



ორმაგი დიაგნოზების, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების  
მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი  
აშლილობების და სხვა სახის ფსიქიკური პრობლემების  
თანაარსებობის, მართვა

---

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია  
(გაიდლაინი)

2023

*წინამდებარე დოკუმენტი მომზადდა ევროკავშირის მიერ მხარდაჭერილი პროექტის  
„სამოქალაქო საზოგადოებისა და პროფესიული ორგანიზაციების გაძლიერება  
საქართველოში უსაფრთხო, დაცული და ანგარიშვალდებულებული საზოგადოების  
უზრუნველყოფის მიზნით“ (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 ანგარიშვალდებულებული საზოგადოების უზრუნველყოფის მიზნით“ (Empowering civil society and professional organizations to ensure safe, secure and accountable society in Georgia – CPR პროექტი) ფარგლებში

**ავტორთა ჯგუფი:**

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

**დავით ოთიაშვილი MD. PhD.,** ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი.

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

**თამარ ბაზღაძე MD.** ექიმი-ფსიქიატრი, ბოკერეას სახელობის ნეიროგანვითარების ცენტრი. მენტალური დეპარტამენტის ხელმძღვანელი

**გაიდლაინის განხილვაში მონაწილე, პროტოკოლების შემუშავების მრჩეველთა ჯგუფი:**

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

**თამუნა ბოკუჩავა PhD.,** კლინიკური ფსიქოლოგი; ფსიქოლოგიის დოქტორი

**ნინო გონგლიაშვილი MD.,** ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ნარკოლოგიის პრევენციის ცენტრი. ნარკოლოგიური სტაციონარული განყოფილების უფროსი

**ხათუნა თოდაძე MD. PhD.,** მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პროფესორი, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნარკომანიის პრევენციის ცენტრის გენერალური დირექტორის მოადგილე.

**ია შეყრილაძე PhD, MSW, LCSW;** ფსიქოლოგიის დოქტორი, სოციალური მუშაობის მაგისტრი, ლიცენზირებული კლინიკური სოციალური მუშაკი (აშშ, კალიფორნიის შტატი). ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი. საქართველოს სოციალური მუშაკთა ასოციაციის თანადამფუძნებელი

**ეკა ჭყონია MD. PhD.,** საქართველოს ფსიქიატრთა საზოგადოების თავმჯდომარე, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფსიქიატრიის დეპარტამენტის პროფესორი

**გაიდლაინის რეცენზენტები:**

**ზურაბ სიხარულიძე** ექიმი-ნარკოლოგი, მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ასოცირებული პროფესორი. სამედიცინო, სოციალურ-ეკონომიკურ და სოციალურ საკითხთა ცენტრი - ურანტის კლინიკური დირექტორი.

**ნინო მახაშვილი** პროფესორი (ასოცირებული); ფსიქიკური ჯანმრთელობის რესურს ცენტრის ხელმძღვანელი, ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტი, თბილისი. დირექტორი, ფონდი გლობალური ინიციატივა ფსიქიატრიაში.

## სარჩევი

<b>შემოკლებების სია</b>	<b>5</b>
<b>შესავალი</b>	<b>6</b>
გაიდლაინის მიზანი	6
განსაზღვრება - სინონიმები და ტერმინოლოგია	6
გაიდლაინის მნიშვნელობა	7
<b>პრობლემის აქტუალურობა</b>	<b>9</b>
<b>გაიდლაინის გამოყენება და შეზღუდვები</b>	<b>12</b>
<b>გაიდლაინის გადასინჯვის და განახლების ვადა</b>	<b>13</b>
<b>გაიდლაინის მიღების წყარო</b>	<b>13</b>
<b>პრაქტიკაში ადაპტაციისა და გაიდლაინის შემუშავების რეკომენდაციები</b>	<b>13</b>
<b>კავშირი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასა და ფსიქიკურ აშლილობებს შორის</b>	<b>14</b>
<b>ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები</b>	<b>15</b>
<b>კომორბიდობის გავლენა მკურნალობის შედეგებზე</b>	<b>16</b>
<b>ორმაგ დიაგნოზებზე რეაგირება - ინტეგრირებული ზრუნვის ზოგადი ჩარჩო</b>	<b>17</b>
<b>სერვისის მოდელები</b>	<b>19</b>
<b>ორმაგი დიაგნოზის სკრინინგი, შეფასება და გადამისამართება</b>	<b>20</b>
სკრინინგი	22
შეფასება	25
გადამისამართება	27
ზრუნვის საკვანძო კომპონენტები	28
რეციდივის პრევენციის გეგმა	32
<b>თერაპიული მიდგომა და ინტერვენციები ორმაგი დიაგნოზებისთვის</b>	<b>32</b>
მკურნალობის (ფარმაკოთერაპიის) რეკომენდაციები სპეციფიკური მდგომარეობებისთვის	35
აღკვეთის ნიშნები	38
წამლების ურთიერთქმედება	39
ელექტრონული ჯანდაცვა	44
განგრძობადი მზრუნველობა	45
<b>ახალგაზრდა პოპულაცია</b>	<b>46</b>
ახალგაზრდებთან მუშაობის ეთიკური პრინციპები	49
ახალგაზრდების ჩართულობა	50
ახალგაზრდების ჩართვის პრაქტიკული რჩევები	50
ახალგაზრდებში ორმაგი დიაგნოზების შეფასება	51
ახალგაზრდებში ორმაგი დიაგნოზების მართვა	51
<b>ორსულობა და ორმაგი დიაგნოზები</b>	<b>52</b>
ორსულობა და მეთადონით მხარდამჭერი თერაპია ოპიოიდების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისთვის	53
<b>კონტაქტის შენარჩუნება სერვისებსა და სერვისის მომხმარებლებს შორის</b>	<b>54</b>
<b>აუდიტის კრიტერიუმები</b>	<b>54</b>
<b>დანართები</b>	<b>55</b>
დანართი 1. მოზარდთა სუიციდის რისკის შეფასების ფორმა	56
დანართი 2. ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლი - SAAP	59
დანართი 3. დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი (ASI-LIGHT)	68
დანართი 4. ნარკოტიკის მოხმარების სკრინინგ-ტესტი (DAST-10)	81
დანართი 5. ალკოჰოლის საზიანო მომხმარების სკრინინგ ტესტი: პაციენტის თვითშესავსები ვერსია AUDIT(C)	82
დანართი 6. ჯანმრთელობის შეფასება EQ-5D-5L	83

დანართი 7. დეპრესიის შეფასება - PHQ9 .....	85
დანართი 8. შფოთვის შეფასება - GAD7.....	86
დანართი 9. პოსტტრავმული სრესის (პტს) და რთული პტს ITQ (ICD11-ის მიხედვით) შეფასება .....	88
<b>გამოყენებული ლიტერატურა</b>	<b>93</b>

## შემოკლებების სია

<b>დსკ -11</b>	დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-11 გადასინჯვა
<b>ჯანმო</b>	ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია
<b>EMCDDA</b>	ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ევროპული ცენტრი
<b>პტსა</b>	პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა
<b>ოკა</b>	ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა
<b>LSD</b>	ლიზერგინმჟავას დიეთილამიდი
<b>PCP</b>	ფენციკლიდინი ან ფენილციკლოჰექსილ პიპერიდინი

## შესავალი

### გაიდლაინის მიზანი

წინამდებარე კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინის) მიზანია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების და სხვა სახის ფსიქიკური პრობლემების თანაარსებობისას, ორმაგი დიაგნოზის დროს, სპეციალიზებული ფსიქიატრიული და ნარკოლოგიური სერვისებისთვის მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციების მიწოდება.

