



კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების 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

თბილისი

2023

სახელმძღვანელო მომზადებულია მულტიპროფილური ჯგუფის მიერ, რომელიც შეიქმნა ევროკავშირის მიერ მხარდაჭერილი პროექტის „სამოქალაქო საზოგადოებისა და პროფესიული ორგანიზაციების გაძლიერება საქართველოში უსაფრთხო, დაცული და ანგარიშვალდებული საზოგადოების უზრუნველყოფის მიზნით“ (CPR პროექტის) ფარგლებში

ავტორთა ჯგუფი:

დავით ოთიაშვილი MD. PhD., ექიმი-ნარკოლოგი, ფსიქოლოგიის ჯანმრთელობის დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი.

ირმა კირთაძე MD. PhD., ექიმი-ფსიქიატრი, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი.

გაიდლაინის მიმოხილვისათვის განსაკუთრებული მადლობა ექსპერტებს:

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

ნატო (თათა) ასათიანი MD. PhD., ექიმი ნარკოლოგი, ნარკოლოგიური კლინიკა ლიბერტასის სამედიცინო დირექტორი.

გაიდლაინის რეცენზენტები:

გვანცა ფირალიშვილი MD. PhD., ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრი

ნინო გონგლიაშვილი MD, ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის ნარკოლოგიური სტაციონარული განყოფილების უფროსი. საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ექსპერტი

სარჩევი

შესავალი	5
გაიდლაინის მიზანი	5
პრობლემის აქტუალობა და გაიდლაინის მნიშვნელობა	5
გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები	6
გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა.....	6
გაიდლაინის მიღების წყარო	6
გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციის რეკომენდაციები	6
შევატანხმეთ ტერმინები	7
ენდოკანაბინოიდური სისტემის კომპონენტები	8
კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების სკრინინგი და შეფასება	9
სკრინინგის ან შეფასების ინსტრუმენტის შერჩევა	9
კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის სკრინინგ ინსტრუმენტები	9
კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის შეფასება	11
ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები	12
ლტოლვა და აღკვეთის მდგომარეობა.....	12
კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთის მდგომარეობის მართვა	12
პრევალენტობა	13
კანაფზე დამოკიდებულება	13
აღკვეთის სიმპტომების სიმძიმე	13
დიფერენციული დიაგნოზი	15
ფსიქოაქტიური ნივთიერებების პოლიმოხმარება	15
გარემო და ამბულატორიული/სტაციონარული მკურნალობის დასაბუთება.....	16
დროითი ჩარჩო	16
დეტოქსიკაციამდელი ზიანის შემცირების საჭიროება	16
რისკები და სარგებელი	17
არაფარმაკოლოგიური ჩარევები/ინტერვენციები.....	17
კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთის მდგომარეობის მართვა ფარმაკოთერაპიით	18
რთული შემთხვევები	19
რეციდივის პრევენცია	21
აუდიტის კრიტერიუმები	22
დანართი	24

ბიბლიოგრაფია.....	32
-------------------	----

შესავალი

გაიდლაინის მიზანი

წინამდებარე კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) მიზანია, კანაფის მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების დროს სპეციალიზებული სამედიცინო სერვისებისთვის მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება.

გაიდლაინი მიზნად ისახავს, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელ პირებთან მომუშავე სპეციალისტები აღჭურვოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციით, რაც მათ დაეხმარება, მართონ კანაფის 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.

პრობლემის აქტუალობა და გაიდლაინის მნიშვნელობა

კანაფის მოხმარება განსხვავდება დემოგრაფიული მახასიათებლების მიხედვით. კვლევებმა აჩვენა, რომ კოლეჯის სტუდენტები და მოზარდები ყველაზე ხშირად იყენებენ კანაფს სოციალურად კონფორმიზმის გამო (42%), ექსპერიმენტირების მიზნით (29%) და სიამოვნების მისაღებად (24%) (Lee et al., 2007). გლობალური მომხმარებლების 12% ძირითადად იყენებს კანაფს სტრესის სამართავად ან დამაბულობის მოსახსნელად, რაც შეესაბამება სხვა კვლევებს, რომლებიც დაკავშირებულია კანაფის გამოყენებასთან დეპრესიის, გენერალიზებული შფოთვის, სოციალური შფოთვისა და პოსტტრავმული სტრესული აშლილობისთვის (Bonn-Miller et al., 2008; Buckner et al., 2007; Moitra et al., 2015).

გლობალური მოსახლეობის თითქმის 4% მოიხმარს კანაფის პროდუქტებს (Peacock et al., 2018). თინეიჯერების 9% საქართველოში, 12% ევროპაში და 19% აშშ-ში ადასტურებს მოხმარებას ბოლო 12 თვის მანძილზე. მომხმარებელთა 9%-ს უვითარდება კანაფზე დამოკიდებულება, საიდანაც თითქმის მეხუთედმა დაიწყო კანაფის მოხმარება მოზარდობის ასაკში (Volkow et al., 2014). ევროპაში ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ მისულ პაციენტთა 35% მკურნალობს კანაფზე დამოკიდებულების გამო (EMCDDA, 2023).

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 მომხმარებასთან 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.

შევათანხმეთ ტერმინები

ტერმინები კანაფი (cannabis) და მარიხუანა (marijuana) ხშირად იხმარება ერთმანეთის ჩამანაცვლებლად, თუმცა, რეალურად, ამ ტერმინებს სხვადასხვა მნიშვნელობა აქვთ.

კანაფი - მოყვავილე მცენარეების ჯგუფს წარმოადგენს და მიეკუთვნება კანაფისებრთა ოჯახს, რომლის კულტივირებაც, სხვადასხვა მიზნით, ათასწლეულებია ხდება. ამ ჯგუფში სხვადასხვა მცენარეა გაერთიანებული, ესენია სატივა, ინდიკა, რუდელარისი და ინდუსტრიული კანაფი. გარდა გარეგნული განსხვავებებისა, კანაფის სახეობები განსხვავდება მათში შემავალი კომპონენტების სპეციფიკური პროფილით (ფიტოკანაბინოიდები და ტერპენები).

კანაფის მცენარეში იდენტიფიცირებულია 400-მდე ქიმიური ნაერთი. მათგან, სულ მცირე, 104 არის უნიკალურად კანაფის მცენარისთვის დამახასიათებელი და ზემოქმედებს ენდოკანაბინოიდურ რეცეპტორებზე ან სხვაგვარად ახდენს გავლენას ენდოკანაბინოიდურ სისტემაზე. ეს კანაფისგან მიღებული სპეციფიკური ნაერთებია ფიტოკანაბინოიდები (ან კანაბინოიდები). ფიტოკანაბინოიდის მაგალითებია **ტეტრაჰიდროკანაბინოლი (THC), კანაბიდიოლი (CBD), ტეტრაჰიდროკანაბივარიანი (THCV), კანაბიქრომენი (CBC) და კანაბიგეროლი (CBG).**

მარიხუანა - არის კანაფის მდედრობითი მცენარის გამომშრალი და დაქუცმაცებული ფოთლები, ყვავილები და თესლები. მარიხუანა შეიცავს ფსიქოაქტიურ ფიტოკანაბინოიდს THC-ს სხვა ფიტოკანაბინოიდებთან ერთად.

სინთეზური კანაბინოიდები - ლაბორატორიაში დამზადებული ნივთიერებების კლასი, რომლებიც ქიმიურად მსგავსია კანაფის მცენარეში ნაპოვნი ქიმიკატებთან, თუმცა ისინი ხშირად იწვევენ ძალიან განსხვავებულ ეფექტებს. ზოგიერთი სინთეზური კანაბინოიდი ამჟამად გამოყენება მედიცინაში, მაგრამ ბევრი მათგანი უკანონოდ იწარმოება და იყიდება.

ენდოგენური კანაბინოიდები არის ენდოგენური ლიპიდები, რომლებიც უკავშირდებიან კანაბინოიდურ რეცეპტორებს და გავლენას ახდენენ ქცევაზე ისე, რომ ნაწილობრივ მაინც ემსგავსებიან კანაფის ფსიქოაქტიური კომპონენტების მიერ წარმოქმნილ ეფექტებს.

ენდოკანაბინოიდური სისტემის კომპონენტები

ენდოკანაბინოიდური სისტემა მოიცავს სამ ძირითად კომპონენტს: ენდოკანაბინოიდებს, კანაბინოიდურ რეცეპტორებს და მარეგულირებელ ენზიმებს. ენდოკანაბინოიდები (ენდოგენური კანაბინოიდები) - ორგანიზმში წარმოქმნილი ეს ნაერთები იმ რეცეპტორების ენდოგენური აგონისტებია, რომლებსაც უკავშირდება და ააქტიურებს THC, კანაფის მცენარეში არსებული ნაერთი.

ყველაზე მეტად ორი ენდოკანაბინოიდია შესწავლილი:

- ❖ N-arachidonylethanolamine (იგივე ანანდამიდი ან AEA)
- ❖ 2-arachidonoylglycerol (2-AG)

ენდოკანაბინოიდური სისტემის რეცეპტორები

ორი ყველაზე კარგად ცნობილი კანაბინოიდური რეცეპტორია:

- ❖ კანაბინოიდური რეცეპტორი -1 (CB1)
- ❖ კანაბინოიდური რეცეპტორი -2 (CB2)

CB1 რეცეპტორი

G-ცილასთან დაკავშირებული რეცეპტორი არის უჯრედის პლაზმურ მემბრანასთან დაკავშირებული რეცეპტორი, რომელიც G-ცილად წოდებული ცილის დახმარებით მოქმედებს. G ცილები გადამწყვეტ როლს ასრულებენ უჯრედული სიგნალის გადაცემაში, ეს არის პროცესი, რომლითაც უჯრედები ურთიერთობენ და რეაგირებენ გარე სტიმულებზე, როგორცაა ჰორმონები, ნეიროგადამცემები და სხვა სასიგნალო მოლეკულები.

G ცილასთან დაკავშირებული რეცეპტორი წარმოადგენს სამიზნეს როგორც ენდოკანაბინოიდებისთვის, ასევე ფიტოკანაბინოიდებისთვისაც (კანაფის მცენარისგან მიღებული ნაერთები), მათ შორის THC-სთვის. CB1 რეცეპტორები უხვადაა თავის ტვინში, განსაკუთრებით კი ვენტროტეგმენტალურ არეში, ჰიპოკამპსა და ნათხეში. ადამიანებში CB1 რეცეპტორი 10-ჯერ უფრო გავრცელებულია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში μ -ოპიოიდურ რეცეპტორებთან შედარებით. CB1 კანაბინოიდური რეცეპტორები ძირითადი კანაბინოიდური რეცეპტორებია და შუამავლის როლს ასრულებენ მრავალ ისეთ ფიზიოლოგიურ პროცესში, როგორებიცაა გულ-სისხლძარღვთა ფუნქცია, ენერგეტიკული ბალანსის ჰომეოსტაზური კონტროლი და რეპროდუქცია. CB1 რეცეპტორის აქტივაცია ასევე გავლენას ახდენს ტკივილის მოდულაციაზე, კოგნიტურ პროცესებზე და მეხსიერებაზე, დაჯილდოებაზე და ემოციურ ქცევაზე, სენსორულ აღქმაზე, მოტორულ კონტროლსა და სხვა ფუნქციებზე.

