით 28 დღე და მეორე ჯგუფს - კლონიდინს 20 დღე, რასაც მოჰყვა 8 დღიანი პლაცებოს გამოყენება. აღმოჩნდა, რომ ბუპრენორფინის შედეგები მნიშვნელოვნად აღემატებოდა კლონიდინით მკურნალობის შედეგებს, ხანგრძლივი თავშეკავების და მკურნალობაში დაყოვნების თვალსაზრისით [97]. კვლევის მეორადი ანალიზის შედეგად დადგინდა, რომ ჰეროინზე და რეცეპტით გაცემულ ოპიოიდზე დამოკიდებული ახალგაზრდები აჩვენებდნენ თავშეკავების ერთნაირ დონეს, რის შედეგადაც გამოტანილ იქნა დასკვნა, რომ ბუპრენორფინი და ქცევითი მკურნალობა უსაფრთხოა და ეფექტურია როგორც ჰეროინზე, ასევე რეცეპტით გაცემულ ოპიოიდზე დამოკიდებული ახალგაზრდებისთვის.

მეორე, რანდომიზებულმა კონტროლირებადმა კვლევამ შეაფასა ხანგრძლივი და მოკლევადიანი ბუპრენორფინ-ნალოქსონის ჩანაცვლებითი მკურნალობის გავლენა 15-21 წლის ასაკის ახალგაზრდებში. მონაწილეების ერთმა ჯგუფმა მიიღო 2-კვირიანი ბუპრენორფინ-ნალოქსონის მკურნალობა კლებადი დოზებით, ხოლო მეორე ჯგუფმა მიიღო 8-კვირიანი ბუპრენორფინ-ნალოქსონის მკურნალობა, რომელსაც მოჰყვა 4-კვირიანი დოზის შემცირება. ორივე ჯგუფი ჩართული იყო 12-კვირიანი ფსიქოსოციალური მკურნალობის ინტერვენციაში [102]. ახალგაზრდები, რომლებიც 8 კვირის განმავლობაში იღებდნენ ბუპრენორფინს, რომელსაც მოჰყვა 4-კვირიანი დოზის კლება, მკურნალობის დროს, ჰქონდათ მნიშვნელოვნად დაბალი არასამედიცინო და არალეგალური ოპიოიდების გამოყენების მაჩვენებელი იმ ჯგუფთან შედარებით, რომლებმაც დაასრულეს 2-კვირიანი მკურნალობა. თუმცა, ეს განსხვავება მალევე გაქრა ბუპრენორფინის სრულად შეწყვეტის შემდეგ. ამ შედეგების გათვალისწინებით, ამჟამად არ არსებობს მტკიცებულება დოზის შემცირების ხანგრძლივობის შესახებ, თუ ახალგაზრდა პაციენტი კარგად რეაგირებს ბუპრენორფინ-ნალოქსონზე.

კვლევის შედეგების მიხედვით აღმოჩნდა, რომ 18-25 წლის ახალგაზრდებში მნიშვნელოვნად დაბალია ბუპრენორფინით მკურნალობის პროგრამაში დაყოვნების მაჩვენებელი ზრდასრულებთან შედარებით. პროგრამის დროს პაციენტები იღებდნენ ბუპრენორფინს, ექთნების მომსახურებას და ინტენსიურ ამბულატორიულ ფსიქოსოციალურ დახმარებას. ეს შეიძლება მიუთითებდეს 18-25 წლის ახალგაზრდებისთვის სპეციალური სერვისების არსებობის საჭიროებაზე, რათა ხელი შეუწყონ მათ მკურნალობაში დაყოვნებას [99].

ბუპრენორფინის ინდექცია და დოზირება

გამოქვეყნებული მტკიცებულებების ნაკლებობის გამო, რეკომენდებულია, კლინიცისტებმა გამოიყენონ ინდივიდუალური და ეტაპობრივი მიდგომა თითოეული პაციენტისთვის ოპტიმალური დოზის დასადგენად. რეკომენდებულია, კლინიცისტებმა იხელმძღვანელონ ქართული ეროვნული გაიდლაინით *ბუპრენორფინ-ნალოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპია*.

მეთადონი

დღემდე, მეთადონის გამოყენება მოზარდებში ოპიოიდების მოხმარების დარღვევების სამკურნალოდ არ არის შეფასებული კონტროლირებად კვლევაში. თუმცა, აღწერილობითმა კვლევებმა აჩვენა, რომ მეთადონი ხელს უწყობს მოზარდების მკურნალობაში დაყოვნებას [103]. ერთ-ერთი დაკვირვებითი კვლევის თანახმად, ჰეროინის მომხმარებელ მოზარდებში, რომლებიც იღებდნენ მეთადონით ჩანაცვლებით თერაპიას, უფრო მაღალი იყო მკურნალობაში დაყოვნების მაჩვენებელი, ვიდრე ბუპრენორფინ-ნალოქსონით ჩანაცვლებითი თერაპიის დროს [104]. მიუხედავად ამისა, ბუპრენორფინ-ნალოქსონი რჩება რეკომენდებული პირველი რიგის მკურნალობის საშუალებად, მისი უსაფრთხოების, სახლში მიღებისა და მოქნილი დოზირების გამო. ამ შემთხვევაში, მეთადონი შეიძლება ჩაითვალოს მეორე რიგის მკურნალობად ახალგაზრდებისთვის,

რომელთაც ვერ შეძლეს დაწყება ან კარგად არ რეაგირებენ ბუპრენორფინ-ნალოქსონზე. ასევე, მეთადონი შეიძლება უპირატესი იყოს მძიმე და არასტაბილურ პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ ნივთიერებების მოხმარების მაღალი ინტენსივობა [105].