გაიდლაინი მიზნად ისახავს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებელ 14+ ასაკის პირებთან მომუშავე სპეციალისტები აღჭურვოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციით, რაც მათ დაეხმარება, მართონ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების და ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომორბიდული მდგომარეობები.

გაიდლაინის შინაარსი საინტერესო იქნება სერვისების მიმწოდებელი პერსონალისთვის, სერვისების ბენეფიციართათვის, მომვლელებისა და სხვებისთვის, ვისაც აქვს კონტაქტი სერვისებთან. აღნიშნული დოკუმენტი შედგენილია რომ:

- ხელი შეუწყოს საუკეთესო პრაქტიკის გავრცელებას
- დაეხმაროს ხარისხიანი და თანმიმდევრული სერვისების მიწოდებას
- მიაწოდოს მითითებები მოვლის ხარჯთ-ეფექტურ მოდელებზე, არსებული ფინანსური სახსრების საუკეთესოდ გამოყენების მიზნით.

### განსაზღვრება - სინონიმები და ტერმინოლოგია

ამ ტერმინებით,

- Dual diagnosis - ორმაგი დიაგნოზები;
- Co-occurring/concurrent disorder - თანმხლები აშლილობა;
- Comorbidity - კომორბიდობა, თანმხლები დაავადებები;
- Coexisting problems - თანაარსებული პრობლემები;
- Coinciding disorder - ერთდროულად მიმდინარე აშლილობები;

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროში, მოიხსენიება მულტიმორბიდული მდგომარეობების სპეციფიკური ფორმა, როდესაც სახეზეა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული სულ მცირე ერთი დარღვევა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სულ მცირე ერთ პრობლემასთან ერთად, რომელიც არ არის გამოწვეული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით და საჭიროებს ერთდროულ მკურნალობას. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია ამ მდგომარეობას უწოდებს ორმაგ დიაგნოზს და განსაზღვრავს, როგორც ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობებისა და სხვა ფსიქიკური პრობლემის თანაარსებობას ერთ ადამიანში (Torrens et al., 2015). ნარკოტიკებისა და წამალდამოკიდებულების მონიტორინგის ევროპული ცენტრის<sup>1</sup> განსაზღვრების თანახმად კი, კომორბიდობა/ორმაგი დიაგნოზი არის დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (დსკ) მე-10 და მე-11 გადახედვის თანახმად განსაზღვრული ორი ან მეტი ფსიქიკური აშლილობის

<sup>1</sup>[https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/1986/News%20release\\_10\\_2015\\_EN\\_Insights\\_Comorbidty\\_Final.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/1986/News%20release_10_2015_EN_Insights_Comorbidty_Final.pdf)

დროებითი თანაარსებობა, საიდანაც ერთი ნარკოტიკის/ფსიქოაქტიური ნივთიერების პრობლემური მოხმარებაა.

სხვადასხვა ქვეყანაში ფსიქიკური აშლილობებისა და ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევების კომორბიდობის აღსაწერად სხვა ტერმინებს ანიჭებენ უპირატესობას. კანადელების მიერ აღიარებული ტერმინია თანმხლები აშლილობა (concurrent disorder) (Skinner et al., 2010). ამერიკელების მიერ მიღებული ტერმინია თანხმლები, თანაარსებული აშლილობები (co-occurring disorders). ტერმინი „კომორბიდობა“ გამოიყენება ავსტრალიაში, თუმცა ბოლოდროს იხმარება უფრო მეტად აღწერილობითი ხასიათის ტერმინები: თანაარსებული ფსიქიკური აშლილობა და ნივთიერებების მოხმარების აშლილობები (coexisting mental health and substance use disorders) ან ფსიქიკური აშლილობისა და ნივთიერებების საზიანო მოხმარებით გამოწვეული ერთდროულად მიმდინარე აშლილობა (coinciding mental illness and substance abuse). ტერმინი თანაარსებული პრობლემები (coexisting problems) იხმარება ახალ ზელანდიაში<sup>2</sup>. 2012 წლიდან მსოფლიო ფსიქიატრთა ასოციაცია ამ საკითხთან დაკავშირებით შეთანხმდა, რომ გამოიყენოს ტერმინი „ორმაგი აშლილობები“ (WPA, 2014).

## გაიდლაინის მნიშვნელობა

სამკურნალო სერვისებში მომუშავე სპეციალისტებს ხშირად უწევთ მართონ კომპლექსური ფსიქიატრიული სიმპტომები, რომლებმაც შესაძლოა უარყოფითი გავლენა მოახდინოს ალკოჰოლისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების შედეგად გამოწვეული აშლილობების მკურნალობაზე. მეტიც, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომორბიდული მდგომარეობების მქონე პაციენტებს ხშირად აქვთ სხვა: სამედიცინო, ოჯახური და სოციალური პრობლემები (მაგ., თავშესაფარის, დასაქმების, კეთილდღეობისა და სამართლებრივი პრობლემები). ამდენად, მნიშვნელოვანია, რომ ალკოჰოლისა და წამალმოხმარების<sup>3</sup> სამკურნალო დაწესებულებების მუშაკებმა შეიმუშაონ კომორბიდული მდგომარეობების მართვისა და მკურნალობის ჰოლისტიური მიდგომა, რომელიც ეფუძნება ადამიანის, და არა დაავადების, მკურნალობას.

კომორბიდობის საპასუხოდ, პირველ ეტაპზე, მნიშვნელოვანია პაციენტის საჭიროებების იდენტიფიცირება. მიუხედავად იმისა, რომ სერვისებში მყოფ ბენეფიციარებს შორის კომორბიდობის მაღალი მაჩვენებელია, შესაძლოა, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომორბიდული მდგომარეობები შეუმჩნეველი დარჩეს, რადგან მსგავსი მდგომარეობების შეფასება სერვისებში რუტინულად არ ხდება. შესაბამისად, გაიდლაინების რეკომენდაციაა პაციენტს, რომელიც მკურნალობს ალკოჰოლისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების გამო, ადრეული იდენტიფიცირების მიზნით ჩაუტარდეს სკრინინგი და შეფასდეს კომორბიდობაზე, და ეს იყოს კლინიკური ზრუნვის რუტინული ნაწილი. იდენტიფიცირების შემდეგ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები შესაძლოა ეფექტურად იმართოს ალკოჰოლისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების მკურნალობასთან ერთად. კომორბიდობის მართვის მიზანია, გაგრძელდეს ალკოჰოლის და სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების მკურნალობა ისე, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომებმა ხელი არ შეუშალოს მკურნალობის პროცესს და

<sup>2</sup> [http://www.dualdiagnosis.org.au/home/images/documents/1\\_Terminology.pdf](http://www.dualdiagnosis.org.au/home/images/documents/1_Terminology.pdf)

<sup>3</sup> დოკუმენტში ტერმინი „წამალმოხმარება“ გამოიყენება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების აღსანიშნავად



ისეთი პაციენტები, რომლებიც სხვა შემთხვევებში დიდი ალბათობით შეწყვეტდნენ მკურნალობას, შევინარჩუნოთ სერვისებში. კვლევამ აჩვენა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის კომორბიდული მდგომარეობების მქონე პაციენტები ისეთივე სარგებელს იღებენ წამალდამოკიდებულების ჩვეულებრივი მკურნალობიდან, როგორც კომორბიდული მდგომარეობების არმქონენი.