CB2 რეცეპტორები

როგორც CB1, ასევე CB2-ც დაკავშირებულია G ცილასთან და წარმოადგენს სამიზნეს როგორც ენდოკანაბინოიდებისთვის, ასევე ფიტოკანაბინოიდებისთვისაც. CB2 რეცეპტორები, ძირითადად, იმუნომოდულაციურ და ანთების საწინააღმდეგო პროცესებში მონაწილეობენ. ეს რეცეპტორები წარმოდგენილია B და T უჯრედებისა (ლიმფოციტების) და მაკროფაგების მემბრანებზე. სიგნალის შემთხვევაში, CB2 რეცეპტორები მოქმედებს, როგორც იმუნური უჯრედების გამააქტივებელი და პროანთებითი ციტოკინების წარმოების შემაკავებელი. CB2 რეცეპტორები აქტივირდება და მათი რაოდენობა იზრდება ანთებითი პროცესების დროს.

ენზიმები

ენზიმები პასუხისმგებლები არიან ენდოკანაბინოიდების დაშლაზე მას შემდეგ, რაც ისინი შეასრულებენ თავიანთ ფუნქციას.

არსებობს ორი ძირითადი ენზიმი, რომელებიც ამაზეა პასუხისმგებელი:

- ცხიმოვანი მჟავას ამიდური ჰიდროლაზა, რომელიც შლის N-არაქიდონილ-ეთანოლამიდს. არაქიდონილ ეთანოლამიდი (ანანდამიდი) არის არაქიდონის მჟავას ენდოგენური ამიდი და ენდოკანაბინოიდური სისტემის მნიშვნელოვანი სასიგნალო შუამავალი.
- მონოაცილგლიცეროლის მჟავას ლიპაზა, რომელიც, ჩვეულებრივ, შლის 2-არაქიდონის მჟავას გლიცეროლს (2-AG) 2-არაქიდონის მჟავას გლიცეროლი (2-AG) არის ენდოკანაბინოიდი, CB1 რეცეპტორის ენდოგენური აგონისტი და CB2 რეცეპტორის პირველადი ენდოგენური ლიგანდი.

კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების სკრინინგი და შეფასება

სკრინინგის ან შეფასების ინსტრუმენტის შერჩევა

კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისთვის უნივერსალურად აღიარებული სკრინინგის ან შეფასების ინსტრუმენტი არ არსებობს. ამასთანავე, არც ერთ ცალკეულ ინტრუმენტს არ შეუძლია, ჩაანაცვლოს ფრთხილი დიაგნოსტიკური კლინიკური ინტერვიუ.

სკრინინგი არის შეფასების საწყისი ეტაპი, რომელიც კანაფის ისეთი მომხმარებლების იდენტიფიცირებას ახდენს, რომლებიც რისკის ქვეშ არიან ან ამაჟამად უკვე აქვთ მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები. შეფასება კი ადგენს რისკის დონეს, პრობლემების სიმძიმესა და დამცავი ან რისკ-ფაქტორების ხარისხს, რაც შემდგომში გამოიყენება მკურნალობის კურსის შესამუშავებლად. თუკი შესაძლებელია, რომ სკრინინგი წარმართოს ბიოქიმიურ ან თვით-მოხსენებად მაჩვენებლებზე დაყრდნობით, შეფასება ძირითადად ხორციელდება თვით-მოხსენებადი მაჩვენებლების საფუძველზე და ბევრი სხვა კრიტერიუმი, რომელებიც შექმნილია სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შესაფასებლად, კანაფის შემთხვევაშიც გამოიყენება.

კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის სკრინინგ ინსტრუმენტები

ქვემოთ მოცემულია ხშირად გამოყენებადი თვით-მოხსენების სკრინინგ ინსტრუმენტების კრებული, რომელიც დალაგებულია სკალაზე არსებული პასუხების რაოდენობის მიხედვით.

დამოკიდებულების სიმძიმის შესაფასებელი სკალა, SDS (van der Pol et al., 2013)	
საცნობარო პერიოდი	წინა წელი
სამიზნე აუდიტორია	მოზარდები და ზრდასრულები
საკითხების რაოდენობა, ინტერვალი	5; 0 -15

შეკითხვების მაგალითები	1) ფიქრობთ, რომ თქვენს მიერ კანაფის მოხმარება უკონტროლო გახდა? 2) დარდობთ კანაფის მოხმარებაზე?
პასუხების არჩევანი (ქულა)	პასუხების არჩევანი იცვლება კითხვების მიხედვით. კითხვების უმეტეს შემთხვევაში გამოიყენება შემდეგი პასუხების ჩამონათვალი: არასდროს/თითქმის არასდროს (0), ზოგჯერ (1), ხშირად (2), ყოველთვის/თითქმის ყოველთვის (3)
ზღვრული ქულა	2 ან მეტი ქულა ფასდება კანაფის მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობად

კანაფის საზიანო მოხმარების სკრინინგ ტესტი, CAST (Legleye et al., 2012)	
საცნობარო პერიოდი	მთელი ცხოვრების განმავლობაში
სამიზნე აუდიტორია	მოზარდები და ახალგაზრდები
საკითხების რაოდენობა, ინტერვალი	6; 0-24 (მთლიანი სკალის შეფასების მეთოდი)
შეკითხვების მაგალითები	1) ოდესმე მოგიხმარიათ კანაფი შუადღემდე? 2) ოდესმე მოგიხმარიათ კანაფი მარტო ყოფნისას?
პასუხების არჩევანი (ქულა)	არასდროს (0), იშვიათად (1), ხანდახან (2), საკმაოდ ხშირად (3), ძალიან ხშირად (4) ალტერნატიული მეთოდი აფასებს თითოეულ საკითხს 0 ან 1 ქულიანი ზღვრულით
ზღვრული ქულა	6 ან მეტი ქულა მთლიანი შეფასების სკალით ითვლება კანაფის საზიანო მოხმარებად

კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მაიდენტიფიცირებელი ტესტი - შესწორებული ვერსია, CUDIT-R (Adamson et al., 2010)	
საცნობარო პერიოდი	ბოლო 6 თვე
სამიზნე აუდიტორია	მოზარდები და ზრდასრულები
საკითხების რაოდენობა, ინტერვალი	8; 0-24
შეკითხვების მაგალითები	1) რამდენად ხშირად მოიხმართ კანაფს? 2) კანაფის მოხმარების ტიპურ დღეს რამდენი საათი გაგრძელებულა თქვენი „გაშეშების“ მდგომარეობა?
პასუხების არჩევანი (ქულა)	პასუხების არჩევანი იცვლება კითხვების მიხედვით. კითხვების უმეტესობაში გამოიყენება შემდეგი პასუხების ჩამონათვალი: არასდროს (0), თვეზე ნაკლები პერიოდულობით (1), ყოველთვიურად (2), ყოველკვირეულად (3), ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად (4)
ზღვრული ქულა	8 ან მეტი ქულა განიხილება, როგორც საზიანო მოხმარება. 12 ან მეტი ქულა განიხილება როგორც კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა

მარიხუანას პრობლემური მოხმარების ტესტი (Piontek et al., 2008)	
საცნობარო პერიოდი	ცხოვრების განმავლობაში და ამჟამად
სამიზნე აუდიტორია	მოზარდები
საკითხების რაოდენობა, ინტერვალი	8; 0-8
შეკითხვების მაგალითები	1) კანაფის მოხმარების გამო გაკვეთილები გაგიცდენიათ ან დაგიგვიანიათ სკოლაში? 2) ხშირად გაქვთ კანაფის მოხმარების სურვილი?
პასუხების არჩევანი (ქულა)	არა (0), დიახ (1)
ზღვრული ქულა	2 ან მეტი ქულა განიხილება კანაფის საზიანო მოხმარებად

კანაფის მოხმარებით გამოწვეული პრობლემების მაიდენტიფიცირებელი ტესტი, CUPIT (Bashford, 2009)	
საცნობარო პერიოდი	ბოლო 12 თვე
სამიზნე აუდიტორია	მოზარდები და ზრდასრულები
საკითხების რაოდენობა, ინტერვალი	16; 0-82
შეკითხვების მაგალითები	1) ბოლო 12 თვის განმავლობაში დაახლოებით რამდენი დღე მოიხმარეთ კანაფი? 2) მოხმარების პერიოდში, ტიპური დღის განმავლობაში დაახლოებით რამდენჯერ მოიხმარდით კანაფს?
პასუხების არჩევანი (ქულა)	პასუხების ჩამონათვალი იცვლება კითხვების მიხედვით
ზღვრული ქულა	12 ან მეტი ქულა ითვლება ოპტიმალურ ზღვრულ წერტილად, რათა შემდგომი შეფასება ჩატარდეს

მარიხუანას მოხმარების სკრინინგ ინსტრუმენტი (Alexander & Leung, 2004)	
საცნობარო პერიოდი	ცხოვრების განმავლობაში და ამჟამად
სამიზნე აუდიტორია	მოზარდები და ახალგაზრდები
საკითხების რაოდენობა, ინტერვალი	31; 0-31
შეკითხვების მაგალითები	1) მარიხუანას მოხმარების გამო თავს ცუდად გრძნობთ ხოლმე? 2) ოდესმე თუ ყოფილხართ დაპატიმრებული მარიხუანას ფლობის ან ყიდვის გამო?
პასუხების არჩევანი (ქულა)	არა (0), დიახ (1)
ზღვრული ქულა	3 ან მეტი ქულა განიხილება, როგორც საშუალო რისკი, 6 ან მეტი კი - მაღალი რისკი

კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის შეფასება (Stoner, 2016)

მოხმარების პატერნები. წარსულში მომხდარის გახსენების მეთოდი, TLFB (Robinson et al., 2014) მოიცავს რეტროსპექტულ კითხვებს მარიხუანას მოხმარების შესახებ, კერძოდ: ინტერვიუს დღემდე მინიმუმ 7 დღის და მაქსიმუმ 2 წლის განმავლობაში დაახლოებით რამდენი ჯოინთი/დერი აქვს მოხმარებული ინდივიდს. მარიხუანას მოხმარების

გამოცდილების კითხვარი, MSHQ (Bonn-Miller & Zvolensky, 2009) აფასებს ამჟამინდელი მოხმარების სიხშირეს (ბოლო 30 დღის განმავლობაში მოხმარება), მოწეული ღერების საშუალო რაოდენობას თითოეული შემთხვევის დროს, ცხოვრების განმავლობაში კანაფის მოხმარების დღეების რაოდენობას, მარიხუანას ტიპური მოხმარების მეთოდს, პირველად მოხმარების ასაკს და ა.შ.

ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები

მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების მაჩვენებლები მნიშვნელოვანია მკურნალობის ეფექტურობისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერების მომხმარებლის ცხოვრების ხარისხზე ნივთიერების ზეგავლენის შეფასებისთვის. 19-პუნქტიანი მარიხუანას მოხმარებით გამოწვეული პრობლემის შესაფასებელი სკალა, MPS (Stephens et al., 2000), რომელიც მიმართულია ზრდასრულებზე, ადგენს კანაფის მოხმარებით გამოწვეულ პოტენციურ ნეგატიურ გავლენას სოციალურ ურთიერთობებზე, თვითშეფასებაზე, მოტივაციასა და პროდუქტიულობაზე, სამსახურსა და ფინანსებზე, ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე, მეხსიერების გაუარესებასა და სამართლებრივ პრობლემებზე; ხოლო 27-პუნქტიანი კანაფის მოხმარებით გამოწვეული პრობლემების გამოსავლენი კითხვარი, CPQ (Copeland et al., 2005), ზომავს მოხმარების მწვავე ფიზიკურ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ შედეგებს. CPQ მიმართულია ზრდასრულებზე, თუმცა მოზარდებზე ფოკუსირებული ვერსიაც ხელმისაწვდომია - CPQ-A (Martin et al., 2006). 50-პუნქტიანი მარიხუანას მოხმარებით გამოწვეული პრობლემების შესაფასებელი კითხვარი, MACQ (Simons et al., 2012), ზომავს სოციალურ-ინტერპერსონალურ შედეგებს, თვით-აღქმას, საკუთარ თავზე ზრუნვას, აკადემიურ/სამსახურეობრივ შედეგებს, გონების დაბინდვამდე მოხმარებას, შესუსტებულ კონტროლს და ფიზიკურ დამოკიდებულებას. კითხვარის შემოკლებული 21-პუნქტიანი ზოგადი ვერსიაც ხელმისაწვდომია - B-MACQ. ორივე კითხვარი მიმართულია ახალგაზრდებზე.