მეთადონის ინდუქცია და დოზირება

ახალგაზრდებში მეთადონით ჩანაცვლებითი თერაპიის დოზირების შესახებ გამოქვეყნებული მტკიცებულებების სიმცირის გამო, რეკომენდებულია, კლინიცისტებმა გამოიყენონ ინდივიდუალური და ეტაპობრივი მიდგომა თითოეული პაციენტისთვის ოპტიმალური დოზის დასადგენად. რეკომენდებულია, კლინიცისტებმა იხელმძღვანელონ ქართული გაიდლაინით *ოპიოიდური დამოკიდებულების მეთადონით შემანარჩუნებელი ჩანაცვლებითი მკურნალობა*.

ოპიოიდური აგონისტებით მკურნალობის შეწყვეტა

მოზარდებში ოპიოიდების აგონისტებით მკურნალობის ოპტიმალური ხანგრძლივობა უცნობია და ამ დოკუმენტში არ არის რეკომენდებული მკურნალობის წინასწარ განსაზღვრული დასრულების თარიღი. თუმცა, როგორც კი სტაბილიზაცია მიიღწევა და თუ პაციენტი და სერვისის მიმწოდებელი შეთანხმდებიან, რომ მკურნალობის დასრულება მიზანშეწონილია, მტკიცებულება მხარს უჭერს ნებაყოფლობით, ხანგრძლივ, ეტაპობრივ კლებას, სადაც დოზის შემცირება ხდება ყოველთვიურად ან ორ თვეში ერთხელ, ხანგრძლივად, თვეების განმავლობაში.

ნალტრექსონი

ხანგრძლივი მოქმედების ნალტრექსონი არის ოპიოიდური რეცეპტორების ანტაგონისტი, რომელიც სრულად ბლოკავს ოპიოიდების ეფექტს. ეს ბლოკირების ეფექტი ხელს უწყობს რეციდივისა და ზედოზირების რისკის შემცირებას და, ამავდროულად, ზრდის მკურნალობის ხანგრძლივობას [106]. მოზარდებში ნალტრექსონის უსაფრთხოებისა და ეფექტურობის დასადგენად საჭიროა დამატებითი კვლევები [107]. წინასწარი მონაცემები მიუთითებს, რომ ნალტრექსონი მოზარდებში არ იწვევს მძიმე გვერდით ეფექტებს და დაკავშირებულია მკურნალობის კარგ შედეგებთან [108]. თუმცა, რეკომენდებულია სიფრთხილე ამ მტკიცებულების ინტერპრეტაციისას, რომელიც ეფუძნება შემთხვევათა აღწერებს. მიუხედავად იმისა, რომ გახანგრძლივებული მოქმედების ნალტრექსონის ეფექტი გრძელდება 30 დღე, ზოგიერთმა პაციენტმა აღმოაჩინა, რომ მათ შეძლეს ბლოკადის გადალახვა (ოპიოიდის ეფექტის შეგრძნება) ბოლო დღეებში [108]. ამიტომ, განსაკუთრებული სიფრთხილეა საჭირო იმ პაციენტებში, რომლებიც იღებენ ნალტრექსონს, რადგან იმყოფებიან ზედოზირების რისკის ქვეშ, განსაკუთრებით მედიკამენტის მოქმედების ბოლო დღეებში. მომდევნო ვიზიტები და ყოველთვიური ინექციები უნდა დაინიშნოს აგონისტით ბლოკადის 30- დღიანი ფანჯრის დასრულებამდე. რაც შეეხება პერორალურ ნალტრექსონს, პლაცებოსთან შედარებით გამოვლინდა მისი შეზღუდული ეფექტი [109].

აუდიტის კრიტერიუმები

სტრუქტურის აუდიტი

1. აქვს თუ არა დაწესებულებას ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების გამოვლენისთვის საჭირო სკრინინგ ინსტრუმენტები?
2. არის თუ არა ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მკურნალობის პროცესი/სტანდარტი დაფუძნებული საერთაშორისო/ეროვნულ გაიდლაინზე/პროტოკოლზე.
3. ჩატარებული აქვს თუ არა დაწესებულების ექიმებსა და ექთნებს სწავლება გაიდლაინის პრაქტიკული გამოყენების შესახებ?
4. ჩატარებული აქვს თუ არა დაწესებულების ექიმებსა და ექთნებს სწავლება არასრულწლოვანი პაციენტების უფლებების, ინფორმირებული თანხმობის და ინფორმაციის კონფიდენციალურობის თაობაზე
5. არსებობს თუ არა დაწესებულებაში პაციენტთა განგრძობადი მეთვალყურეობისა და გამოძახების სისტემა?
6. არსებობს თუ არა დაწესებულებაში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე ახალგაზრდა პაციენტთა სხვა დაწესებულებაში გადამისამართების სისტემა?