კომორბიდობის მქონე ზოგიერთი პაციენტის მდგომარეობა მოითხოვს, დამატებით, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მკურნალობას. იქ სადაც კომორბიდულ მდგომარეობაზე არ არის კვლევების ჩატარების შესაძლებლობა, რეკომენდებული საუკეთესო პრაქტიკაა თითოეული აშლილობისთვის ყველაზე ეფექტური მკურნალობის გამოყენება.

კვლევების თანახმად, კომორბიდობის მკურნალობისას სარგებლის მომტანია როგორც ფსიქო-სოციალური, ისე ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები. ასევე, უნდა იქნას განხილული ჯანმრთელობის ელექტრონული ინტერვენციები (e-health), ფიზიკური აქტივობა და დამატებითი ან ალტერნატიული თერაპიები, როგორც ტრადიციული მკურნალობის დამხმარე საშუალებები.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისების გარდა, ალკოჰოლის და სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მკურნალობის სერვისებში მომუშავე პროფესიონალებს ბენეფიციარებისთვის შესაძლოა, დასჭირდეთ ისეთი სერვისების მოძიება, როგორცაა თავშესაფარი, დასაქმების ხელშეწყობა, განათლების, ტრენინგების, სათემო, სამართლებრივი და სხვა მხარდამჭერი სერვისები. ფართო, მრავალმხრივი და კოორდინირებული მიდგომა არის საჭირო, რათა ვუპასუხოთ ყველა წამოჭრილ პრობლემას ეფექტურად. შესაბამისად მნიშვნელოვანია, ალკოჰოლის და ფსიქოაქტიური საშუალებების მომხმარებლებისთვის სერვისების მიმწოდებლებმა დაამყარონ კავშირები ადგილობრივი სერვისების ფართო სპექტრთან.

საქართველოში ორმაგი დიაგნოზების მართვა მრავალ სირთულესთან არის დაკავშირებული. ხშირად ვერ ხერხდება ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტების სტაციონირება ან ხდება ისეთ კლინიკებში, სადაც მკურნალობა მხოლოდ ერთ დიაგნოზზე ფოკუსირდება. შედეგად მკურნალობა არ არის სრულფასოვანი, რადგან მხოლოდ დეტოქსიკაციით ან ფსიქიკური დაავადების მკურნალობით შემოიფარგლება. ამასთანავე არ ხდება პაციენტთა მიდევნება, არ ხორციელდება მათზე სტაციონარიდან გაწერის შემდგომი შეფასება და მათზე განგრძობადი ზრუნვა-მეთვალყურეობა. აღნიშნული საკითხი ვერტიკალურ პროგრამებთან დაკავშირებული სირთულეების სახითაა მოხსენიებული საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიაში<sup>4</sup>, რომელიც 2022 წლის 18 იანვარს იქნა დამტკიცებული საქართველოს პრემიერ-მინისტრის მიერ. პრობლემის ძირითად მიზეზად კი ნარკოლოგიისა და ფსიქიატრიის სპეციალობების ერთმანეთისგან გამიჯვნა და განსხვავებული მკურნალობის პროგრამები სახელდება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის და წამალდამოკიდებულების მქონე პირთა მკურნალობის პროგრამები წარმოადგენენ ჯანდაცვის სახელმწიფო პროგრამის ვერტიკალურ, ერთმანეთისგან დამოუკიდებელ მიზნობრივ პროგრამებს. ამიტომ ორმაგი დიაგნოზის მქონე პირს (რომელსაც აღნიშნება როგორც ნარკოლოგიური, ასევე ფსიქიკური პრობლემები) მკურნალობის პროცესში დაბრკოლებები ექმნება. ფსიქიატრიულ სერვისებში ნარკოლოგიური დიაგნოზის მკურნალობა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სახელმწიფო პროგრამით არ ფინანსდება და პირიქით, ნარკოლოგიურ სერვისებში ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობების მკურნალობა წამალდამოკიდებულ პირთა მკურნალობის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული არაა. ფსიქიკური ჯანმრთელობის

<sup>4</sup> საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე. საქართველოს მთავრობის დადგენილება #23, 2022 წლის 18 იანვარი, საქართველოს 2022-2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ. <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5357283?publication=0>



ეროვნული სტრატეგიის მე-4 ამოცანა მიზნად ისახავს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში ნარკოლოგიური პრობლემების მქონე პირთა მკურნალობის უზრუნველყოფას, რომელიც გულისხმობს სერვისების ისეთ კოორდინაციას, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სისტემაში წამალდამოკიდებულების მქონე პირი უზრუნველყოფილი იყოს შესაბამისი მკურნალობით. გრძელვადიან პერსპექტივაში, სტრატეგიის ამოცანაა ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და წამალდამოკიდებულების მკურნალობის ეტაპობრივი დაახლოება. აღნიშნული გაიდლაინი კი პირველი მცდელობაა, შეიქმნას დარგის სპეციალისტებისთვის გზამკვლევი ორმაგი დიაგნოზების მართვაში, რომლის ქართული ანალოგი არ არსებობს. იგი წარმოადგენს ორმაგი დიაგნოზების მართვის მიზნით ნარკოლოგიური და ფსიქიატრიული სერვისების სინქრონიზაციის, ინტეგრირებული ზრუნვის დანერგვისთვის აუცილებელ საფუძველს.

### პრობლემის აქტუალობა

საქართველოს 2022-2030 წლის ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის<sup>5</sup> თანახმად, რომელიც საქართველოში 2020 წელს ჩატარებულ კვლევას ეფუძნება, მოსახლეობის 5%-ს ცხოვრებაში ერთხელ მაინც ჰქონია ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, რაც გარშემომყოფებისთვის შესამჩნევი გამხდარა. საყურადღებოა მიჩნეული მამაკაცებში ალკოჰოლის, თამბაქოს და კანაფის მოხმარების მაჩვენებლები, რომელიც სკრინინგ ინსტრუმენტ - ASSIST<sup>6</sup>- ზე დაფუძნებით არის შესწავლილი. კერძოდ კი, მოსახლეობის მიერ სამი თვის განმავლობაში მოხმარებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გაერთიანებული მონაცემებით, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხარება შეფასდა, როგორც მაღალი რისკის მოხმარება (1.03%), რამაც შესაძლოა უკვე გამოიწვიოთ ან უახლოეს მომავალში შესაძლოა გამოიწვევს ფიზიკურ და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ პრობლემებს. ამ შეფასებაზე დაყრდნობით, მამაკაცებს უფრო აქვთ აღნიშნული პრობლემები ვიდრე ქალებს. შესაბამისად, საქართველოს მოსახლეობის მესამედი თამბაქოს მოხმარების გამო საჭიროებს სწრაფ ინტერვენციას, ხოლო ალკოჰოლის გამო სწრაფ ინტერვენციას მამაკაცების 11% საჭიროებს, უფრო ინტენსიურ მკურნალობას და დიაგნოსტიკისთვის გადამისამართებას სპეციალიზებულ კლინიკებში კი მამაკაცების 1.12% საჭიროებს.