ლტოლვა და აღკვეთის მდგომარეობა

ლტოლვისა და აღკვეთის მდგომარეობის შეფასებას შეუძლია აჩვენოს კანაფზე დამოკიდებულების სიმძიმის დონე. 47-პუნქტიანი მარიხუანასადმი ლტოლვის კითხვარი, MCQ (Heishman et al., 2001), ზომავს კომპულსურობას (მარიხუანას მოხმარების კონტროლის სირთულე), ემოციურობას (მოლოდინი იმისა, რომ მოხმარება შეამცირებს ნეგატიურ ემოციებს), მოლოდინს (რომ მოხმარებას მოჰყვება დადებითი შედეგი) და მიზნობრიობა (მოხმარების განზრახვა და დაგეგმვა დადებითი გამოცდილების მისაღებად). ხელმისაწვდომია აღნიშნული კითხვარის შემოკლებული ვერსიაც (MCQ-SF), რომელიც 12 პუნქტს მოიცავს (Heishman et al., 2009). მარიხუანას მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთის მდგომარეობის აღნიშვნის ფურცელი, MWCQ (Budney et al., 1999), მოიცავს 22 სიმპტომის ჩამონათვალს, რაც შესაძლოა ჰქონდეთ გამოხატული მომხმარებლებს (ან აღენიშნებოდეს მომხმარებლებს), როდესაც მარიხუანას მოხმარებისგან თავს იკავებენ; თითოეული სიმპტომი ფასდება, როგორც არ არსებული, მსუბუქი, საშუალო ან მძიმე.

კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთის მდგომარეობის მართვა (Connor et al., 2022)

პრევალენტობა

სხვადასხვა კვლევების მეტა-ანალიზის მიხედვით, რომელშიც ჯამურად 20 000-ზე მეტი კანაფის რეგულარული მომხმარებელი და ამ ნივთიერებაზე დამოკიდებული ინვიდივიდი მონაწილეობდა, რესპონდენტთა დაახლოებით 47% ადასტურებს კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეულ ალკვეთის მდგომარეობას, რომელიც გაზომილია სტანდარტიზებული სკალებით (Bahji et al., 2020). კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის სიმპტომების პრევალენტობა უფრო მაღალია იმ მომხმარებლებში, რომლებსაც აქვთ ყოველდღიური მოხმარების, ერთდროულად კანაფის და თამბაქოს მოხმარების და ასევე სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის ისტორია (Bahji et al., 2020).

კანაფზე დამოკიდებულება

კანაფზე დამოკიდებულება ხასიათდება კანაფის უწყვეტი მოხმარებით, მიუხედავად მისი ნეგატიური ეფექტებისა მომხმარებლის (ან მისი გარემოცვის) სოციალურ ფუნქციონირებასა და ფიზიკურ თუ ფსიქიკურ ჯანრმთელობაზე. არსებობს ორი დიაგნოსტიკური სისტემა, რომელიც ადგენს აშლილობის სიმძიმეს და ასევე მის კლასიფიცირებას ახდენს: ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო (DSM-5) და დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაცია (ICD-11). კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის სიმძიმე DSM-5-ში კოდირებულია რამდენიმე ხარისხად, ესენია: მსუბუქი (ორი ან სამი სიმპტომის არსებობა), საშუალო (ოთხი ან ხუთი სიმპტომის არსებობა) და მძიმე (ექვსი ან მეტი სიმპტომის არსებობა). ხოლო ICD-11 კანაფის მოხმარების კლასიფიცირებას ახდენს შემდეგნაირად: სახიფათო (რომელსაც პოტენციურად შეუძლია გამოიწვიოს ზიანი), საზიანო (რომელიც უკვე იწვევს ზიანს) და კანაფზე დამოკიდებულება.

ალკვეთის სიმპტომების სიმძიმე

ხშირ შემთხვევებში, კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის სიმპტომატიკა არ არის მწვავე და არ აქვს მძიმე გვერდითი ეფექტების გამოწვევის მაღალი რისკი. თუმცა, სომატური ან ფსიქიატრიული დაავადებების თანაარსებობა ზრდის სიმწვავეს რისკს და დამატებითი მართვის საჭიროებას. კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობის სიმძიმე შესაძლებელია შეფასდეს კლინიკური გამოკვლევით, რომლის დროსაც განისაზღვრება რიცხვი და ინტენსიურობა DSM-5-ის ან ICD-11-ის ალკვეთის მდგომარეობის მახასიათებლების მიხედვით და ასევე გამოიყენება კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის სტანდარტიზებული საზომები. DSM-5 და ICD-11 აფასებს მხოლოდ კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობის სიმპტომების არსებობას ან არ არსებობას და არა სიმპტომების სიმძიმეს, განსხვავებით სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობებისგან. კლინიკურად ყველაზე რელევანტური კრიტერიუმი არის პაციენტის დისტრესის ან ფუნქციონირების შეზღუდვის დონე. ეს შესაძლოა შეფასდეს როგორც სუბიექტური მახასიათებლებით (მაგალითად შფოთვა, ძილის ხარისხი), ისე ობიექტური მახასიათებლებით (მაგალითად, წონის კლება, ტემპერატურის მომატება).

კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის შესაფასებლად ორი ყველაზე ფართოდ გამოყენებული სკალა არის 16-პუნქტიანი მარიხუანას მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობის აღნიშვნის ფურცელი (MWC) (Budney et al., 2004), 22-პუნქტიანი სკალის შესწორებული ვერსია, და 19-პუნქტიანი კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის სკალა (CWS) (Budney et al., 2004). ორივე სკალა DSM-5-მდე იქნა შემუშავებული. მნიშვნელოვანი მსგავსებებია DSM-5-სა და MWC/CWS-ის მახასიათებლებს შორის, თუმცა არაა სრული მსგავსება. MWC-ს შემოკლებული 14-პუნქტიანი ალკვეთის სკალა (WDS) (Herrmann et al., 2015) უფრო მეტ თანხვედრაშია DSM-5-ში აღწერილ სიმპტომებთან. სხვა ნივთიერებების ალკვეთის სკალებთან შედარებით (მაგალითად ალკოჰოლის ალკვეთის სკალა), კანაფის ალკვეთის სხვადასხვა სკალას ნაკლები ფსიქომეტრული ვალიდურობა ახასიათებს.

ცხრილი 1. კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობის კრიტერიუმები: DSM-5 და ICD-11

DSM-5 კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობა	ICD-11 კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობა
ნიშნები და სიმპტომები	აღწერა
3 (ან მეტი) ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი და სიმპტომი ვითარდება მას შემდეგ, რაც კანაფის მძიმე და ხანგრძლივი მოხმარების (ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად მინიმუმ რამდენიმე თვის განმავლობაში) შეწყვეტა ხდება:	...რომელიც ვითარდება კანაფის მოხმარების შეწყვეტის ან შემცირების დროს ინდივიდებში, რომლებიც კანაფზე დამოკიდებულნი არიან ან მოიხმარდნენ კანაფს დიდი რაოდენობით ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.
1. გაღიზიანება, ბრაზი ან აგრესია	კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობის სიმპტომები მოიცავს:
2. ნერვიულობა ან შფოთვა	
3. ძილის სირთულეები (მაგალითად, ინსომნია, შემაწუხებელი სიზმრები)	
4. მადის დაქვეითება ან წონის კლება	
5. მოუსვენრობა	გაღიზიანება, ბრაზი ან აგრესიული ქცევა, კანკალი, უძილობა, მოუსვენრობა, შფოთვა, დეპრესიული ან დისფორიული/დაქვეითებული გუნება-განწყობა, მადის დაქვეითება და წონის კლება, თავის ტკივილი, ოფლიანობა ან შემცივნება, მუცლის და კუნთების ტკივილი
6. დეპრესიული გუნება-განწყობა	
7. ჩამოთვლილიდან ერთი მაინც: მნიშვნელოვანი დისკომფორტის გამომწვევი ფიზიკური სიმპტომები: მუცლის ტკივილი, კანკალი/ტრემორი, ოფლიანობა, ცხელება, შემცივნება ან თავის ტკივილი	
ნიშნები ან სიმპტომები იწვევს კლინიკურად მნიშვნელოვან დისკომფორტს ან სოციალურ, სამსახურობრივ ან სხვა მნიშვნელოვან სფეროში ფუნქციონირების დაქვეითებას.	კლინიკურად მნიშვნელოვანი სიმპტომების, ქცევების ან/და ფსიქოლოგიური მახასიათებლების ერთობლიობა, რომლებიც იცვლება სიმძიმისა და ხანგრძლივობის მიხედვით.
ნიშნები ან სიმპტომები არ არის კავშირში სხვა სამედიცინო მდგომარეობასთან ან არ არის	

უკეთ ახსნილი სხვა ფსიქიკური აშლილობით, მათ შორის ინტოქსიკაციით ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკეითის მდგომარეობით.	
--	--

დიფერენციული დიაგნოზი

იმის გამო, რომ კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკეითისთვის მდგომარეობის დამახასიათებელი ბევრი სიმპტომი არ არის მხოლოდ კანაფისთვის უნიკალური, დიაგნოზის დასასმელად საჭიროა განისაზღვროს, ალკეითის მდგომარეობის სიმპტომები ხომ არ არის კავშირში სხვა ნივთიერებების (მაგ., ალკოჰოლის ან თამბაქოს) მოხმარების შეწყვეტა/შემცირებასთან ან თანმდევ ფსიქიკურ ან სამატურ დაავადებებთან.

სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკეითის მდგომარეობა (მიუხედავად იმისა, ექიმის მიერ არის დანიშნული თუ რეკრეაციულად მოიხმარება) შესაძლოა იწვევდეს კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკეითის მდგომარეობის მსგავს სიმპტომებს. მაგალითად, ოპიატებისა და ალკოჰოლის ალკეითის მდგომარეობას შეუძლია გამოიწვიოს გაღიზიანება, ბრაზი ან აგრესიული ქცევა, კანკალი, უძილობა, მოუსვენრობა, შფოთვა, დეპრესიული ან დისფორიული/დაქვეითებული გუნება-განწყობა, მადის დაქვეითება და წონის კლება, თავის ტკივილი, ოფლიანობა ან შემცივნება, მუცლისა და კუნთების ტკივილი. ალკოჰოლური დელირიუმის შემთხვევაში მსგავსი სიმპტომები არის საგანგაშო/სამედიცინო თვალსაზრისით კრიტიკული. დიაგნოზის დაზუსტებისთვის მნიშვნელოვანი ფაქტორი არის კანაფის შეწყვეტიდან 24-48 საათის განმავლობაში სიმპტომების აღმოცენება და თავშეკავებიდან 4-7 დღის შემდეგ გაუმჯობესება, ამასთანავე, სხვა ნივთიერებების მოხმარებისა და თავშეკავების პატერნების ფრთხილი შეფასება.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების პოლიმოხმარება

ადამიანები, რომლებსაც კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა აქვთ, მიდრეკილნი არიან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისკენაც. ამერიკის შეერთებული შტატების ეროვნული რეპრეზენტატული გამოკითხვების მიხედვით, ადამიანები, ვისაც კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა აღენიშნებოდათ უკანასკნელი 12 თვის განმავლობაში, 6-ჯერ მეტად მიდრეკილნი იყვნენ ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისკენ და 9-ჯერ მეტად - სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისკენ (Hasin et al., 2016). კანაფზე დამოკიდებულების მკურნალობაში ჩართულ ოთხიდან სამ მომხმარებელს ასევე აწუხებს სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა. გამომდინარე იქიდან, რომ მაღალია რამდენიმე ფსიქოაქტიური ნივთიერების ერთროული მოხმარების გამოცდილება და დამოკიდებულების თანაარსებობა, მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, პაციენტს მხოლოდ კანაფის მოხმარების შეწყვეტა სურს თუ სხვა რომელიმე ნივთიერების ან, სულაც, ყველა ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტა. ამბულატორიულ სერვისებში, შესაძლოა, პაციენტს ერჩივნოს სხვა ნივთიერებების მოხმარების გაგრძელება. არსებული

კვლევები არ არის საკმარისი იმის დასადგენად, რამდენიმე ნივთიერების ერთდროულად შეწყვეტა უმჯობესია თუ თანმიმდევრობით.