პროცესის აუდიტი

1. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე ახალგაზრდა პაციენტთა წილი, რომელთაც ჩაუტარდათ სკრინინგი თანმხლები ფსიქიკური დარღვევების და გადატანილი ტრავმის გამოსავლენად
2. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე ახალგაზრდა პაციენტთა წილი, რომელთა მკურნალობის პროცესში ჩართული არიან ოჯახის წევრები
3. პაციენტთა რაოდენობა, ვინც გადამისამართდა სხვა დაწესებულებაში
4. პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც იღებენ დაწესებულებისგან განგრძობად მოვლას (მიდევნებას)

გამოსავლის აუდიტი

1. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე ახალგაზრდა პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში პირველად დაესვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების დიაგნოზი
2. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე ახალგაზრდა პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაუტარდათ შესაბამისი მკურნალობა
3. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე ახალგაზრდა პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც გადამისამართდა, მაგრამ შემდეგ დაბრუნდა მკურნალობის გასაგრძელებლად

4. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე ახალგაზრდა პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც შეწყვიტეს მკურნალობა (ვერ ხერხდება განგრძობადი მიდევნება)

დანართი 1

ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ დარღვევებზე ზრუნვის დონეები [110]	
ამბულატორიული	
მოზარდთა ამბულატორიული პროგრამები უზრუნველყოფს შეფასებას და საკონსულტაციო მომსახურებას ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემის მქონე ახალგაზრდებისთვის და მათი ოჯახებისთვის. მომსახურება მოიცავს შეფასებას, ინდივიდუალურ კონსულტაციას, ჯგუფურ თერაპიას, ოჯახურ თერაპიას და ინტენსიურ ამბულატორიულ მომსახურებას.	
ინდივიდუალური კონსულტაცია	ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე მოზარდებმა უნდა მიიღონ სპეციფიკური მკურნალობა. ზოგადი მხარდამჭერი კონსულტაცია შეიძლება იყოს სასარგებლო, როგორც დამხმარე საშუალება, მაგრამ არ უნდა იყოს თერაპიის შემცვლელი. რამდენიმე თერაპიულმა მეთოდმა, როგორც არის მოტივაციური ინტერვიუება, კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, გაუთვალისწინებელი სიტუაციების მართვა და ა.შ., ყველა მათგანმა აჩვენა კარგი დინამიკა ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე მოზარდების მკურნალობაში.
ჯგუფური თერაპია	ჯგუფური თერაპია მნიშვნელოვანი საყრდენია ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მკურნალობის დროს. ჯგუფური თერაპია განსაკუთრებით კარგი არჩევანია, რადგან ხარჯეფექტურია და ხელს უწყობს თანატოლებთან შეკრებას და ურთიერთობების ჩამოყალიბებას.
ოჯახური თერაპია	დადასტურებულია, რომ ოჯახზე მიმართული თერაპია არის საკმაოდ ეფექტური მიდგომა მოზარდებში ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების სამკურნალოდ. ოჯახური კონსულტაცია, როგორც წესი, მიზნად ისახავს გამოავლინოს ისეთი ფაქტორები, რომლებიც გამორჩეულად ფიგურირებენ მოზარდის ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევის ეტიოლოგიაში; ესენია: ოჯახური კონფლიქტები, ურთიერთობები, მშობლის მონიტორინგი, დისციპლინა, ბავშვზე ძალადობა / უგულვებელყოფა და მშობლის ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების ისტორია.
ინტენსიური ამბულატორიული პროგრამა	ინტენსიური ამბულატორიული პროგრამები ემსახურება ზრუნვის შუალედურ დონეს იმ პაციენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ ისეთი საჭიროებები, რომლებიც რთულია ამბულატორიული მკურნალობისთვის, მაგრამ არ საჭიროებს სტაციონარულ მომსახურებას. ეს პროგრამები პირებს

	აძლევს საშუალებას, გააგრძელონ ყოველდღიური რუტინა და პრაქტიკაში გამოიყენონ ახლად შეძენილი უნარები, როგორც სახლში, ასევე სკოლაში. ინტენსიური ამბულატორიული მკურნალობა საჭიროა ახალგაზრდებთან, რომლებიც ცდილობენ აკონტროლონ ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარება, მაგრამ საჭიროებენ უფრო ინტენსიურ მხარდაჭერას. ზოგჯერ ამ მიდგომას უწოდებენ დღის მკურნალობას ან სტრუქტურირებულ ამბულატორიულ მკურნალობას, რაც ძირითადად მოიცავს დამხმარე ჯგუფურ თერაპიას, საგანმანათლებლო ჯგუფურ თერაპიას, ოჯახურ და ინდივიდუალურ თერაპიას, რეგიდის პრევენციას და ცხოვრებისეული უნარების გაუმჯობესებას, 12-საფეხურიან პროგრამას, შემთხვევის მართვისა და შემდგომი ზრუნვის გეგმას. პროგრამა ტარდება კვირაში სამი დღე, სკოლის შემდეგ, 2.5 საათი დღეში და გრძელდება 1-3 თვემდე. პროგრამა უზრუნველყოფს ბევრ ინტერვენციას შედარებით მოკლე დროში.
ნაწილობრივი ჰოსპიტალიზაციის პროგრამა	ნაწილობრივი ჰოსპიტალიზაცია არის მოკლევადიანი, ყოვლისმომცველი ამბულატორიული პროგრამა, სადაც პაციენტი იღებს სრულ სარეაბილიტაციო სერვისს. განკუთვნილია მხარდაჭერისა და მკურნალობის უზრუნველსაყოფად, პაციენტებისთვის, რომლებიც მოიხმარენ ნარკოტიკულ საშუალებებს და აქვთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევები. ამ პროგრამებში შემოთავაზებული სერვისები უფრო კონცენტრირებულია და ინტენსიურია, ვიდრე ჩვეულებრივი ამბულატორიული მკურნალობა, რადგან ისინი სტრუქტურირებულია მთელი დღის განმავლობაში და, ინდივიდუალური და ჯგუფური თერაპიის გარდა, სთავაზობს სამედიცინო მონიტორინგს. მონაწილეები, როგორც წესი, სესიებს ესწრებიან დღეში შვიდი ან რვა საათი, კვირაში მინიმუმ ხუთი დღე, ერთი, ორი ან სამი კვირის განმავლობაში. პაციენტები სახლში საღამოს ბრუნდებიან და აქვთ შესაძლებლობა, გამოიყენონ ახლად შეძენილი უნარ-ჩვევები.