საქართველოში, 2022 წელს ჩატარებული, ზოგად მოსახლეობაში თამბაქოს, ალკოჰოლის და სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შემსწავლელი კვლევის თანახმად<sup>7</sup>, მოსახლეობის თითქმის ნახევარს (n=1,997; 48.9%) ბოლო თვეში, ერთხელ მაინც აქვს მოხმარებული რომელიმე ფსიქოაქტიური ნივთიერება (იგულისხმება ალკოჰოლი, ფსიქოტროპული მედიკამენტები ექიმის დანიშნულების გარეშე, კანაფი და ან სხვა ნარკოტიკული საშუალებები).

<sup>5</sup> საქართველოს მთავრობა. საქართველოს 2022 – 2030 წლების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტრატეგიის დამტკიცების შესახებ; დადგენილება №23; 2022 წლის 18 იანვარი, ქ. თბილისი <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/5357283?publication=0>

<sup>6</sup> ალკოჰოლის, თამბაქოს და სხვა ნივთიერებების მოხმარების გამოვლენა და ხანმოკლე ინტერვენციები პირველად ჯანდაცვაში, ASSIST ინსტრუმენტის გამოყენებით: <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2023/02/03/2693296ecc9656bd85177330b363ded3.pdf>

<sup>7</sup> Kirtadze, I., Mgebrishvili, T., Sherozia, M., Natsvlshvili I., Salamadze L., Vardanashvili, I., Kinkladze, T., Otiashvili, D. (2023). National Survey on Alcohol, Tobacco and Substance Use in the General Population in Georgia, 2022. Addiction Research Center, Alternative Georgia. Tbilisi

კვლევის თანახმად<sup>8</sup>, რომელიც საქართველოში 2020 წელს ჩატარდა 1870 შინამეურნეობაში 5640 პირის გამოკითხვით, მიუთითებს, რომ ბოლო 12 თვის განმავლობაში დეპრესიის დიდი ეპიზოდი პოპულაციის 3.03%-ს ჰქონია, გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა პოპულაციის - 2.01%-ს, პოსტტრავმული შფოთვითი აშლილობა - 9.38%-ს. ყველაზე საყურადღებოა პტსა-ს მაჩვენებელი, რომელიც ევროპულ მაღალ მაჩვენებლებს მნიშვნელოვნად აღემატება (ჩრდილოეთ ირლანდია 3.8% და ლიბანი 1.9%). საქართველოს მოსახლეობის 5% მაინც განიცდის ისეთი სიმწვავის ფსიქიკურ პრობლემებს, რომელიც შესამჩნევია გარშემომყოფებისთვის, რომელიც გავლენას ახდენს ადამიანის ცხოვრებაზე, მის აქტივობაზე.

პოპულაციის სავარაუდო ზომის გამოთვლების მიხედვით, ალკოჰოლის და სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მომხმარებლების ერთ მესამედზე მეტს სულ მცირე ერთი კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობა აქვს. თუმცა ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო მაღალია სამკურნალო პროგრამებში მყოფ ალკოჰოლის და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელ პირებში. გარდა ამისა, წამალდამოკიდებულების სამკურნალო დაწესებულებებში დიდია ისეთი ადამიანების რაოდენობა, რომლებიც ავლენენ ფსიქიკური აშლილობის სიმპტომებს, თუმცა არ აკმაყოფილებენ აშლილობის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს (SAMHSA, 2020).

საერთაშორისო დონეზე, ორმაგი დიაგნოზები წარმოადგენენ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სერიოზულ პრობლემას, რაც უარყოფით გავლენას ახდენს მოვლის ხარჯებზე, ავადობასა და სიკვდილობაზე (Carrà et al., 2015; Lambert-Harris et al., 2013). ეს ართულებს და აუარესებს მკურნალობის გამოსავალს და საერთო პროგნოზს, ზრდის მკურნალობაში მიმართვიანობის მაჩვენებელს, ანელებს სიმპტომების რედუცირების პროცესს და ზრდის სუიციდის მცდელობის რისკს (Antai-Otong et al., 2016). გარდა ამისა, ეს წარმოადგენს სერიოზულ რისკ-ფაქტორს მედიკამენტზე დამყოლობის, კლინიკური რეციდივის, გაწერიდან ნაადრევი, განმეორებითი მიმართვიანობის და ზედოზირების რისკის თვალსაზრისით. კვლევებმა აჩვენეს, რომ ორმაგი დიაგნოზები ასოცირებულია ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსთან (აივ) და ჰეპატიტების გავრცელებასთან, აგრესიასთან, ძალადობასთან, პატიმრობასა და გაუარესებულ სოციალურ პრობლემებთან, როგორცაა დასაქმება და საცხოვრებლის პრობლემები (Carrà et al., 2015; Harrison, Curtis, et al., 2017).

ლიტერატურის თანახმად, ორმაგი დიაგნოზის მქონე ადამიანებს შეიძლება გააჩნდეთ ძალზედ ნეგატიური ჯანმრთელობის, კეთილდღეობისა და სოციალური პრობლემები (van der Plas et al., 2009). ახალგაზრდები განსაკუთრებით რისკის ქვეშ არიან და უფრო მეტად განიცდიან გამწვავებულ ნეგატიურ შედეგებს (Darke et al., 2008). სხვადასხვა სიმწვავის ორმაგი დიაგნოზის არსებობამ შეიძლება, ხელი შეუშალოს სირთულესთან გამკლავების უნარს, ფუნქციობას სამსახურში, სკოლაში ან სახლში და სხვა ადამიანებთან ურთიერთობებში. ყველაზე რთულ შემთხვევებში, მეტი ალბათობით მოსალოდნელია სიღარიბე, სოციალური იზოლაცია, სტიგმა, გაზრდილი სუიციდის და თვითდაზიანების რისკი, უსახლკარობა - რამაც შეიძლება გააუარესოს ფსიქიკური დაავადება, ზოგადი ჯანმრთელობის მდგომარეობა, გაამწვაოს დამოკიდებულება (ილუსტრაცია 1) (Saunders, et al, 2002; Kessler, et al., 2003). ორმაგი დიაგნოზის ქონა ასევე დაკავშირებულია ჯანმრთელობის მნიშვნელოვან პრობლემებთან და სიკვდილობის მაღალ მაჩვენებლებთან, როგორცაა ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე ადამიანებში

<sup>8</sup> Report on the mental health survey and treated patients in Georgia (2020). This survey was implemented in the framework of the project Technical Assistance to Social Welfare to Georgia, financed by the Agence Française de Développement for the benefit of the Ministry of Internally Displaced Persons from the Occupied Territories, Labour, Health and Social Affairs of Georgia.

სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირება დაახლოებით 15-20 წლით და 9-17 წლით ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების საზიანო მოხმარების აშლილობის მქონე ადამიანებში (APA, 2000).

ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების საზიანო მოხმარებამ, ასევე, შეიძლება გამოიწვიოს სარისკო ქცევა და ძალადობა (APA, 2000). ორმაგი დიაგნოზის მქონე ადამიანებს შეიძლება ჰქონდეთ იმ თანატოლებთან განშორების სირთულე, რომლებიც მოიხმარენ ნარკოტიკებს ან ალკოჰოლს გადაჭარბებულად. ეს ზრდის მათ შესაძლებლობას, რომ ჩაერთონ სხვადასხვა კანონსაწინააღმდეგო ქმედებებში მათი დამოკიდებულების მხარდასაჭერად, რამაც, უნებლიეთ, შესაძლოა, გამოიწვიოს პოლიციასთან და სისხლის სამართლის სისტემასთან კონტაქტის უწყვეტი (განგრძობადი) ციკლი (Khantzian, et al., 2008; Martins, et al., 2009). ის ადამიანები, რომლებსაც ქაოტური ან ცვალებადი ცხოვრების წესი აქვთ, უმეტესად, შესაძლოა სამედიცინო ვიზიტებზე არ მივიდნენ, გამორჩეთ და უჭირთ სერვისებზე წვდომა, როგორცაა კონსულტაცია ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის/დამოკიდებულების სერვისები, განსაკუთრებით, თუ ნარკოტიკული თრობის მდგომარეობაში არიან (Robinson, et al., 2011). ისინი უფრო ხშირად წყვეტენ სერვისების გამოყენებას შუა პროცესში (Leeies, et al., 2010) და არ აქვთ მედიკამენტოზურ მკურნალობაზე დამყოლობა (APA, 2013).

**ილუსტრაცია 1. კომორბიდობასთან დაკავშირებული ზიანი**



კოქრეინის უახლესი მიმოხილვის თანახმად, სერიოზული ფსიქიკური დაავადებების მქონე ადამიანების 75% აქვს ორმაგი დიაგნოზი (Temmingh et al., 2018) და ასევე ცნობილია, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დარღვევის მქონე ახალგაზრდების 64-68%-ს აქვს

მინიმუმ ერთი და უფრო ხშირად ერთზე მეტი თანმხლები ფსიქიატრიული პრობლემა (Brewer et al., 2017).

ორმაგ დიაგნოზებში, პირველადი ფსიქიკური პათოლოგიის პაციენტებში, ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური პათოლოგიაა შიზოფრენია, რასაც მოჰყვება ფსიქოზი - შიზოფრენიული ფორმის, დეპრესიული აშლილობა, ბიპოლარული აშლილობა და პიროვნული აშლილობა (Vega et al., 2015). ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტებში ყველაზე ხშირად მოხმარებული ნივთიერებებია ნიკოტინი, ალკოჰოლი, კანაფი, კოკაინი, ოპიატები და სხვა, თუმცა ყველაზე გავრცელებულია რამდენიმე ნივთიერების მოხმარება. თუმცა, ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა შორის, მხოლოდ ნიკოტინზე დამოკიდებულების შემთხვევაში, როგორც წესი, ორმაგი დიაგნოზი არ იწერება (Alba et al., 2013). რაც შეეხება ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევებს იმ პაციენტებში, რომლებიც ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევებით ხვდებიან სამკურნალო დაწესებულებებში, მათში ვლინდება ფსიქიკური აშლილობის სიმპტომები, მაგრამ არ აკმაყოფილებენ ამ აშლილობისთვის დამახასიათებელ სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმებს. ავსტრალიაში ჩატარებული ეროვნული მასშტაბის კვლევის თანახმად, ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტებში ყველაზე გავრცელებული ფსიქიკური აშლილობებია შფოთვა, დეპრესია, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა და პიროვნული აშლილობები.

**ცხრილი 1. ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მქონე მოზრდილთა შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების პრევალენტობა (%).**

აშლილობა	% მამაკაცი	% ქალი	% სულ
<b>აფექტური აშლილობები</b>			
დიდი დეპრესიული აშლილობა	16.1	20.3	17.4
დისტიმია	7.5	7.9	7.6
ბიპოლარულ-აფექტური აშლილობა	3.9	5.1	4.3
სხვა აფექტური აშლილობა	19.1	22.0	20.0
<b>შფოთვითი აშლილობები</b>			
გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა	11.5	10.7	11.3
სოციალური ფობია	10.9	14.7	12.1
პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა(პტსა)	9.3	19.8	12.6
პანიკური აშლილობა (აგორაფობიით ან მის გარეშე)	6.6	4.1	5.8
ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობა (ოკა)	9.1	10.2	9.5
აგორაფობია (პანიკური აშლილობის გარეშე)	2.3	4.7	3.1
ნებისმიერი შფოთვითი აშლილობა	28.1	38.5	31.4
<b>ნებისმიერი აშლილობა (აფექტური/შფოთვითი)</b>	<b>31.1</b>	<b>44.0</b>	<b>35.2</b>

წყარო: ავსტრალიაში 2007 წელს ჩატარებული ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობის ეროვნული კვლევის შედეგები (Teesson, et al., 2009)

**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 ლოკალურ საჭიროებებს, არსებულ რესურსებსა და ინდივიდუალურ შემთხვევებს, განსაკუთრებით- სოფლად ან რაიონულ ცენტრებში.

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 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. გაიდლაინზე მუშაობა მიმდინარეობდა 2022 წლის სექტემბერ-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.

### პრაქტიკაში ადაპტაციისა და გაიდლაინის შემუშავების რეკომენდაციები

გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- გაიდლაინის გავრცელება ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მომხმარებელსთან 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](http://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.

## კავშირი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასა და ფსიქიკურ აშლილობებს შორის

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობას შორის კავშირი კომპლექსურია. ფსიქიატრიული კომორბიდობის იდენტიფიცირება პრობლემატურია, რადგან ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ მწვავე და ქრონიკულ ეფექტებს შეუძლია ფსიქიკური აშლილობისთვის დამახასიათებელი სხვადასხვა სიმპტომების იმიტირება. უფრო მეტიც, ფსიქიკურ აშლილობებს ნივთიერებათა მოხმარებაზე უარყოფითი გავლენის მოხდენა შეუძლია; კერძოდ კი - ხელი შეუწყოს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დაწყებას; გაზარდოს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დონე; ხელი შეუწყოს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების სარისკო მოხმარებას და ა.შ.

მიუხედავად იმისა, რომ დამაჯერებელი მტკიცებულება მხარს უჭერს ძლიერ კავშირს ფსიქიკურ რამდენიმე აშლილობასა და ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეულ დარღვევას შორის, ამ ურთიერთობის ბუნება შეიძლება განსხვავდებოდეს ფსიქიკური აშლილობის ტიპის (მაგ.: დეპრესია, ფსიქოზი, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა) და ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიხედვით (მაგ. ალკოჰოლი, კანაფი, ოპიოიდები, სტიმულატორები). ქვემოთ ჩამოვთვლით არაექსკლუზიურ ოთხ ჰიპოთეზას, რომლებიც შეიძლება გამოვიყენოთ კომორბიდობის ასახსნელად.

### 1. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა და ფსიქიკური აშლილობა შეიძლება წარმოადგენდეს ორ ან მეტ დამოუკიდებელ მდგომარეობას.

ამ შემთხვევაში, კომბინაცია შეიძლება მოხდეს მხოლოდ შემთხვევით ან ერთი და იგივე წინასწარგანმსაზღვრელი ფაქტორების (მაგ. სტრესი, პიროვნული თვისებები, ბავშვობის გარემო, გენეტიკური გავლენები) ზემოქმედების შედეგად, რომლებიც მრავლობითი მდგომარეობის დადგომის რისკებზე ახდენენ გავლენას. გამოდის, რომ ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევები და ფსიქიკური აშლილობები წარმოადგენენ მსგავსი, წინასწარ არსებული ნეირობიოლოგიური პათოლოგიების განსხვავებულ სიმპტომურ გამოვლინებებს (Brady and Sinha, 2005). ნეირომეცნიერების ფუნდამენტურმა კვლევებმა აჩვენა, რომ ინდივიდის მოწყვლადობაში ბიოლოგიურ და გენეტიკურ ან ეპიგენეტიკურ ფაქტორებს ძირითადი როლი აკისრიათ.