გარემო და ამბულატორიული/სტაციონარული მკურნალობის დასაბუთება

სამედიცინო პერსონალის მიერ კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული გართულებული აღკვეთის მდგომარეობის მართვის შემთხვევაში იშვიათადაა საჭირო პაციენტის სტაციონარული მკურნალობა. აღკვეთის მდგომარეობის მეთვალყურეობის ქვეშ ან სტაციონარულად მკურნალობა იმ შემთხვევებში უნდა განიხილებოდეს, როდესაც პაციენტი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების პოლიმომხმარებელია და, ამასთანავე, აქვს სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული გართულებული აღკვეთის მდგომარეობის ისტორია. ხოლო, როდესაც მოსალოდნელია ფსიქიკური ჯანმრთელობის მდგომარეობის გამწვავება, რასაც ძირითადად თან ახლავს ფუნქციონირების შეზღუდვა, ან მზარდი თვითდაზიანების რისკი, მკურნალობის მიდგომად უნდა განიხილებოდეს სუპერვიზირებული სტაციონარული მკურნალობა. სამედიცინო მეთვალყურეობა რეკომენდებულია იმ პაციენტებისთვის, რომელთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე შესაძლოა უარყოფითი გავლენა იქონიოს ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეულმა აღკვეთის მდგომარეობამ. ასევე, სტაციონარული მკურნალობა უნდა განიხილებოდეს იმ შემთხვევებში, როდესაც უშედეგოდ სრულდება პაციენტის მცდელობა, კანაფის მოხმარება შეწყვიტოს ამბულატორიული მკურნალობის გზით.

დროითი ჩარჩო

კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთის სიმპტომები ჩვეულებრივ მოხმარების შეწყვეტიდან 24-28 საათის შემდეგ ჩნდება. აღკვეთის ადრეული ფაზა ძირითადად ხასიათდება უძილობით, გაღიზიანებით, მადის დაქვეითებით, კანკალითა და იშვიათ შემთხვევებში - ოფლიანობითა და შემცივნებით. ეს ადრეული სიმპტომები ინტენსიურობის პიკს აღწევს მეორე-მეექვსე დღეს. ისინი ნელ-ნელა ქრება THC-ის დონის კლებასთან ერთად, რომელიც აბსტინენციიდან შვიდი დღის განმავლობაში ხდება. ბრაზი, აგრესია და დეპრესიული გუნება-განწყობა შესაძლოა აღმოცენდეს აბსტინენციის პირველივე კვირაში, თუმცა, ჩვეულებრივ პიკს აღწევს მეორე კვირის განმავლობაში (დიაგრამა 1) (Lerner & Klein, 2019); ხოლო ძილის დარღვევები, შესაძლოა, გაგრძელდეს კვირების ან უფრო ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე.

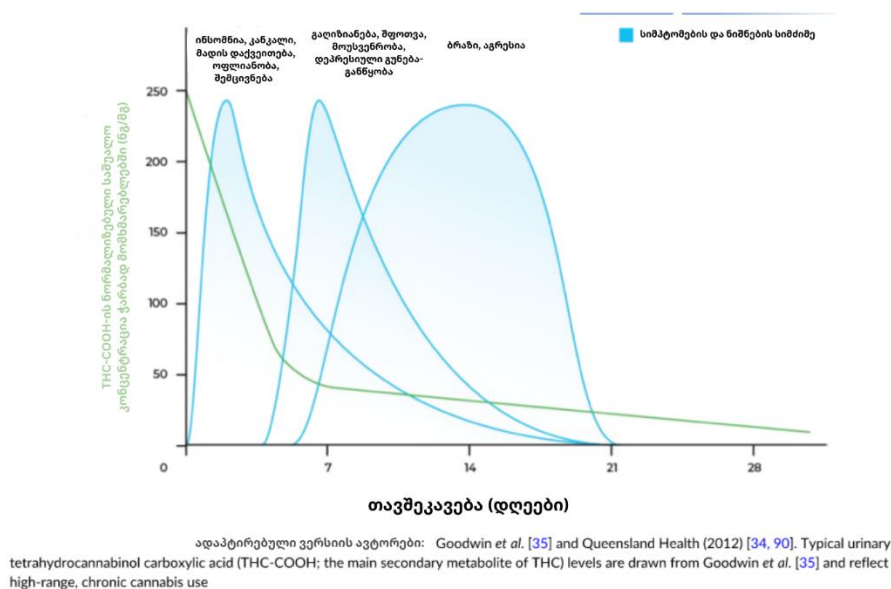
დეტოქსიკაციამდელი ზიანის შემცირების საჭიროება

კანაფის დეტოქსიკაციამდელი ზიანის შემცირების სტრატეგიები არ არის კარგად შესწავლილი და, შესაბამისად, არ არსებობს სტანდარტიზებული პრაქტიკა. სხვა ნივთიერებების მართვის გამოცდილების მიხედვით, კანაფის მოხმარების ნელ-ნელა შემცირებამ და/ან დაბალი THC-ის შემცველობის პროდუქტების გამოყენებამ გახანგრძლივებული დროის (კვირების) განმავლობაში შეიძლება, შეამციროს აღკვეთის სიმპტომების აღმოცენების ალბათობა და სიმძიმე.

რისკები და სარგებელი

უშუალოდ კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეულ ალკვეთის მდგომარეობასთან დაკავშირებული მხოლოდ რამდენიმე რისკი არსებობს. ყველაზე დიდი რისკია რეციდივი/წაცდენა (Davis et al., 2016). ამ კუთხით საყურადღებოა ფსიქოპათიური ნივთიერებების პოლიმოხმარების გაზრდილი რისკი და მაღალი რისკის შემცველი ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობის თანაარსებობა. თუკი კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობა აუარესებს დეპრესიის (სუიციდს), შფოთვისა და ფსიქოზურ სიმპტომებს, მაშინ რისკები იზრდება და მიზანშეწონილია რეგულარული მეთვალყურეობა და დეტოქსიკაციის გარკვეული დროით გადავადება. ყველა მედიკამენტი შეიცავს გვერდითი ეფექტების რისკს. უნდა მოხდეს ფარმაცოთერაპიის პოტენციური გვერდითი ეფექტების განხილვა, რომელიც დროებითი არასასურველი სიმპტომების მქონე ალკვეთის მდგომარეობისგან განსხვავებით, ფართოდ შესწავლილი არ არის ამ პოპულაციაში.

დიაგრამა 1. კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობის ტიპური მიმდინარეობა



არაფარმაცოლოგიური ჩარევები/ინტერვენციები

არ არსებობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული სამეცნიერო კვლევები ყველაზე ეფექტური ბიპვეიორული თერაპიის შესახებ და, ასევე, არ მოიპოვება კვლევები, რომლებიც შეადარებდა ქცევითი და ფარმაცოლოგიური მიდგომების ეფექტურობას ფსიქოპათიური ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობის მართვისას. ალკვეთის ფარმაცოლოგიური მიდგომით მართვის შესახებ არსებული კვლევების უმეტესობა მოიცავს რაიმე ფორმის თანმხვედრ

ბიჰევიორულ ინტერვენციასაც, თუმცა, ამ ქცევითი მიდგომების განცალკევებული ეფექტურობა შეფასებული არ არის.

კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთის მდგომარეობის მართვა ფარმაკოთერაპიით

კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთის სინდრომის მართვისთვის ჯანდაცვაში დამტკიცებული მედიკამენტი არ არსებობს. კვლევები სუპერვიზირებული სტაციონარული მკურნალობის გამოყენებით კანაფის მოხმარების მართვის შესახებ უკანასკნელი 15 წლის განმავლობაში გახშირდა, თუმცა სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობებთან შედარებით, ინფორმაცია ამ საკითხზე ჯერ კიდევ მწირია.

მედიკამენტების გამოყენება კლინიკურ პრაქტიკაში

რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევების მიხედვით, არც ერთი მედიკამენტი არ აღმოჩნდა ეფექტური სუპერვიზირებული სტაციონარული მკურნალობის გამოყენებით კანაფის აღკვეთის მდგომარეობის მართვისას. კლინიკურ პრაქტიკაში მოკლევადიანი მართვისთვის განკუთვნილი სიმპტომური მედიკამენტები გამოიყენება: (ა) კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთის მდგომარეობის არასპეციფიკური სიმპტომებისთვის და (ბ) აღკვეთის მდგომარეობის სპეციფიკური სიმპტომებისთვის (როგორცაა ძილის დარღვევა, ლებინება, შფოთვა, მადის სტიმულირება, ლტოლვა), რათა პაციენტის კომფორტი და მკურნალობაში ჩართულობა გაუმჯობესდეს (

ცხრილი 2). ისევე, როგორც ყველა დანიშნულების შემთხვევაში, ყოვლისმომცველი სამედიცინო ანამნეზი და ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისა და ალკოჰოლის მოხმარების ისტორია უნდა განსაზღვრავდეს ამ მედიკამენტების დოზებსა და ადმინისტრირების წესს. ყველა მედიკამენტს აქვს გვერდითი ეფექტები, რომლებიც უნდა აბალანსდეს პოტენციურ სარგებელს, გამომდინარე იქიდან, რომ მათი ეფექტურობა ამ პოპულაციაში ჯერ კიდევ უცნობია.

ცხრილი 2. კლინიკურ პრაქტიკაში გამოყენებული მედიკამენტების მაგალითები

აღკვეთის მდგომარეობის ზოგადი მახასიათებლები (არასამედიცინო დანიშნულებით მოხმარებისას)	მდგომარეობის მართვა
	• დრონაბინოლი (ერთი მხარდამჭერი კვლევა)^ა • ნაბიქსიმოლსი (ორი მხარდამჭერი კვლევა)^ა • გაბაპენტინი (ერთი მხარდამჭერი კვლევა) • ნაბილონი
შფოთვა და აგზნება	• დიაზეპამი
ძლიერი ტრემორი	• დიაზეპამი
ლებინება/მუცლის ტკივილი	• მეტოკლოპრამიდი • ჰიოსცინი • პრომეთაზინი • არაოპიოიდური ანალგეზია (მაგალითად, პარაცეტამოლი, ღვიძლის ნორმალური ფუნქციონირების შემთხვევაში)
ფსიქოზური სიმპტომები / ჰალუცინაციები	• ანტიფსიქოზურები (მაგალითად, ოლანაპინი, ქვეტიაპინი)

რთული შემთხვევები (Connor et al., 2022)

ამ მიმოხილვაში წარმოდგენილი შემთხვევა ასახავს საერთო, რთულ სურათს.