სტაციონარული/რეზიდენტული მკურნალობა	
დეტოქსიკაცია და ქცევის სტაბილიზაცია	დეტოქსიკაცია არის აღკვეთის სინდრომის სამედიცინო მართვა. სამედიცინო ზედამხედველობის ქვეშ ჩატარებული დეტოქსიკაცია მიზანშეწონილია ყველა მოზარდისთვის, როგორც ალკოჰოლის და ბენზოდიაზეპინების შემთხვევაში, ასევე ოპიოიდების, კოკაინის და სხვა ნივთიერებების მოხმარების დროს. ინდივიდუალური ზრუნვა უზრუნველყოფილია პროფესიონალთა ინტერდისციპლინური მკურნალობის გუნდის მიერ, მათ შორის ფსიქიატრები, ექიმები, მედდები, ლიცენზირებული სოციალური მუშაკები და ლიცენზირებული ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მართვის მცოდნე

	სპეციალისტები. პაციენტის ინდივიდუალური მკურნალობის გეგმის ნაწილია ოჯახის ჩართულობა და ოჯახური სესიები.
მწვავე მდგომარეობის რეზიდენტული მკურნალობა	მწვავე მდგომარეობის რეზიდენტული მკურნალობა არის მოკლევადიანი (დღეები/კვირები) სტაციონარული განთავსება, რომელიც შექმნილია კრიზისული პაციენტების სტაბილიზაციისთვის, ხშირად უფრო გრძელვადიანი სტაციონარული მკურნალობის პროგრამის დაწყებამდე. მწვავე მდგომარეობის სტაციონარული მკურნალობა, როგორც წესი, ესაჭიროებათ მოზარდებს, რომლებსაც აქვთ თანმხლები ფსიქიკური დარღვევები (ორმაგი დიაგნოზი).
რეზიდენტული მკურნალობა	რეზიდენტული მკურნალობის პროგრამები არის კარგად სტრუქტურირებული საცხოვრებელი გარემო, რომელიც უზრუნველყოფს თერაპიას ნივთიერებათა მოხმარების მძიმე დარღვევების, ფსიქიკური დაავადებების ან ქცევითი პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის, რომლებიც საჭიროებენ 24-საათიან ზრუნვას. რეზიდენტული მკურნალობის მიზანია, ხელი შეუწყოს ხანგრძლივი თავშეკავების შენარჩუნებას; ასევე, თითოეულ პაციენტს განუვითაროს სოციალური და დაძლევის უნარები, რომლებიც აუცილებელია საზოგადოებაში წარმატებულად დაბრუნებისთვის. მოზარდთა ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების რეზიდენტული მკურნალობის პროგრამები უზრუნველყოფს ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მკურნალობის მოკლევადიან მომსახურებას, მედიკამენტოზურად. შესაფერისია მაღალი რისკის მქონე ახალგაზრდებისთვის, რომლებიც განიცდიან ჯანმრთელობის, ემოციურ, ქცევით, ოჯახურ, განვითარების და ან სოციალურ დისფუნქციას ალკოჰოლის და სხვა ნივთიერებების მოხმარების შედეგად, და რომელთა პრობლემები არ არის მოგვარებადი ნაკლებად ინტენსიური, თემზე დაფუძნებული ზრუნვის დონეზე. პროგრამებში ყოფნის ხანგრძლივობა განსხვავდება ახალგაზრდების მკურნალობის საჭიროებების მიხედვით (45-90 დღე). თითოეული ახალგაზრდა მონაწილეობს სტრუქტურირებულ, განვითარებისათვის შესაბამის ინდივიდუალურ, ჯგუფურ და ოჯახურ ინტერვენციებში, მისი სამედიცინო და ფსიქიატრიული საჭიროებების გათვალისწინებით. გარდა ამისა, შიდა საგანმანათლებლო კოორდინატორი კოორდინაციას უწევს მოზარდის საგანმანათლებლო, სასკოლო პროგრამებს. გარდატეხის ასაკის ახალგაზრდების საცხოვრებელი პროგრამები უზრუნველყოფს ახალგაზრდებისთვის აღმზრდელ,