### 2. ფსიქიკური აშლილობა (გარდა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისა) თავისთავად წარმოადგენს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისა და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული თანმხლები დარღვევების განვითარების რისკ-ფაქტორს.

ამ სცენარში შეიძლება განვიხილოთ სხვადასხვა სიტუაციები. „თვითმკურნალობის ჰიპოთეზის“ მიხედვით (Khantzian, 1985), ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა ვითარდება პაციენტის მიერ ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობასთან დაკავშირებულ პრობლემებთან

გამკლავების მცდელობის შედეგად (მაგ.: სოციალური ფობია, პოსტტრავმული სტრესული აშლილობა, ფსიქოზები). ამ შემთხვევაში, ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა შეიძლება გახდეს გრძელვადიანი პრობლემა, ან პირიქით - შემცირდეს ალკოჰოლის ან არალეგალური ნარკოტიკების გადაჭარბებული მოხმარება, თუკი არსებული ფსიქიკური აშლილობა სათანადოდ იქნება ნამკურნალები (Bizzarri et al., 2009; Leeies et al., 2010; Smith and Randall, 2012). თუმცა, ფსიქიკურმა აშლილობამ შეიძლება გაზარდოს ნივთიერებების მიმღე და განმეორებითი მოხმარების რისკი, რის შედეგადაც შეიძლება მოხდეს ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების განვითარება, რომელიც შეიძლება გაგრძელდეს მაშინაც კი, როდესაც უკვე არსებული ფსიქიკური მდგომარეობა სათანადოდ იქნება ნამკურნალები ან გადავა რემისიის ფაზაში (Moeller et al., 2001).

**3. ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა შეიძლება ფსიქიატრიული აშლილობის განვითარების ტრიგერი გახდეს ისე, რომ დამატებითი აშლილობა შემდეგ დამოუკიდებლად მიმდინარეობს.**

ნარკოტიკების მოხმარებამ შეიძლება იმოქმედოს, როგორც გრძელვადიანი ფსიქიკური აშლილობის გამომწვევმა ტრიგერმა. ეს არის ალბათ ყველაზე მნიშვნელოვანი მექანიზმი, რომელიც საფუძვლად უდევს კავშირს კანაფის მოხმარებასა და შიზოფრენიას შორის. ცნობილია, რომ მოწყვლად მოზარდებში კანაფის გამოყენებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ფსიქოზის განვითარებას, რომელიც შემდეგ დამოუკიდებელ დაავადებად მიმდინარეობს (Radhakrishnan et al., 2014).

**4. ფსიქიკური აშლილობა წარმოიქმნება დროებით, კონკრეტული ტიპის ნივთიერებით ინტოქსიკაციის ან მისგან თავშეკავების შედეგად, რომელსაც ასევე უწოდებენ ფსიქოაქტიური ნივთიერებით გამოწვეულ აშლილობას.**

დროებითი ფსიქიკური მდგომარეობები (მაგ. ფსიქოზი შიზოფრენიისმაგვარი ნიშნებით) შეიძლება წარმოიქმნას კონკრეტული ტიპის ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით ინტოქსიკაციის შედეგად (მაგ. სტიმულატორები, როგორიცაა ამფეტამინები და კოკაინი) ან ალკოჰოლის მდგომარეობის დროს (მაგ.: სტიმულატორების მიღების შეწყვეტასთან დაკავშირებული დეპრესიული სინდრომი). არსებული მტკიცებულებების თანახმად, ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პირებში და მათში, რომლებსაც აქვთ დამოუკიდებელი ფსიქიკური აშლილობა არა ფსიქოაქტიური ნივთიერების მიზეზით განვითარებული, ხასიათდებიან კომორბიდობის მსგავსი პატერნებითა და რისკ-ფაქტორებით. რის გამოც, ვარაუდობენ, რომ ეს ორი მდგომარეობა შეიძლება იზიარებდეს მსგავს ეტიოლოგიურ ფაქტორებს (Blanco et al., 2012). გარდა ამისა, არსებობს კვლევები, რომლებიც აჩვენებს, რომ ზოგიერთ შემთხვევაში, პირველადად განვითარებული დარღვევები, გარკვეული პერიოდით დაკვირვების შემდეგ დიაგნოსტირებულია, როგორც დამოუკიდებელი აშლილობა. ეს მიგნებები, იძლევა საშუალებას ვივარაუდოთ, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მიღებით გამოწვეული აშლილობები შეიძლება იყოს გარდამავალი მდგომარეობა დამოუკიდებელი ფსიქიკური აშლილობის დაწყებამდე (Magidson et al., 2013; Martín-Santos et al., 2010).

**ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები**

ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობები არის დარღვევები, რომლებიც წარმოიქმნება ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოაქტიური/ნარკოტიკული საშუალებებით ინტოქსიკაციის ან ალკოჰოლის მდგომარეობის შედეგად, როგორც მათი მოქმედების პირდაპირი,



ფიზიოლოგიური შედეგი. ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეული აშლილობების დიაგნოზის დასადგენად, ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის სიმპტომები უნდა იყოს წარმოდგენილი მხოლოდ ინტოქსიკაციის ან ალკვეთის მდგომარეობის შემდეგ. თუკი ადამიანი ავლენს აშლილობის სიმპტომებს ინტოქსიკაციის ან ალკვეთის მდგომარეობის არარსებობის შემთხვევაში, შესაძლებელია, მას ჰქონდეს დამოუკიდებელი ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევა. ფსიქოაქტიური ნივთიერებით გამოწვეული აშლილობის სიმპტომები, დროთა განმავლობაში, აბსტინენციის პერიოდთან ერთად მცირდება (Rounsaville, 2007). გუნება-განწყობის, შფოთვისა და ფსიქოზური აშლილობის სიმპტომები შესაძლოა გამოწვეული იყოს ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკული საშუალების მოხმარების ან ალკვეთის მდგომარეობის შედეგად. მაგალითად, ალკოჰოლის მოხმარებამ და ალკვეთის მდგომარეობამ შეიძლება გამოიწვიოს დეპრესიის ან შფოთვის სიმპტომები (Raimo, et al., 1998); მანიაკალური სიმპტომები შეიძლება გამოწვეული იყოს სტიმულატორების, სტეროიდების ან ჰალუცინოგენების ინტოქსიკაციით; და ფსიქოზური სიმპტომები შეიძლება გამოწვეული იყოს ალკოჰოლის მოხმარებისგან თავშეკავებით ან ამფეტამინებით, კოკაინით, კანაფით, LSD-ით ან PCP-ით ინტოქსიკაციის შედეგად (Kavanagh, 2008). სხვა დარღვევები, რომლებიც შეიძლება მოჰყვეს ალკოჰოლის ან ნარკოტიკული/ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას, მოიცავს ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით გამოწვეულ დელირიუმს, ამნესტიკურ აშლილობას, დემენციას, სექსუალურ დისფუნქციას და ძილის დარღვევას.

მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად მოვიხსენიებთ პაციენტის ფსიქიკურ აშლილობას ან ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობას, როგორც პირველადს ან მეორად მდგომარეობას, ამას შეიძლება კლინიკურად შეზღუდული გამოყენება ჰქონდეს. მნიშვნელოვანია იმის დადგენა, თუ რა წვლილი შეაქვს ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებას ადამიანის ფსიქიკური პრობლემების განვითარება/ჩამოყალიბებაში. ასეთი ტიპის შეფასება შეიძლება იყოს მიზანშეწონილი ექიმთან ყოველი ვიზიტისას, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ არის ცვლილებები პაციენტის ფსიქიკურ მდგომარეობაში. მიუხედავად იმისა, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანოდ მოხმარების შეწყვეტა ან მინიმუმამდე შემცირება მნიშვნელოვანი მიზანია, ის ხშირად ვერ მიიღწევა. გარდა ამისა, შეიძლება ფსიქიკური აშლილობის განვითარება არასწორად მიეწეროს ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებას. ასეთ შემთხვევაში, ერთის მხრივ, შეიძლება მივალწიოთ თავშეკავებას, მაგრამ შესაძლოა არ მოხდეს პაციენტის ფსიქიკური აშლილობების არსებობაზე შეფასება, ვინაიდან მისი მდგომარეობა მიეწერა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებას. შესაბამისად მათი ფსიქიატრიული პრობლემები სათანადოდ არ იქნას ნამკურნალები. პრაგმატულად, ორივე აშლილობის მკურნალობა შეიძლება ერთდროულად ჩატარდეს, თუმცა ერთი მდგომარეობის გაუმჯობესება შესაძლოა, აუცილებლად არ იწვევდეს მეორის გაუმჯობესებას.

## კომორბიდობის გავლენა მკურნალობის შედეგებზე

თანმხლები პრობლემების გავრცელება კლინიციისტებისთვის მკურნალობის მნიშვნელოვან გამოწვევას წარმოადგენს ორივე სექტორში, რადგან ორმაგი დიაგნოზი ხშირად დაკავშირებულია ჯანმრთელობის ცუდ გამოსავალთან, მძიმე ავადმყოფობასთან და სერვისების მაღალ მოხმარებასთან. ფსიქოზური დარღვევების მქონე ადამიანებში, ერთი აშლილობის რეციდივი მეორე

აშლილობის ტრიგერად გვევლინება. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პოპულაციაში ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარების გავრცელება მაღალია, ხოლო მძიმე ფსიქიკური დაავადების მქონე პირებში ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარება ხელს უწყობს ფუნქციურ დეფიციტს, ამაფრებს სიმპტომებს და იმპულსურ ქცევებს. რაც თავისთავად მკურნალობის გაძვირების მიზეზია<sup>9</sup>.

კვლევებმა აჩვენეს, რომ კომორბიდული ფსიქიკური აშლილობის მქონე პაციენტები მკურნალობის ცუდი გამოსავლით გამოირჩევიან (Lubman, et al., 2007; Schäfer, et al., 2007; Siegfried, et al., 1998). თუმცა, სულ უფრო იზრდება ისეთი კვლევების რაოდენობა, რომლებიც ნათლად აჩვენებენ, რომ ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტებიც ისეთივე სარგებელს ნახულობენ მკურნალობისგან, როგორც ორმაგი დიაგნოზის არ მქონე პაციენტები, ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკული ნივთიერებების მოხმარებასთან მიმართებაში, ზოგად ფიზიკურ, ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან და ფუნქციობასთან მიმართებაში, თუნდაც მძიმე ფსიქიკურ აშლილობასთან გვეკონდეს საქმე (Burns, et al., 2005; Milby, et al., 2015; Hildebrand, et al., 2015; SAMSHA, 2005; Mills, et al., 2007). მიუხედავად იმისა, რომ ორმაგი დიაგნოზების მქონე და არმქონე პაციენტების მკურნალობის გამოსავალი უმჯობესდება, ორმაგი დიაგნოზების მქონე პაციენტებმა, მკურნალობის შემდეგ, შესაძლოა გააგრძელონ ან გაზარდონ კიდევ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარება, რის გამოც გამოირჩევიან არაკომორბიდული აშლილობის მქონე ადამიანებისგან უფრო ცუდი ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობით. აღნიშნული დასკვნების მიხედვით, წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისები და წამალდამოკიდებულების სპეციალისტები განსაკუთრებულ ყურადღებას უთმობენ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას, შედეგად ყურადღების მიღმა რჩება ფსიქიკური აშლილობები.

ამერიკის შეერთებულ შტატებში, ორმაგი დიაგნოზის მქონე 9.2 მლნ ზრდასრული ადამიანების უმეტესობას (90%-ზე მეტი) 2018 წლის განმავლობაში არ მიუღია ორივე მდგომარეობისთვის ერთდროული მკურნალობა (McCance-Katz, 2019). 18 წელზე მეტი ასაკის მოზრდილების თითქმის ნახევარს (48.6%) კი საერთოდ არ მიუღია ფსიქიკური პრობლემების და არც ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მკურნალობა. დაახლოებით 41%-მა მიიღო, მხოლოდ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები, 3.3%-მა მიიღო - ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის სამკურნალო სერვისები და 7%-მა- ორივე ტიპის მკურნალობა. ორმაგი დიაგნოზების პროგრამები არ ითვალისწინებენ იმ ბენეფიციართა მზარდ რაოდენობას, რომლებსაც ესაჭიროებათ ასეთი სერვისები. აშშ-ს წამალდამოკიდებულების მკურნალობის სერვისების ეროვნული კვლევის თანახმად, 2018 წელს, თითქმის ყოველი წამალდამოკიდებულების სამკურნალო დაწესებულება (99.8%) აღნიშნავდა ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტების მკურნალობას (SAMHSA, 2019a). თუმცა, მათმა მხოლოდ 50%-მა აღნიშნა, რომ ისინი აწვდიდნენ სპეციფიკურად ამ დიაგნოზის მქონე ადამიანებზე მორგებულ პროგრამებს ან ჯგუფურ მკურნალობას ორმაგი დიაგნოზის მქონე ბენეფიციართათვის.

## ორმაგი დიაგნოზებზე რეაგირება - ინტეგრირებული ზრუნვის ზოგადი ჩარჩო

<sup>9</sup> Queensland Health. 2011. Dual diagnosis, clinical guidelines. [http://www.dualdiagnosis.org.au/home/images/documents/Old\\_DDx\\_Guidelines\\_2011.pdf](http://www.dualdiagnosis.org.au/home/images/documents/Old_DDx_Guidelines_2011.pdf)

1990-იანი წლების ბოლოსთვის, ორმაგი დიაგნოზების მართვაში ინტეგრირებული მკურნალობა ოქროს სტანდარტად იქნა აღიარებული, რაც ერთი მკურნალობის გეგმით ორივე მდგომარეობის - ფსიქიკური აშლილობისა და წამალდამოკიდებულების მკურნალობას გულისხმობს (Mason et al., 2016), თუმცა, ჯერ კიდევ არ არსებობს შეთანხმება იმაზე, თუ რომელი ინტეგრირებული მკურნალობის მოდელია საუკეთესო (Torrens et al., 2012). ამ შემთხვევაში, არსებითი მახასიათებელია ის, რომ ერთი და იგივე კლინიცისტი ან კლინიცისტა გუნდი კოორდინირებულად უზრუნველყოფს, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ასევე დამოკიდებულების მკურნალობას (Young et al., 2014; Ramchand et al., 2014; Schulte et al., 2011).