აღწერა

48 წლის მამაკაცი პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში მოხვდა მუცლის გაუსაძლისი ტკივილით, თავის ტკივილითა და შფოთვის ინტენსიური სიმპტომებით, რომლებიც უზღუდავდა მუშაობის უნარს უკანასკნელი 48 საათის განმავლობაში. მან განაცხადა, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ეს პერიოდი სამსახურში არ დადიოდა, ხანდახან ესმოდა უცხო ხმები, რომელიც ეუბნებოდნენ, რომ სამსახურს დაკარგავდა. პაციენტმა ასევე განაცხადა, რომ საკუთარ პარტნიორთან, რომელთანაც 15-წლიანი ურთიერთობა აკავშირებს, პრობლემები ჰქონდა - ძირითადად ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების გამო. მან შეწყვიტა ყველა ნივთიერების მოხმარება დაწესებულებაში ვიზიტამდე 60 საათით ადრე.

ფსიქოსოციალური ისტორია: პაციენტი ამჟამად არის საავადმყოფო ფურცელზე, თუმცა სტაბილური მუშაობის გამოცდილება აქვს. არის დაქორწინებული, არ ჰყავს შვილები. სამსახურის გაცდენის გამო შესაძლოა ფინანსური პრობლემები დაუდგეს.

სამედიცინო ისტორია: პაციენტი უჩივის მუცლის არეში სპაზმებს, თავის ტკივილს, გაღიზიანებას/ბრაზს, მადის დაკარგვას, ოფლიანობასა და შემცივნებას. წინარე ისტორიით კი - ჰიპერტენზიას, ძილის პრობლემებს, მსუბუქ-საშუალო ძილის აპნოეს; სხეულის მასის ინდექსი არის 35.

ფსიქიატრიული ისტორია: ამჟამად ადასტურებს მომატებულ შფოთვას, წინარე ისტორიაში კი დასტურდება უნიპოლარული დეპრესიის დიაგნოზი. უარყოფს შიზოფრენიის ან ფსიქოზური აშლილობის არსებობას. [მკურნალი ექიმის ეჭვი: კანაფის აღკვეთით გამოწვეული ფსიქოზი.] უარყოფს თვითდაზიანებაზე ფიქრებს. მედიკამენტი: ესციტალოპრამი 20მგ (პაციენტს არ მიუღია აღნიშნული მედიკამენტი), კაპტოპრილი 25მგ (არ მიუღია), უწყვეტი დადებითი სასუნთქი გზების მოწყობილობა (არ გამოყენებულა).

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების ისტორია: პაციენტი ადასტურებს კანაფის ყოველდღიურ მოხმარებას (საშუალოდ 2გრ. დღეში, ან დაახლოებით რვა ჯოინთი), ნიკოტინის შემცველი თვითშეკეთებული სიგარეტის - 15 ღერი დღეში და დამატებით ფხვიერი თამბაქოს მოხმარებას, რომელსაც THC-ის (კანაფის მცენარის ყვავილედიდან დამზადებული) მაღალი შემცველობა აქვს. ადასტურებს ალკოჰოლის იშვიათ მოხმარებას (საშუალოდ სამი სტანდარტული სასმისი კვირაში) და სარეცეპტო ოპიოიდების არაღებულ მოხმარებას (ოქსიკოდონი 10მგ, როდესაც ხელმისაწვდომია, ჩვეულებრივ, 1 ტაბლეტი ორ კვირაში ერთხელ). პაციენტი აცხადებს, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებისგან თავშეკავების ყველაზე ხანგრძლივი პერიოდი იყო 15 წლის წინ და 6 თვე გრძელდებოდა (მას შემდეგ, რაც მის ამჟამინდელ პარტნიორს შეხვდა, ასაკი - 33 წელი). პაციენტის ქულა ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მაიდენტიფიცირებელი ტესტით (AUDIT) (Saunders et al., 1993) არის 6, მაშინ, როდესაც 16-ის ტოლი ან მეტი ქულა აღნიშნავს ალკოჰოლთან დაკავშირებულ პრობლემებს.

დამოკიდებულების სიმძიმის სკალაზე (SDS) (Swift et al., 1998) პაციენტის ქულა არის 13, მაშინ, როდესაც 3-ზე მეტი მიუთითებს კანაფთან დაკავშირებულ პრობლემებზე. ნიკოტინზე დამოკიდებულების ფაგერშტრომის ტესტით (FTND) (Heatherton et al., 1991) კი მისი ქულა არის 10 (სკალა 0-10), რომელიც მიუთითებს შესაძლო დამოკიდებულების მაღალ ალბათობაზე. პაციენტი არ ადასტურებს რაიმე სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობის გამოცდილებას.

ალკვეთის მდგომარეობის შეფასება

ხშირია კანაფისა და თამბაქოს ერთდროული მოხმარება. ასევე, მკურნალობაში ჩართული კანაფის მოხმარებლების დაახლოებით ორი მესამედი მოიხმარს თამბაქოს. თამბაქოს ალკვეთის სიმპტომები კანაფის ალკვეთის სიმპტომებთან ერთდროულად მიმდინარეობს და, შესაძლოა, ჰქონდეს მსგავსი ინტენსიურობა და დროითი ჩარჩო (Budney et al., 2008; Vandrey et al., 2005). **ცხრილი 3** აჩვენებს მსგავსი კომპლექსური შემთხვევის ალკვეთის მახასიათებლებსა და შესაძლო მართვის მაგალითს. თუკი პაციენტს თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტის სურვილი აქვს, შესაძლოა, განიხილოს ნიკოტინის ჩანაცვლების თერაპია ალკვეთისა და დეტოქსიკაციის შემდგომ პერიოდში.

ამ მაგალითში, ალკვეთის სტაციონარული თუ ამბულატორიული მართვის შესახებ გადაწყვეტილება ეფუძნება მოკლე ფსიქოზური ეპიზოდებისა და პაციენტის ფუნქციონირებაზე მათი შესაძლო ზეგავლენის ზედმიწევნით შეფასებას. თუმცა მაგალითში პაციენტს არ აქვს სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობა, რომლებიც ზრდის საზიანო გვერდითი ეფექტების რისკს (მაგალითად ალკოჰოლის ან ცენტრალური ნერვული სისტემის სხვა დეპრესანტების, ოპიოიდების მოხმარებით გამოწვეული ალკვეთა). პაციენტი უარყოფს სუიციდურ აზრებს, თუმცა ადასტურებს უხასიათობას, რომელიც მისთვის ჩვეულია. ის აცხადებს, რომ კანაფის მოხმარება უფრო ხშირია ღამით და ხდება ძილის გაუმჯობესების მიზნით, შესაბამისად, მოხმარების შეწყვეტამ მისი ძილის ხარისხი გააუარესა. პაციენტის გადაწყვეტილებას, შეწყვიტოს კანაფის მოხმარება, მხარს უჭერს მასთან 15-წლიან ურთიერთობაში მყოფი პარტნიორი და ამ ფსიქოაქტიური ნივთიერებისგან თავისუფალი ურთიერთობის მომხრეა.

პაციენტმა არჩია სახლში დეტოქსიკაცია. ის იმყოფებოდა პარტნიორთან ერთად, რომელმაც დაადასტურა, რომ მომდევნო 5 დღის განმავლობაში პაციენტზე მკაცრი მეთვალყურეობა შეუძლია. პაციენტმა თანხმობა განაცხადა, ყოველდღიურად მისულიყო მიღებაზე პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში მომდევნო კვირის განმავლობაში. შემთხვევის მართვის მთავარ მიდგომად განიხილება კანაბინოიდური აგონისტი (მაგალითად ნაბილონი), დოზის ნელ-ნელა გაზრდით. თუკი კანაფის ალკვეთის მდგომარეობასთან ასოცირებული ფსიქოზი აღმოცენდება, მიზანშეწონილია სტაციონარული მკურნალობა. კონსულტაციისას მომდევნო 5 დღის განმავლობაში დაინიშნა ქვეტიაპინი (ატოპური ანტიფსიქოზური მედიკამენტი).

პაციენტსა და მის პარტნიორს ჩაუტარდათ ფსიქოგანათლების სეანსი შემდეგ საკითხებზე: ალკვეთის მდგომარეობის მიმდინარეობა და სიმპტომები, ლტოლვასთან გამკლავების სავარჯიშოები, კვება, სითხის მიღების მნიშვნელობა, ფიზიკური ვარჯიში და ძილის ჰიგიენა. აგრეთვე, კონსულტაციისას განხილულ იქნა რელაქსაციის ძირითადი უნარებისა

და აგრესიული ქცევის ან ბრაზის მართვის ტექნიკები. ამავდროულად, კოგნიტურ-ქცევით თერაპიაზე დაფუძნებული ამბულატორიული რეციდივის პრევენციის პროგრამა იქნა რეკომენდებული და მოხდა პაციენტის გადამისამართება ამ პროგრამაში.

ცხრილი 3. რთული შემთხვევა: დაკვირვების შედეგად დადასტურებული და თვით-მოხსენებული სიმპტომები და მათი მართვის მიდგომები.

დაკვირვების შედეგად და თვით- მოხსენებული სიმპტომები	კანაფი	ნიკოტინი	მართვის შესაძლო მიდგომები
აღკვეთის სკალის ქულები	CWS = 140 (დიაპაზონი = 0-190)	MNWS = 14 (დამკვირვებლის დიაპაზონი = 0-16)	კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთის სინდრომის მართვის ძირითადი მიდგომა: კანაბინოიდური აგონისტი (მაგალითად ნაბილონი)
ღებინება, მუცლის ღრუს ტკივილი, კუნთების ტკივილი	++	+	მეტოკლოპრამიდი არა-ოპიოიდური ანალგეზია განხილულია დრონაბინოლიც (სპეციფიკურია ღებინებისთვის და ზოგადად კანაფის აღკვეთისთვის)
თავის ტკივილი	++	++	არა-ოპიოიდური ანალგეზია
უძილობა	++	++	ძილის ჰიგიენა, CBT-I ზოლპიდემი, დიაზეპამი
შფოთვა	++	++	მხარდამჭერი კონსულტირება დიაზეპამირეკომენდებულია ესციტალოპრამი
ფსიქოზი (კანაფის აღკვეთით გამოწვეულ ფსიქოზზე ეჭვის არსებობისას)	++	-	ქვეტიაპინი
გალიზიანება	+	+	ფსიქოგანათლება დიაზეპამი
აგრესიული ქცევა	+	+	ფსიქოგანათლება დიაზეპამი
მოუსვენრობა	+	+	დიაზეპამი
ოფლიანობა და შეციება	+	+	მხარდამჭერი თერაპია
მადის დაქვეითება	+	-	კვებითი მხარდამჭერა განხილულია დრონაბინოლიც (სპეციფიკურია მადისთვის და ზოგადად კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთისთვის)

++ სიმპტომი ძლიერია, + სიმპტომის არსებობა დასტურდება; - სიმპტომის არსებობა არ დასტურდება; CBT_I = კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია უძილობისთვის

რეციდივის პრევენცია

ჯერჯერობით არ არსებობს დამტკიცებული ფარმაკოლოგიური მიდგომა კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის რეციდივის პრევენციისთვის სუპერვიზირებული სტაციონარული მკურნალობის პერიოდში თუ მას შემდეგ (Connor et al., 2021). თუმცა

გამოყენება ფსიქოსოციალურ მიდგომებზე დაფუძნებული ინტერვენციები. ორი ყველაზე ეფექტური ცალკეული ქვევითი ინტერვენცია არის კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია (CBT) და მოტივაციის გაძლიერების თერაპია (MET). ორივე მიდგომას აქვს მსგავსი ეფექტურობა (Cooper et al., 2015; Danovitch & Gorelick, 2012; Davis et al., 2015; Gates et al., 2016; Lévesque & Le Foll, 2018; Sabioni & Le Foll, 2018). არსებობს მტკიცებულებაც, რომ CBT-ისა და MET-ის კომბინირებული გამოყენება უკეთეს შედეგებს იძლევა, ვიდრე მათი ცალ-ცალკე ჩატარება (Connor et al., 2021; Gates et al., 2016).