	სტრუქტურირებულ და უსაფრთხო გარემოს. ეს პროგრამები ხელს უწყობს საკუთარ თავზე ზრუნვის, თავდაჯერებულობის გამომუშავებას, საზოგადოებრივი პასუხისმგებლობის აღქმას სტრუქტურირებული აქტივობებით და ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გარეშე ცხოვრების გამოცდილებას. სტაციონარში ყოფნის საშუალო ხანგრძლივობა 4-დან 6 თვემდეა, და დამოკიდებულია მკურნალობისა და აღდგენა/გამოჯანმრთელების მიზნებზე. მომსახურება მოიცავს: შეფასებას, ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული დარღვევის ყოვლისმომცველ მკურნალობას, მიმართვიანობას ფსიქიკური ჯანმრთელობის კონსულტაციებზე, ცხოვრებისეული უნარების გაძლიერებას, პროფესიულ/საგანმანათლებლო მხარდაჭერას, აღდგენა/გამოჯანმრთელების მხარდაჭერას, ოჯახის/მზრუნველის ჩართულობას და შემდგომი ზრუნვის დაგეგმას.
თერაპიული სკოლა	თერაპიული სკოლა არის საგანმანათლებლო დაწესებულება, რომელიც უზრუნველყოფს სტუდენტების მუდმივ ზედამხედველობას პროფესიონალი პერსონალის მიერ. ეს სკოლები გვთავაზობენ კარგად სტრუქტურირებულ გარემოს ყველა აქტივობისთვის განსაზღვრული დროით, უფრო მცირე, უფრო სპეციალიზებული კლასებით და სოციალური და ემოციური მხარდაჭერით. ტრადიციულ, თერაპიულ დაწესებულებებში შემოთავაზებული რეგულარული სერვისების გარდა, თერაპიული სკოლები, ასევე, უზრუნველყოფენ ინდივიდუალურ და ჯგუფურ თერაპიას ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე მოზარდებისთვის.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. Kroll, D.S., et al., *The associations of comorbid substance use disorders and psychiatric conditions with adolescent brain structure and function: A review*. J Neurol Sci, 2020. **418**: p. 117099.
2. WHO/UNODC, *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. 2020, World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime: Geneva, Switzerland.
3. Fadus, M.C., et al., *Adolescent Substance Use Disorder Treatment: an Update on Evidence-Based Strategies*. Curr Psychiatry Rep, 2019. **21**(10): p. 96.
4. Gaur, N., et al., *Clinical Practice Guidelines on Assessment and Management of Substance Abuse Disorder in Children and Adolescents*. Indian J Psychiatry, 2019. **61**(Suppl 2): p. 333-349.
5. Fergusson, D.M., L.J. Horwood, and E.M. Ridder, *Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study*. Drug Alcohol Depend, 2007. **88** Suppl 1: p. S14-26.
6. Thomasius, R., K. Paschke, and N. Arnaud, *Substance-Use Disorders in Children and Adolescents*. Dtsch Arztebl Int, 2022. **119**(25): p. 440-450.
7. Levy, S., B.L. Vaughan, and J.R. Knight, *Office-based intervention for adolescent substance abuse*. Pediatr Clin North Am, 2002. **49**(2): p. 329-43.
8. Champion, H.L., et al., *Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors*. J Adolesc Health, 2004. **35**(4): p. 321-8.
9. Grant, B.F., et al., *Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III*. JAMA Psychiatry, 2015. **72**(8): p. 757-66.
10. Mokinaro, S., et al., *ESPAD Report 2019: Results From European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. 2020. p. Accessed on April 22, 2022 at: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf.
11. Jordan, C.J. and S.L. Andersen, *Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence*. Dev Cogn Neurosci, 2017. **25**: p. 29-44.
12. Squeglia, L.M., J. Jacobus, and S.F. Tapert, *The influence of substance use on adolescent brain development*. Clin EEG Neurosci, 2009. **40**(1): p. 31-8.
13. Ikemoto, S. and J. Panksepp, *The role of nucleus accumbens dopamine in motivated behavior: a unifying interpretation with special reference to reward-seeking*. Brain Res Brain Res Rev, 1999. **31**(1): p. 6-41.

14. Sharma, A. and J.D. Morrow, *Neurobiology of Adolescent Substance Use Disorders*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2016. **25**(3): p. 367-75.
15. Conrod, P.J. and K. Nikolaou, *Annual Research Review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders*. J Child Psychol Psychiatry, 2016. **57**(3): p. 371-94.
16. Cservenka, A., *Neurobiological phenotypes associated with a family history of alcoholism*. Drug Alcohol Depend, 2016. **158**: p. 8-21.
17. Verhulst, B., M.C. Neale, and K.S. Kendler, *The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies*. Psychol Med, 2015. **45**(5): p. 1061-72.
18. Nebhinani, N., P. Singh, and Mamta, *Substance Use Disorders in Children and Adolescents*. Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health, 2022. **18**(2): p. 128-136.
19. National Institute of Drug Abuse, *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide*. 2014, NIDA: Bethesda, MD.
20. Özgen, H., et al., *[International Consensus Statement for the Screening, Diagnosis, and Treatment of Adolescents with Concurrent Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder]*. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 2021. **50**(1): p. 54-67.
21. Gates, P.J., et al., *Psychosocial interventions for cannabis use disorder*. Cochrane Database Syst Rev, 2016. **2016**(5): p. Cd005336.
22. New York State Office of Addiction Services and Support, *Clinical Practice Standards for Adolescent Programs (CPS-AP)*. 2021, Office of Addiction Services and Support: New Yourk.
23. CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES, *ADOLESCENT SUBSTANCE USE DISORDER BEST PRACTICES GUIDE*. 2020.
24. Gastfriend, D.R. and D. Mee-Lee, *The ASAM patient placement criteria: context, concepts and continuing development*. J Addict Dis, 2003. **22 Suppl 1**: p. 1-8.
25. Liddle, H.A., et al., *Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting multidimensional family therapy to an adolescent drug treatment setting*. Am J Addict, 2006. **15 Suppl 1**: p. 102-12.
26. Morral, A.R., D.F. McCaffrey, and G. Ridgeway, *Effectiveness of community-based treatment for substance-abusing adolescents: 12-month outcomes of youths entering phoenix academy or alternative probation dispositions*. Psychol Addict Behav, 2004. **18**(3): p. 257-68.
27. Pullmann, M.D., et al., *Defining engagement in adolescent substance abuse treatment*. Am J Community Psychol, 2013. **52**(3-4): p. 347-58.

28. Marshall, B.D., et al., *Pathways to HIV risk and vulnerability among lesbian, gay, bisexual, and transgendered methamphetamine users: a multi-cohort gender-based analysis*. BMC Public Health, 2011. **11**: p. 20.
29. Cochran, B.N. and A.M. Cauce, *Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment*. J Subst Abuse Treat, 2006. **30**(2): p. 135-46.
30. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals*. 2012, Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Rockville, MD.
31. British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health, and B.C. Ministry of Mental Health and Addictions, *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder—Youth Supplement*. 2018.
32. Conway, K.P., et al., *Association of Lifetime Mental Disorders and Subsequent Alcohol and Illicit Drug Use: Results From the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2016. **55**(4): p. 280-8.
33. Kandel, D.B., et al., *Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999. **38**(6): p. 693-9.
34. Hindley, G., et al., *Psychiatric symptoms caused by cannabis constituents: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Psychiatry, 2020. **7**(4): p. 344-353.
35. Hawkins, E.H., *A tale of two systems: co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents*. Annu Rev Psychol, 2009. **60**: p. 197-227.
36. Cacciola, J.S., et al., *Assessing Adolescent Substance Abuse Programs with Updated Quality Indicators: The Development of a Consumer Guide for Adolescent Treatment*. J Child Adolesc Subst Abuse, 2015. **24**(3): p. 142-154.
37. McCance-Katz, E.F., L.E. Sullivan, and S. Nallani, *Drug interactions of clinical importance among the opioids, methadone and buprenorphine, and other frequently prescribed medications: a review*. Am J Addict, 2010. **19**(1): p. 4-16.
38. Hamilton, S.P., et al., *The effect of sertraline on methadone plasma levels in methadone-maintenance patients*. Am J Addict, 2000. **9**(1): p. 63-9.
39. National Institute for Health and Care Excellence, *Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings*, in *Nice guideline*. 2011, National Institute for Health and Care Excellence,: London, UK.

40. Funk, R.R., et al., *Maltreatment issues by level of adolescent substance abuse treatment: the extent of the problem at intake and relationship to early outcomes*. Child Maltreat, 2003. **8**(1): p. 36-45.
41. Bertrand, K., et al., *Substance abuse treatment for adolescents: how are family factors related to substance use change?* J Psychoactive Drugs, 2013. **45**(1): p. 28-38.
42. Harm Reduction International. *What is Harm Reduction*. 2023 [cited 2023 August 10]; Available from: <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>.
43. MacArthur, G.J., et al., *Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: A review of reviews to assess evidence of effectiveness*. International Journal of Drug Policy, 2014. **25**(1): p. 34-52.
44. Turner, K.M.E., et al., *The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence*. Addiction, 2011. **106**.
45. McDonald, R. and J. Strang, *Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria*. Addiction, 2016. **111**(7): p. 1177-87.
46. Wood, E., et al., *Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services*. N Engl J Med, 2006. **354**(23): p. 2512-4.
47. Wood, E., et al., *Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users*. Addiction, 2007. **102**(6): p. 916-9.
48. Hogue, A., et al., *Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use, 2014-2017: Outcomes, Treatment Delivery, and Promising Horizons*. J Clin Child Adolesc Psychol, 2018. **47**(4): p. 499-526.
49. LoBraico, E.J., et al., *Examining Intervention Component Dosage Effects on Substance Use Initiation in the Strengthening Families Program: for Parents and Youth Ages 10-14*. Prev Sci, 2019. **20**(6): p. 852-862.
50. Bo, A., A.H. Hai, and J. Jaccard, *Parent-based interventions on adolescent alcohol use outcomes: A systematic review and meta-analysis*. Drug Alcohol Depend, 2018. **191**: p. 98-109.
51. van der Pol, T.M., et al., *Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis*. J Child Psychol Psychiatry, 2017. **58**(5): p. 532-545.
52. Liddle, H.A., et al., *Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders*. J Subst Abuse Treat, 2018. **90**: p. 47-56.