წახალისებაზე ორიენტირებული მიდგომა (Contingency Management; CM) აღკვეთის მდგომარეობის მართვის დროს ინსენტივების გამოყენებით და ასევე მოტივაციისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტის შენარჩუნებით არის ეფექტური დამხმარე მეთოდი CBT-ისა და MET-ისთვის, რის შედეგადაც იზრდება სიფხიზლის შენარჩუნების ალბათობა (Connor et al., 2021; Gates et al., 2016). იმ შემთხვევებთან შედარებით, როდესაც არ ხორციელდება ინტერვენცია (პლაცებო, მკურნალობის შეწყვეტა), მოკლევადიან პერიოდში (12-14 კვირამდე) კომბინირებული MET და CBT-ის გამოყენება აორმაგებს სიფხიზლის მაჩვენებელს და ამცირებს ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებას საშუალოდ 25%-ით იმ ინდივიდებში, რომლებიც განაგრძობენ კანაფის მოხმარებას (Gates et al., 2016). მტკიცებულებები განგრძობადი ეფექტურობის შესახებ, მკურნალობის შემდეგ გრძელვადიან პერიოდში, (9 თვეზე მეტი) მცირეა. სხვა ქვევითი ინტერვენციები, რომლებიც განიხილება კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის სამართავად, მოიცავს სოციალური მხარდაჭერით მიმდინარე კონსულტირებას (Social Support - SS), ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებზე ინფორმირების კონსულტირებას (Drug Education Counselling – DE), რეციდივის პრევენციას (Relapse Prevention – RP), მედიტაციას გააზრებული დაკვირვებით (Mindfulness Meditation – MM) და 12-ნაბიჯის თვითდახმარების ჯგუფებს. თუმცა, ჩამოთვლილი ინტერვენციების კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის დროს გამოყენების ეფექტურობაზე ინფორმაცია ჯერ კიდევ მწირია (Connor et al., 2021; Gates et al., 2016).

აუდიტის კრიტერიუმები

სტრუქტურის აუდიტი

1. აქვს თუ არა დაწესებულებას კანაფის მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების გამოვლენისთვის საჭირო სკრინინგ ინსტრუმენტები?
2. არის თუ არა კანაფის მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მკურნალობის პროცესი/სტანდარტი დაფუძნებულია საერთაშორისო/ეროვნულ გაიდლაინზე/პროტოკოლზე.
3. ჩატარებული აქვს თუ არა დაწესებულების ექიმებსა და ექთნებს სწავლება გაიდლაინის პრაქტიკული გამოყენების შესახებ?
4. არსებობს თუ არა დაწესებულებაში პაციენტთა განგრძობადი მეთვალყურეობისა და გამოძახების სისტემა?

5. არსებობს თუ არა დაწესებულებაში კანაფის მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა სხვა დაწესებულებაში გადამისამართების სისტემა?

პროცესის აუდიტი

1. კანაფის მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა წილი, რომელთაც ჩაუტარდათ სკრინინგი თანმხლები ფსიქიკური დარღვევების გამოსავლენად
2. პაციენტთა რაოდენობა, ვინც გადამისამართდა სხვა დაწესებულებაში
3. პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც იღებენ დაწესებულებისგან განგრძობად მოვლას (მიდევნებას)

გამოსავლის აუდიტი

1. კანაფის მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში პირველად დაესვა კანაფის მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების დიაგნოზი
2. კანაფის მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში ჩაუტარდათ შესაბამისი მკურნალობა
3. კანაფის მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც გადამისამართდა, მაგრამ შემდეგ დაბრუნდა მკურნალობის გასაგრძელებლად
4. კანაფის მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც შეწყვიტეს მკურნალობა (ვერ ხერხდება განგრძობადი მიდევნება)

დანართი

კანაფის მოხმარებით გამოწვეული პრობლემების გამოსავლენი კითხვარი (ზრდასრულებისთვის) (CPQ)

ყველა ჩამოთვლილი კითხვა ეხება თქვენს გამოცდილებას უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში კანაფის მოწევის შესახებ.

გთხოვთ, უპასუხოთ ყველა კითხვას „კი“ ან „არა“ მონიშვნით.

უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში:

	კი	არა
1. უფრო ხშირად ხომ არ დაიწყეთ მარტო მოწევა, ვიდრე ადრე?	☐	☐
2. კანაფის ზემოქმედების ქვეშ ყოფნისას, ნერვიულობდით უცხო ადამიანებთან შეხვედრაზე?	☐	☐
3. იმ მეგობრებთან ერთად უფრო მეტ დროს ატარებდით, რომელთან ერთადაც ეწეოდით, ვიდრე სხვა მეგობრებთან?	☐	☐
4. თქვენს მეგობრებს გაუკრიტიკებიათ ბევრი მოწევის გამო?	☐	☐
5. თქვენი ნივთი გაგიყიდიათ კანაფის შეძენის მიზნით?	☐	☐
6. თავს იმართლებდით ფულთან დაკავშირებით?	☐	☐
7. პოლიციასთან შეგქმნიათ პრობლემები კანაფის მოწევის გამო?	☐	☐
8. მოწევის შემდეგ ფიზიკურად ცუდად ყოფილხართ?	☐	☐
9. მოწევის შემდეგ გონება დაგიკარგავთ?	☐	☐
10. მოწევის შემდეგ გულმკერდის არესა და ფილტვებში ტკივილის შეგრძნება გქონიათ?	☐	☐
11. მოწევის შემდეგ ბოდივითი ქცევები/აზრები გქონიათ?	☐	☐
12. იქნებ, საკმარის ყურადღებას არ აქცევდით საკუთარ ფიზიკურ მდგომარეობას?	☐	☐
13. გაგიტარებიათ ზედიზედ რამდენიმე დღე ბანაობის გარეშე?	☐	☐
14. დეპრესიულ განწყობაზე კვირაზე მეტი დროის განმავლობაში ყოფილხართ?	☐	☐
15. იმდენად დეპრესიულად ყოფილხართ, რომ სუიციდზე გეფიქრათ?	☐	☐
16. მოწევის გამო თავი დაანებეთ ისეთ განმტკიცებელ/რეკრეაციულ აქტივობებს, რომლებსაც ადრე სიამოვნებით აკეთებდით?	☐	☐
17. თქვენი ჩვეული ინტერესებისგან იგივე სიამოვნების მიღება გიჭირთ?	☐	☐
18. თქვენი ზოგადი ფიზიკური ჯანმრთელობა გაუარესდა?	☐	☐
19. მოწევის შემდეგ თავს ასოციალურ ადამიანად გრძნობდით?	☐	☐
20. მოტივაციის ნაკლებობის გამო შეწუხებულხართ?	☐	☐
21. პირადი იზოლაციისა და განცალკევების შეგრძნებების გამო დარდობდით?	☐	☐
22. დღის აქტივობების დაწყების გამარტივების მიზნით, დილას ეწეოდით ხოლმე?	☐	☐

კანაფის მოხმარებით გამოწვეული პრობლემების გამოსავლენი კითხვარი - მოზარდებისთვის (CPQ-A)

- გვსურს, დავადგინოთ, თუკი გამოგიცდიათ რომელიმე ჩამოთვლილი სიმძნელე, რომლებზეც ხანდახან კანაფის მოხმარებელი ადამიანები ჩივიან ხოლმე.
- თითოეულ კითხვას მიუდევით სიფრთხილით და უპასუხეთ „კი“ ან „არა“ პატარა კვადრატის მონიშვნით
- რამდენიმე კითხვა ეხება კანაფის მოხმარებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს, სხვები კი ეხმიანება ზოგად პრობლემებს, რაც შესაძლოა დამდგარიყო ამ ნივთიერების მოხმარების გამო.

გთხოვთ, უპასუხეთ თქვენთვის რელევანტურ ყველა კითხვას. ყველა კითხვა ეხმიანება თქვენს გამოცდილებას უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში.

უკანასკნელი სამი თვის განმავლობაში:

კი არა

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. უფრო ხშირად ხომ არ დაიწყეთ მარტო მოწევა, ვიდრე ადრე? | ☐ | ☐ |
| 2. კანაფის ზემოქმედების ქვეშ ყოფნისას, ნერვიულობდით უცხო ადამიანებთან შეხვედრაზე? | ☐ | ☐ |
| 3. იმ მეგობრებთან ერთად უფრო მეტი დრო გაატარეთ, რომელთან ერთადაც ეწეოდით, ვიდრე სხვა მეგობრებთან? | ☐ | ☐ |
| 4. თქვენს მეგობრებს გაუკრიტიკებიათ ბევრი მოწევის გამო? | ☐ | ☐ |
| 5. გქონიათ ვალები? | ☐ | ☐ |
| 6. დაგილომბარდებიათ თქვენი ნივთები კანაფის შეძენის მიზნით? | ☐ | ☐ |
| 7. თავს იმართლებდით ფულთან დაკავშირებით? | ☐ | ☐ |
| 8. კანაფის გამო დახარჯული ფულის რაოდენობაზე გიდარდიათ? | ☐ | ☐ |
| 9. გამოუჭერიათ ვინმეს ფულის შესახებ ტყუილში? | ☐ | ☐ |
| 10. პოლიციასთან შეგქმნიათ პრობლემები კანაფის მოწევის გამო? | ☐ | ☐ |
| 11. მოწევის შემდეგ ფიზიკურად ცუდად ყოფილხართ? | ☐ | ☐ |
| 12. მოწევის შემდეგ გონება დაგიკარგავთ? | ☐ | ☐ |
| 13. მოწევის შემდეგ გულმკერდის არესა და ფილტვებში ტკივილის შეგრძნება გქონიათ? | ☐ | ☐ |
| 14. გქონიათ სასუნთქი გზების მწვავე ინფექცია ან ხველება? | ☐ | ☐ |
| 15. მოწევის შემდეგ პარანოიის ან ასოციალურობის შეგრძნება გქონიათ? | ☐ | ☐ |
| 16. წონაში დაიკელით მიუხედავად იმისა, რომ განზრახული არ გქონდათ? | ☐ | ☐ |
| 17. იქნებ, საკმარის ყურადღებას არ აქცევდით საკუთარ ფიზიკურ მდგომარეობას? | ☐ | ☐ |
| 18. დეპრესიულ განწყობაზე კვირაზე მეტი დროის განმავლობაში ყოფილხართ? | ☐ | ☐ |
| 19. იმდენად დეპრესიულად ყოფილხართ, რომ სუიციდზე გეფიქრათ? | ☐ | ☐ |
| 20. მოწევის გამო თავი დაანებეთ ისეთ განმტკირთველ/რეკრეაციულ აქტივობებს, რომლებსაც ადრე სიამოვნებით აკეთებდით? | ☐ | ☐ |
| 21. უფრო ნაკლები ენერგია გქონდათ, ვიდრე ჩვეულებრივ? | ☐ | ☐ |
| 22. თქვენი ჩვეული ინტერესებიდან იგივე სიამოვნების მიღება გიჭირთ? | ☐ | ☐ |
| 23. თქვენი ზოგადი ფიზიკური ჯანმრთელობა გაუარესდა? | ☐ | ☐ |
| 24. დარდობდით ოჯახსა და მეგობრებთან ნაკლები დროის გატარების გამო? | ☐ | ☐ |
| 25. მოტივაციის ნაკლებობის გამო შეწყუბუღდით? | ☐ | ☐ |
| 26. კონცენტრაცია უფრო მეტად გიმჩნევდებოდათ, ვიდრე ჩვეულებრივ? | ☐ | ☐ |
| 27. პირადი იზოლაციისა და განცალკევების შეგრძნებების გამო დარდობდით? | ☐ | ☐ |

კანაფის მოხმარების
შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული
აღკვეთის სიმპტომების საინფორმაციო
ბარათი

სკრინინგი ხორციელდება

კანაფთან დაკავშირებულ აღკვეთის
სიმპტომებზე

შესრულების ხანგრძლივობა და ქულა

ერთიდან ორ წუთამდე

კლიენტს შეუძლია დამოუკიდებლად
შეასრულოს?

წყარო: (Copeland et al., 2005; Martin et al., 2006)

დიახ

კანაფის მოხმარების შეწყვეტით/შემცირებით გამოწვეული აღკვეთის სიმპტომების
საინფორმაციო ბარათი

სახელი:

თარიღი:

დღე:

გთხოვთ, უპასუხოთ თქვენს მიერ მოხმარების შეწყვეტის უკანასკნელი მცდელობიდან
პირველი ხუთი დღის განმავლობაში

	არ ფიქსირდება	მსუბუქი	საშუალო	მძიმე
1) კანკალი/ტრემორი	0	1	2	3
2) დეპრესიული გუნება-განწყობა	0	1	2	3
3) დაქვეითებული მადა	0	1	2	3
4) მადის გაძლიერება	0	1	2	3
5) ღებინება ან მუცლის ტკივილი	0	1	2	3
6) გაღიზიანება	0	1	2	3
7) ჩაძინების სირთულე (ინსომნია)	0	1	2	3
8) ჭარბი ძილი (ჰიპერსომნია)	0	1	2	3
9) კანაფის მოხმარების დაუძლეველი სურვილი	0	1	2	3
10) მოუსვენრობა	0	1	2	3
11) ნერვიულობა/შფოთვა	0	1	2	3
12) ბრაზის ან აგრესიის მომატება	0	1	2	3
13) თავის ტკივილები	0	1	2	3
14) უცნაური/წარმოუდგენელი სიზმრები	0	1	2	3
15) დაღლილობა/სისუსტე/მოდუნება	0	1	2	3
16) კონცენტრაციის სირთულე	0	1	2	3
17) შემცივნება	0	1	2	3

წყარო: (Budney et al., 1999)

ცვლილებისთვის მზაობის კითხვარი (RTCQ) - საინფორმაციო ბარათი

ეს კითხვარი გამოიყენება იმის შესაფასებლად, რამდენად მზადაა ალკოჰოლის მოხმარებელი, შეწყვიტოს მოხმარება. ადაპტირებულია კანაფის ქცევისთვისაც.

სკრინინგი:

(12-პუნქტიანი კითხვარი) გამოიყენება, რომ შეაფასოს პაციენტის მზაობა ცვლილებისთვის. კითხვარი განიხილავს სამ სტადიას:

- ფიქრის წინა სტადია - არ განიხილება ცვლილებები;
- ფიქრის სტადია - განიხილება ცვლილებები, შესაძლოა უკვე დაწყებული იყოს რამდენიმეს განხორციელება;
- მოქმედების სტადია - უკვე აქტიურად მოქმედებს ცვლილებების განსახორციელებლად;

სამიზნე პოპულაცია:

ზრდასრულები/მოზარდები

შესრულების ხანგრძლივობა და ქულა:

12 საკითხი, სამი ქვეჯგუფი

ფურცელი და კალამი, თვით-ადმინისტრირებადი

შესრულებისთვის საჭირო დრო: ორიდან სამ წუთამდე

კითხვარის შესრულებისთვის სპეციფიკური ტრენინგი საჭირო არ არის

ქულის გამოთვლისთვის საჭირო დრო: ერთი წუთი

აფასებს შემსრულებელი

ნორმები ხელმისაწვდომია ზოგად სამედიცინო პრაქტიკაში ალკოჰოლის ჭარბად მომხმარებლების შედეგებზე დაყრდნობით.

კვლევებთან შესაბამისობა

აღნიშნული ინსტრუმენტი კვლევებში შეფასებულია, როგორც სწრაფი და სასარგებლო, განსაკუთრებით კოჰორტულ და შემთხვევა-კონტროლის კვლევებში.

წყარო: (Heather et al., 1993; Rollnick et al., 1992)

ცვლილებისთვის მზაობის კითხვარი - კანაფის შესწორებული ვერსია

სახელი:

თარიღი:

მოცემული კითხვები ამოწმებს ამჟამად თქვენს დამოკიდებულებას კანაფის მიმართ. გთხოვთ, თითოეულ კითხვას გაეცანით ყურადღებით და შემდეგ გადაწყვიტეთ, ეთანხმებით თუ არა მოცემულობებს. გთხოვთ დასვით ნიშანი შესაბამის გრაფაში.

	სრულიად არ ვეთანხმები	არ ვეთანხმები	არ ვარ დარწმუნებ ული	ვეთანხმები	სრულიად ვეთანხმები	სკალა
1. არ ვფიქრობ, რომ კანაფს დიდი რაოდენობით მოვიხმარ						P
2. ვცდილობ, იმაზე ნაკლები კანაფი მოვიხმარო, ვიდრე მანამდე მოვიხმარდი						A
3. მომწონს კანაფის მოხმარება, მაგრამ ხანდახან ზედმეტად ბევრს მოვიხმარ						C
4. ხანდახან ვფიქრობ, რომ კანაფის მოხმარება უნდა შევამცირო						C
5. კანაფის მოხმარებასთან დაკავშირებულ ჩემს ქცევაზე ფიქრს აზრი არ აქვს						P
6. ახლახანს შევცვალე კანაფის მოხმარების გზა						A
7. ყველას შეუძლია თქვას, რომ კანაფის მოხმარებასთან დაკავშირებული ქცევის შეცვლა სურს, მაგრამ მე ამას მართლა ვაკეთებ						A
8. ახლა იმ ფაზაში ვარ, როცა უნდა ვფიქრობდე კანაფის მოხმარების						C

შემცირებაზე						
9. კანაფის მოხმარება ჩემთვის ხანდახან პრობლემაა						C
10. არ მჭირდება კანაფის მოხმარების შემცირებაზე ფიქრი						P
11. ამჟამად მართლა ვცვლი კანაფის მოხმარების ჩვევებს						A
12. კანაფის მოხმარების შემცირება ჩემთვის უაზროა						P

შესწორებულია M. Hinton-ის მიერ. **Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W.** (1992). Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction* 87, 743-754.

ცვლილებისთვის მზაობის კითხვარის შეფასება

სწრაფი მეთოდი

ფიქრის წინა ეტაპის თემებს ეხება კითხვები 1, 5, 10 და 12; ფიქრის ეტაპს - 3, 4, 8 და 9; ხოლო მოქმედების სტადიას ეხმიანება კითხვები 2, 6, 7, და 11. ყველა კითხვა ფასდება 5-ქულიანი ინტერვალური სკალით:

- 2 სრულიად არ ვეთანხმები
- 1 არ ვეთანხმები
- 0 არ ვარ დარწმუნებული
- +1 ვეთანხმები
- +2 სრულიად ვეთანხმები

კითხვების ქულის გამოსათვლელად, უბრალოდ უნდა დაუმატოთ პასუხების შესაბამისი ციფრები ერთმანეთს. თითოეული სკალა -8-იდან +8-მდე მერყეობს. ნეგატიური ქულა მიუთითებს ზოგად უთანხმოებაზე იმ კითხვებზე, რომლებიც ცვლილების მზაობას ზომავს, ხოლო პოზიტიური ქულა მიუთითებს ზოგად თანხმობაზე ცვლილების მიმართ. სკალის უმაღლესი ქულა უტოლდება ცვლილებისთვის მზაობის სტადიას.

შენიშვნა: თუკი ორი სკალის ქულა ერთი და იგივეა, ქულა, რომელიც ყველაზე შორსაა ცვლილების კონტინუუმის გასწვრივ (ფიქრის-წინა - ფიქრის - მოქმედების), გამოხატავს სუბიექტის ცვლილებისთვის მზაობის სტადიას. მაგალითად, თუკი სუბიექტის ქულა ფიქრის-წინა სკალაზე არის 6, ფიქრის სკალაზე - 6 და -2 მოქმედების სკალაზე, მაშინ სუბიექტის ქულად ჩაითვლება ფიქრის ეტაპზე მყოფად. უნდა აღინიშნოს, რომ პოზიტიური ქულა ფიქრის წინა სკალაზე მიუთითებს ცვლილებისთვის მზაობის ნაკლებობაზე. იმისთვის, რომ ფიქრის წინა სტადიის ქულა მივიღოთ, რომელიც გამოხატავს სუბიექტის მზაობას ცვლილებისადმი და პირდაპირ შედარებადია ფიქრისა და მოქმედების სკალებთან, უბრალოდ უნდა შევატრიალოთ ფიქრის წინა სკალის ქულის ნიშანი (იხ. ქვემოთ).

თუკი 4-დან 1 კითხვა ერთ სკალაზე გამოტოვებულია, ქულა შესაძლებელია პროპორციულად გამოითვალოს (მაგალითად, გამრავლდეს 1.33-ზე). თუკი ორი ან მეტი კითხვაა გამოტოვებული, მაშინ სკალის ქულა ვერ გამოითვლება. ამ შემთხვევაში, ცვლილებისთვის მზაობის სტადიის ქულა არ იქნება სწორი.

ფიქრის წინა (P)		ფიქრის წინა (შებრუნებული ქულა)	
ფიქრის (C)		ფიქრის (იგივე ქულა)	
მოქმედების (A)		მოქმედების (იგივე ქულა)	

სკალის ქულები, ცვლილებისთვის მზაობა

ცვლილებისთვის მზაობის სტადია

(P, C თუ A?)

წყარო: (Copeland et al., 2009)

კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მაიდენტიფიცირებელი ტესტი - შესწორებული ვერსია, CUDIT-R

ბოლო 6 თვის განმავლობაში მოიხმარეთ კანაფი? დიახ _____ არა _____

თუ წინა შეკითხვაზე დააფიქსირეთ პასუხი „დიახ“, გთხოვთ, უპასუხოთ ქვემოთ მოცემულ შეკითხვებს კანაფის მოხმარების შესახებ. შემოხაზეთ პასუხი, რომელიც ყველაზე მეტად შეესაბამება ბოლო ექვსი თვის განმავლობაში თქვენი კანაფის მოხმარების ქცევას.

1. რამდენად ხშირად მოიხმართ კანაფს?

არასდროს 0	ყოველთვიურად ან უფრო იშვიათად 1	თვეში 2-4 ჯერ 2	კვირაში 2-3 ჯერ 3	თვეში 4-ჯერ ან მეტჯერ 4
---------------	---------------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------------------

2. კანაფის მოხმარების ტიპურ დღეს რამდენი საათი გაგრძელებულა თქვენი „გაშეშების“ მდგომარეობა?

1 საათზე ნაკლები 0	1 ან 2 საათი 1	3 ან 4 საათი 2	5 ან 6 საათი 3	7 საათი ან მეტი 4
--------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	----------------------

3. ბოლო 6 თვის განმავლობაში რამდენჯერ გიგერმნიათ, რომ გიჭირთ კანაფის მოხმარების შეწყვეტა?