53. van der Pol, T.M., et al., *Multidimensional family therapy in adolescents with a cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 2018. **12**: p. 44.
54. Goorden, M., et al., *Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: Data from a randomized controlled trial*. Drug Alcohol Depend, 2016. **162**: p. 154-61.
55. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *SCREENING AND TREATMENT OF SUBSTANCE USE DISORDERS AMONG ADOLESCENTS*. 2021, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
56. Brewer, S., M.D. Godley, and L.A. Hulvershorn, *Treating Mental Health and Substance Use Disorders in Adolescents: What Is on the Menu?* Curr Psychiatry Rep, 2017. **19**(1): p. 5.
57. Stanger, C., A.H. Lansing, and A.J. Budney, *Advances in Research on Contingency Management for Adolescent Substance Use*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2016. **25**(4): p. 645-59.
58. Stanger, C., et al., *Abstinence based incentives plus parent training for adolescent alcohol and other substance misuse*. Psychol Addict Behav, 2017. **31**(4): p. 385-392.
59. Kelly, J.F., et al., *A pilot randomized clinical trial testing integrated 12-Step facilitation (iTSF) treatment for adolescent substance use disorder*. Addiction, 2017. **112**(12): p. 2155-2166.
60. Flanagan, J.C., et al., *Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD*. Curr Psychiatry Rep, 2016. **18**(8): p. 70.
61. Hahn, A.M., et al., *Risk reduction through family therapy (RRFT): Protocol of a randomized controlled efficacy trial of an integrative treatment for co-occurring substance use problems and posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents who have experienced interpersonal violence and other traumatic events*. Contemp Clin Trials, 2020. **93**: p. 106012.
62. Danielson, C.K., et al., *Safety and Efficacy of Exposure-Based Risk Reduction Through Family Therapy for Co-occurring Substance Use Problems and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Adolescents: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Psychiatry, 2020. **77**(6): p. 574-586.
63. Knight, D.K., et al., *Effectiveness of an Intervention for Improving Intrinsic Motivation among Adolescent Males in a Secure Substance Use Treatment Setting*. Criminal Justice and Behavior, 2019. **46**(1): p. 101-114.

64. Li, L., et al., *Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: a systematic review and meta-analysis*. *Addiction*, 2016. **111**(5): p. 795-805.
65. Carney, T., et al., *Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. **2016**(1): p. Cd008969.
66. Spirito, A., et al., *Parent and Adolescent Motivational Enhancement Intervention for Substance-Using, Truant Adolescents: A Pilot Randomized Trial*. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2018. **47**(sup1): p. S467-s479.
67. Thurstone, C., et al., *Development of a motivational interviewing/acceptance and commitment therapy model for adolescent substance use treatment*. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2017. **6**(4): p. 375-379.
68. D'Amico, E.J., et al., *Brief motivational interviewing intervention to reduce alcohol and marijuana use for at-risk adolescents in primary care*. *J Consult Clin Psychol*, 2018. **86**(9): p. 775-786.
69. Dembo, R., et al., *Brief Intervention Impact on Truant Youths' Marijuana Use: 18-Month Follow-Up*. *J Child Adolesc Subst Abuse*, 2014. **23**(5): p. 318-333.
70. Laporte, C., et al., *Cannabis and Young Users-A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care*. *Ann Fam Med*, 2017. **15**(2): p. 131-139.
71. Newton, A.S., et al., *A randomised controlled pilot trial evaluating feasibility and acceptability of a computer-based tool to identify and reduce harmful and hazardous drinking among adolescents with alcohol-related presentations in Canadian pediatric emergency departments*. *BMJ Open*, 2017. **7**(8): p. e015423.
72. Becker, S.J., et al., *Moderators of Brief Motivation-Enhancing Treatments for Alcohol-Positive Adolescents Presenting to the Emergency Department*. *J Subst Abuse Treat*, 2016. **69**: p. 28-34.
73. Wurdak, M., J. Wolstein, and E. Kuntsche, *Effectiveness of a drinking-motive-tailored emergency-room intervention among adolescents admitted to hospital due to acute alcohol intoxication - A randomized controlled trial*. *Prev Med Rep*, 2016. **3**: p. 83-9.
74. Stewart, D.G., et al., *READY or Not: Findings From a School-Based MI Intervention for Adolescent Substance Use*. *J Subst Abuse Treat*, 2016. **71**: p. 23-29.
75. Walker, D.D., et al., *Augmenting brief interventions for adolescent marijuana users: The impact of motivational check-ins*. *J Consult Clin Psychol*, 2016. **84**(11): p. 983-992.

76. Fortuna, L.R., M.V. Porche, and A. Padilla, *A treatment development study of a cognitive and mindfulness-based therapy for adolescents with co-occurring post-traumatic stress and substance use disorder*. Psychol Psychother, 2018. **91**(1): p. 42-62.
77. Godley, S.H., et al., *The Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA) as a model paradigm for the management of adolescents with substance use disorders and co-occurring psychiatric disorders*. Subst Abus, 2014. **35**(4): p. 352-63.
78. Godley, M.D., et al., *Adolescent Community Reinforcement Approach implementation and treatment outcomes for youth with opioid problem use*. Drug Alcohol Depend, 2017. **174**: p. 9-16.
79. Kaminer, Y., C.M. Ohannessian, and R.H. Burke, *Adolescents with cannabis use disorders: Adaptive treatment for poor responders*. Addict Behav, 2017. **70**: p. 102-106.
80. Kelly, J.F., et al., *Developing and Testing Twelve-Step Facilitation for Adolescents with Substance Use Disorder: Manual Development and Preliminary Outcomes*. Subst Abuse, 2016. **10**: p. 55-64.
81. Miranda, R., et al., *Effects of naltrexone on adolescent alcohol cue reactivity and sensitivity: an initial randomized trial*. Addict Biol, 2014. **19**(5): p. 941-54.
82. O'Malley, S.S., et al., *Reduction of alcohol drinking in young adults by naltrexone: a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial of efficacy and safety*. J Clin Psychiatry, 2015. **76**(2): p. e207-13.
83. DeMartini, K.S., et al., *Longitudinal findings from a randomized clinical trial of naltrexone for young adult heavy drinkers*. J Consult Clin Psychol, 2016. **84**(2): p. 185-90.
84. Gray, K.M., et al., *A double-blind randomized controlled trial of N-acetylcysteine in cannabis-dependent adolescents*. Am J Psychiatry, 2012. **169**(8): p. 805-12.
85. Gray, K.M., et al., *N-acetylcysteine (NAC) in young marijuana users: an open-label pilot study*. Am J Addict, 2010. **19**(2): p. 187-9.
86. Killen, J.D., et al., *Randomized clinical trial of the efficacy of bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers*. J Consult Clin Psychol, 2004. **72**(4): p. 729-35.
87. Muramoto, M.L., et al., *Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of 2 dosages of sustained-release bupropion for adolescent smoking cessation*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2007. **161**(11): p. 1068-74.
88. Gray, K.M., et al., *Varenicline versus bupropion XL for smoking cessation in older adolescents: a randomized, double-blind pilot trial*. Nicotine Tob Res, 2012. **14**(2): p. 234-9.