არასდროს 0	თვეზე ნაკლები პერიოდულობით 1	ყოველთვიურად 2	ყოველკვირეულად 3	ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად 4
---------------	------------------------------------	-------------------	---------------------	---

4. ბოლო 6 თვის განმავლობაში, კანაფის მოხმარების გამო, რამდენად ხშირად ვერ ახერხებდით თქვენზე დაკისრებული მოვალეობის შესრულებას?

არასდროს 0	თვეზე ნაკლები პერიოდულობით 1	ყოველთვიურად 2	ყოველკვირეულად 3	ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად 4
---------------	------------------------------------	-------------------	---------------------	---

5. ბოლო 6 თვის განმავლობაში რამდენად ხშირად უთმობდით დროს კანაფის მოპოვებას, მის მოხმარებას ან კანაფის მოხმარებისგან გამოჯანმრთელებას?

არასდროს 0	თვეზე ნაკლები პერიოდულობით 1	ყოველთვიურად 2	ყოველკვირეულად 3	ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად 4
---------------	------------------------------------	-------------------	---------------------	---

6. ბოლო 6 თვის განმავლობაში, კანაფის მოხმარების გამო რამდენად ხშირად გქონდათ მეხსიერების ან კონცენტრაციის პრობლემები?

არასდროს 0	თვეზე ნაკლები პერიოდულობით 1	ყოველთვიურად 2	ყოველკვირეულად 3	ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად 4
---------------	------------------------------------	-------------------	---------------------	---

7. რამდენად ხშირად მოიხმართ კანაფს ისეთ სიტუაციებში, რომელშიც ფიზიკური ზიანის მომტანი შეიძლება იყოს, მაგალითად მანქანის ან მოწყობილობის მართვისას, ბავშვზე მზრუნველობისას?

არასდროს 0	თვეზე ნაკლები პერიოდულობით 1	ყოველთვიურად 2	ყოველკვირეულად 3	ყოველდღიურად ან თითქმის ყოველდღიურად 4
---------------	------------------------------------	-------------------	---------------------	---

8. ოდესმე გიფიქრიათ კანაფის მოხმარების შემცირება ან შეწყვეტა?

არასდროს 0	დიახ, მაგრამ არა ბოლო 6 თვის განმავლობაში 2	დიახ, ბოლო 6 თვის განმავლობაში 4
---------------	--	-------------------------------------

კითხვარი შემუშავებულია თვით-ადმინისტრირებისთვის და ფასდება 8 შეკითხვის მიხედვით:

კითხვები 1-7 ფასდება 0-4 ქულიან სკალაზე

კითხვა 8 ფასდება 0, 2 ან 4 ქულით.

ქულა: _____

8 ან მეტი ქულა განიხილება, როგორც კანაფის საზიანო მოხმარება. 12 ან მეტი ქულა განიხილება როგორც კანაფის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა, რომელიც შეიძლება საჭიროებდეს შემდგომ ინტერვენციას.

წყარო: Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Thornton L, Kelly BJ, and Sellman JD. (2010). An Improved Brief Measure of Cannabis Misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test – Revised (CUDIT-R). Drug and Alcohol Dependence 110:137-143.

ბიბლიოგრაფია

- Adamson, S. J., Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., Thornton, L., Kelly, B. J., & Sellman, J. D. (2010). An improved brief measure of cannabis misuse: the Cannabis Use Disorders Identification Test-Revised (CUDIT-R). *Drug Alcohol Depend*, 110(1-2), 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.017>
- Alexander, D. E., & Leung, P. (2004). The Marijuana Screening Inventory (MSI-X): reliability, factor structure, and scoring criteria with a clinical sample. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 30(2), 321-351. <https://doi.org/10.1081/ada-120037381>
- Bahji, A., Stephenson, C., Tyo, R., Hawken, E. R., & Seitz, D. P. (2020). Prevalence of Cannabis Withdrawal Symptoms Among People With Regular or Dependent Use of Cannabinoids: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, 3(4), e202370. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.2370>
- Bashford, J. (2009). *Screening and assessment for cannabis use disorders*. <https://ncpic.org.au/static/pdfs/background-papers/screening-and-assessment-for-cannabis-use-disorders.pdf>
- Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2008). Emotional dysregulation: association with coping-oriented marijuana use motives among current marijuana users. *Subst Use Misuse*, 43(11), 1653-1665. <https://doi.org/10.1080/10826080802241292>
- Bonn-Miller, M. O., & Zvolensky, M. J. (2009). An evaluation of the nature of marijuana use and its motives among young adult active users. *Am J Addict*, 18(5), 409-416. <https://doi.org/10.3109/10550490903077705>
- Buckner, J. D., Bonn-Miller, M. O., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2007). Marijuana use motives and social anxiety among marijuana-using young adults. *Addict Behav*, 32(10), 2238-2252. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.04.004>
- Budney, A. J., Hughes, J. R., Moore, B. A., & Vandrey, R. (2004). Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry*, 161(11), 1967-1977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.1967>
- Budney, A. J., Novy, P. L., & Hughes, J. R. (1999). Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction*, 94(9), 1311-1322. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1999.94913114.x>
- Budney, A. J., Vandrey, R. G., Hughes, J. R., Thostenson, J. D., & Bursac, Z. (2008). Comparison of cannabis and tobacco withdrawal: severity and contribution to relapse. *J Subst Abuse Treat*, 35(4), 362-368. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.01.002>
- Connor, J. P., Stjepanović, D., Budney, A. J., Le Foll, B., & Hall, W. D. (2022). Clinical management of cannabis withdrawal. *Addiction*, 117(7), 2075-2095. <https://doi.org/10.1111/add.15743>
- Connor, J. P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A. J., & Hall, W. D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4>
- Cooper, K., Chatters, R., Kaltenthaler, E., & Wong, R. (2015). Psychological and psychosocial interventions for cannabis cessation in adults: a systematic review short report. *Health Technol Assess*, 19(56), 1-130. <https://doi.org/10.3310/hta19560>
- Copeland, J., Frewen, A., & Elkins, K. (2009). *Management of cannabis use disorder and related issues a clinician's guide*. https://www.drugsandalcohol.ie/20416/1/management_of_cannabis_use_disorder.pdf

- Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P., & Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: factor structure, reliability, and validity. *Drug Alcohol Depend*, 80(3), 313-319. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.04.009>
- Danovitch, I., & Gorelick, D. A. (2012). State of the art treatments for cannabis dependence. *Psychiatr Clin North Am*, 35(2), 309-326. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.03.003>
- Davis, J. P., Smith, D. C., Morpew, J. W., Lei, X., & Zhang, S. (2016). Cannabis Withdrawal, Posttreatment Abstinence, and Days to First Cannabis Use Among Emerging Adults in Substance Use Treatment: A Prospective Study. *J Drug Issues*, 46(1), 64-83. <https://doi.org/10.1177/0022042615616431>
- Davis, M. L., Powers, M. B., Handelsman, P., Medina, J. L., Zvolensky, M., & Smits, J. A. (2015). Behavioral therapies for treatment-seeking cannabis users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eval Health Prof*, 38(1), 94-114. <https://doi.org/10.1177/0163278714529970>
- EMCDDA. (2023). *European Drug Report 2023: Trends and Developments* (Drug Situation in Europe, Issue. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en
- Gates, P. J., Sabioni, P., Copeland, J., Le Foll, B., & Gowing, L. (2016). Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(5), Cd005336. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub4>
- Hasin, D. S., Kerridge, B. T., Saha, T. D., Huang, B., Pickering, R., Smith, S. M., Jung, J., Zhang, H., & Grant, B. F. (2016). Prevalence and Correlates of DSM-5 Cannabis Use Disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Am J Psychiatry*, 173(6), 588-599. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15070907>
- Heather, N., Rollnick, S., & Bell, A. (1993). Predictive validity of the Readiness to Change Questionnaire. *Addiction*, 88(12), 1667-1677. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02042.x>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 86(9), 1119-1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Heishman, S. J., Evans, R. J., Singleton, E. G., Levin, K. H., Copersino, M. L., & Gorelick, D. A. (2009). Reliability and validity of a short form of the Marijuana Craving Questionnaire. *Drug Alcohol Depend*, 102(1-3), 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.12.010>
- Heishman, S. J., Singleton, E. G., & Liguori, A. (2001). Marijuana Craving Questionnaire: development and initial validation of a self-report instrument. *Addiction*, 96(7), 1023-1034. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.967102312.x>
- Herrmann, E. S., Weerts, E. M., & Vandrey, R. (2015). Sex differences in cannabis withdrawal symptoms among treatment-seeking cannabis users. *Exp Clin Psychopharmacol*, 23(6), 415-421. <https://doi.org/10.1037/pha0000053>
- Lee, C. M., Neighbors, C., & Woods, B. A. (2007). Marijuana motives: young adults' reasons for using marijuana. *Addict Behav*, 32(7), 1384-1394. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.010>
- Legleye, S., Kraus, L., Piontek, D., Phan, O., & Jouanne, C. (2012). Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a sample of cannabis inpatients. *Eur Addict Res*, 18(4), 193-200. <https://doi.org/10.1159/000336553>
- Lerner, A., & Klein, M. (2019). Dependence, withdrawal and rebound of CNS drugs: an update and regulatory considerations for new drugs development. *Brain Commun*, 1(1), fcz025. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcz025>

- Lévesque, A., & Le Foll, B. (2018). When and How to Treat Possible Cannabis Use Disorder. *Med Clin North Am*, 102(4), 667-681. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.02.009>
- Martin, G., Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P., & Swift, W. (2006). The Adolescent Cannabis Problems Questionnaire (CPQ-A): psychometric properties. *Addict Behav*, 31(12), 2238-2248. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.03.001>
- Moitra, E., Christopher, P. P., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2015). Coping-motivated marijuana use correlates with DSM-5 cannabis use disorder and psychological distress among emerging adults. *Psychol Addict Behav*, 29(3), 627-632. <https://doi.org/10.1037/adb0000083>
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Colledge, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M., & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905-1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
- Piontek, D., Kraus, L., & Klempova, D. (2008). Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3(1), 25. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-3-25>
- Robinson, S. M., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Leo, G. I. (2014). Reliability of the Timeline Followback for cocaine, cannabis, and cigarette use. *Psychol Addict Behav*, 28(1), 154-162. <https://doi.org/10.1037/a0030992>
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *Br J Addict*, 87(5), 743-754. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1992.tb02720.x>
- Sabioni, P., & Le Foll, B. (2018). Psychosocial and pharmacological interventions for the treatment of cannabis use disorder. *F1000Res*, 7, 173. <https://doi.org/10.12688/f1000research.11191.1>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Simons, J. S., Dvorak, R. D., Merrill, J. E., & Read, J. P. (2012). Dimensions and severity of marijuana consequences: development and validation of the Marijuana Consequences Questionnaire (MACQ). *Addict Behav*, 37(5), 613-621. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.01.008>
- Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol*, 68(5), 898-908.
- Stoner, A. S. (2016). *Screening & Assessment of Cannabis Use Disorders*. <https://adai.uw.edu/pubs/pdf/2016marijuanascreenassess.pdf>
- Swift, W., Copeland, J., & Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction*, 93(11), 1681-1692. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.931116816.x>
- van der Pol, P., Liebrechts, N., de Graaf, R., Korf, D. J., van den Brink, W., & van Laar, M. (2013). Reliability and validity of the Severity of Dependence Scale for detecting cannabis dependence in frequent cannabis users. *Int J Methods Psychiatr Res*, 22(2), 138-143. <https://doi.org/10.1002/mpr.1385>
- Vandrey, R. G., Budney, A. J., Moore, B. A., & Hughes, J. R. (2005). A cross-study comparison of cannabis and tobacco withdrawal. *Am J Addict*, 14(1), 54-63. <https://doi.org/10.1080/10550490590899853>
- Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M., & Weiss, S. R. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *N Engl J Med*, 370(23), 2219-2227. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1402309>