89. National Treatment Agency for Substance Misuse, *Guidance for the pharmacological management of substance misuse among young people* 2009, Department of Health: London, UK.
90. American Society of Addiction Medicine, *The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder*. 2023.
91. Carpenter, R.W., et al., *Naltrexone moderates the association of alcohol use and affect among adolescent drinkers in daily life*. Alcohol Clin Exp Res, 2022. **46**(2): p. 326-337.
92. Ranjan, R., R.D. Pattanayak, and A. Dhawan, *Long-term agonist and antagonist therapy for adolescent opioid dependence: a description of two cases*. Indian J Psychol Med, 2014. **36**(4): p. 439-43.
93. Hammond, C.J., *The Role of Pharmacotherapy in the Treatment of Adolescent Substance Use Disorders*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2016. **25**(4): p. 685-711.
94. Marsch, L.A., et al., *A randomized controlled trial of buprenorphine taper duration among opioid-dependent adolescents and young adults*. Addiction, 2016. **111**(8): p. 1406-15.
95. Mattick, R.P., et al., *Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence*. Cochrane Database Syst Rev, 2014. **2**: p. CD002207.
96. Marcus, A.W., A.E. Ward, and D.W. Smith, *The monitored release of buprenorphine: results in the young*. J Int Med Res, 1980. **8**(2): p. 153-5.
97. Marsch, L.A., et al., *Comparison of pharmacological treatments for opioid-dependent adolescents: a randomized controlled trial*. Arch Gen Psychiatry, 2005. **62**(10): p. 1157-64.
98. Ciftci Demirci, A., et al., *Liver enzyme levels in adolescent patients treated with buprenorphine and additional psychotropic agents*. Am J Drug Alcohol Abuse, 2015. **41**(1): p. 107-13.
99. Schuman-Olivier, Z., et al., *Emerging adult age status predicts poor buprenorphine treatment retention*. J Subst Abuse Treat, 2014. **47**(3): p. 202-12.
100. Dreifuss, J.A., et al., *Patient characteristics associated with buprenorphine/naloxone treatment outcome for prescription opioid dependence: Results from a multisite study*. Drug Alcohol Depend, 2013. **131**(1-2): p. 112-8.
101. Guarino, H.M., et al., *Methadone maintenance treatment for youth: experiences of clients, staff, and parents*. Subst Use Misuse, 2009. **44**(14): p. 1979-89.
102. Woody, G.E., et al., *Extended vs short-term buprenorphine-naloxone for treatment of opioid-addicted youth: a randomized trial*. JAMA : the journal of the American Medical Association, 2008. **300**(17): p. 2003-11.

103. Kampman, K. and M. Jarvis, *American Society of Addiction Medicine (ASAM) National Practice Guideline for the Use of Medications in the Treatment of Addiction Involving Opioid Use*. J Addict Med, 2015. **9**(5): p. 358-67.
104. Bell, J. and C. Mutch, *Treatment retention in adolescent patients treated with methadone or buprenorphine for opioid dependence: a file review*. Drug Alcohol Rev, 2006. **25**(2): p. 167-71.
105. Proctor, S.L., et al., *A naturalistic comparison of the effectiveness of methadone and two sublingual formulations of buprenorphine on maintenance treatment outcomes: findings from a retrospective multisite study*. Exp Clin Psychopharmacol, 2014. **22**(5): p. 424-33.
106. Sharma, B., et al., *Opioid Use Disorders*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2016. **25**(3): p. 473-87.
107. Connery, H.S., *Medication-assisted treatment of opioid use disorder: review of the evidence and future directions*. Harv Rev Psychiatry, 2015. **23**(2): p. 63-75.
108. Fishman, M.J., et al., *Treatment of opioid dependence in adolescents and young adults with extended release naltrexone: preliminary case-series and feasibility*. Addiction, 2010. **105**(9): p. 1669-1676.
109. Minozzi, S., et al., *Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence*. Cochrane Database Syst Rev, 2011. **2011**(4): p. Cd001333.
110. American Academy of Pediatrics, *Substance use screening and intervention implementation guide*. 2017.