პეტერსონი (2013) განსაზღვრავს ინტეგრაციის სხვადასხვა დონეს:

- სრული პროგრამული ინტეგრაცია, რომელიც აერთიანებს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ადიქციის გუნდებს;
- ორმაგი დიაგნოზების “ერთგული” გუნდის შექმნა, ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ადიქციის გუნდების ცალ-ცალკე დატოვებით;
- ნაწილობრივი პროგრამული ინტეგრაცია - ინტეგრირებულია, მაგრამ სერვისები მაინც ცალ-ცალკე ფუნქციონირებენ.

რეკომენდებულია სრული პროგრამული ინტეგრაცია, როგორც ზრუნვის ყველაზე შესაფერისი მოდელი, ყველაზე მძიმე და კომპლექსური მდგომარეობების მქონე პაციენტებისთვის, განსაკუთრებით მათთვის, ვისაც თანადროულად აქვს ფსიქოზი და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობა. ამ ტიპის ინტეგრაცია მოითხოვს მნიშვნელოვან საწყის წვდომას ისეთ რესურსებზე, როგორცაა დრო და ფინანსები. არსებული კომპეტენციების შესავსებად ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და/ან წამალდამოკიდებულებებში საჭირო იქნება დიდი რაოდენობით პერსონალის ტრენინგება ორმაგი დიაგნოზების შესახებ, ასევე ახალი ფიზიკური გარემოს შექმნა განცალკევებული სერვისების ერთობლივად განსათავსებლად. ცალკეული სერვისების ინტეგრაცია უნდა ითვალისწინებდეს კოორდინაციისა და თანამშრომლობის სხვადასხვა მეთოდებს, რათა უზრუნველყოფილ იქნას მოვლის ინტეგრირებული გეგმები, მაშინაც კი, თუ ისინი არ არიან განთავსებული ერთსა და იმავე სივრცეში.

ასეთი, ნაწილობრივი ინტეგრირებული მიდგომები, შეიძლება ინდივიდუალური მიდგომისთვის მორგებული არ იყოს და არ აჩვენებდეს ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებელთა ზრუნვის პრაქტიკაში დადებით ცვლილებებს, როგორცაა ინტერვენციებზე გაუმჯობესებული წვდომა, ან გაუმჯობესებული გამოსავალი.

კვლევების თანახმად, მნიშვნელოვნად უკეთესი შედეგები აქვთ პაციენტებს, თუ ისინი მკურნალობის მრავალსაფეხურიან სისტემაში (მაგ.: სტაციონარული, რეზიდენტული და ინტენსიური ამბულატორიული) მკურნალობენ „ერთი ფანჯრის“ (under one roof-ერთი სახურავის ქვეშ) პრინციპით (Brewer et al., 2017), მაშინაც კი, როცა ერთ დაწესებულებაში ამ სერვისების თავმოყრა ხელს უწყობს ინფორმაციის და პრაქტიკის გაზიარებას, მაგრამ არ იძლევა პრაქტიკის ინტეგრაციის გარანტიას (McGovern et al., 2012).

მკაფიო პოლიტიკისა და ქსელური ორგანიზაციის არარსებობა, რომელიც უზრუნველყოფს ზრუნვის თანმიმდევრულ ეტაპებს ორმაგი დიაგნოზის მქონე ადამიანებისთვის, ასევე ორმაგი დიაგნოზების მართვის არაადეკვატური ცოდნა და საჭირო უნარების დეფიციტი, ამცირებს პერსონალის მოტივაციას და, შესაბამისად, ინტეგრაციისთვის უფრო მეტ ძალისხმევას საჭიროებს. პაციენტთა შეფასებისა და მკურნალობის კოორდინაციაში კავშირები ხშირად ფრაგმენტულია, მოიცავს მცირე რუტინულ კონტაქტებს და გამოირჩევა სერვისებს შორის არაეფექტური

კომუნიკაციით (Baldacchino et al., 2011). სხვადასხვა სერვისებიდან მიღებული შეტყობინებები, პაციენტის მდგომარეობის მართვის შესახებ, ზოგჯერ ურთიერთგამომრიცხავია და ამ მიზეზების გამო, შესაბამისი საჭიროებების მქონე ადამიანებმა, ბოლო ათწლეულების განმავლობაში, თავად დაიწყეს ინტერნეტით და მხარდამჭერი ონლაინ ფორუმების საშუალებით, ალტერნატიული, ხელმისაწვდომი და ანონიმური მხარდაჭერის ძიება; და მეტიც, თავად დაიწყეს საკუთარ თავზე ზრუნვა თვითმკურნალობის სახით (Mancini & Miner, 2013). ინტეგრირებული მკურნალობის სერვისის განხორციელების პროცესი შეიძლება განსხვავდებოდეს ორგანიზაციული სერვისების მახასიათებლების მიხედვით (Gotham et al., 2010) და ხშირად თანამშრომლობის გაუმჯობესებისა და თერაპიული-რეაბილიტაციის გზების გაზიარების მცდელობები ლიმიტირებულია და შემოიფარგლება არაფორმალურ დონეზე ინფორმაციისა და რჩევების გაცვლით, თუ როგორ დაუკავშირდნენ სხვა სერვისს (De Ruyscher et al., 2017).

## სერვისის მოდელები

დღემდე, ორმაგი დიაგნოზების მართვისთვის, დანერგილია მომსახურების სამი მოდელი:

### 1. თანმიმდევრული მოდელი

ამ მოდელში ფსიქიკური და ნივთიერების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მკურნალობა თანმიმდევრულია და სერვისებს შორის კომუნიკაცია ძალიან მცირეა. ასეთ დროს, როგორც წესი, პაციენტები ჯერ იღებენ მკურნალობას მწვავე და უფრო მნიშვნელოვანი პრობლემისთვის და მხოლოდ, მკურნალობის დასრულების შემდეგ, ხდება თანაარსებული პრობლემის მკურნალობა. ამ მოდელში პაციენტს შეიძლება მოუწიოს სერვისებს შორის გადაადგილება, რაც ორივე ტიპის მკურნალობის დროზე ადრე შეწყვეტის რისკს ზრდის. ამ მიზეზის გამო, ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტების მკურნალობისას, ეს მოდელი თავიდან უნდა იქნას აცილებული.

### 2. პარალელური მოდელი

ამ მოდელში ორი განსხვავებული აშლილობის მკურნალობა ერთდროულად ხდება. ამ დროს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და წამალდამოკიდებულების სერვისები უკავშირდებიან ერთმანეთს, რათა მკურნალობა წარიმართოს პარალელურ რეჟიმში. თუმცა, ორ სისტემას შორის კოორდინაციის გარკვეული დონის მიღწევის მიუხედავად, მკურნალობის ორი ტიპის საჭიროება, ხშირად, სხვადასხვა თერაპიულ მიდგომასა და ფსიქიატრიის სამედიცინო მოდელს უკავშირდება, რაც, შესაძლოა, კონფლიქტში მოვიდეს წამალდამოკიდებულების სერვისების ფსიქო-სოციალურ ორიენტირთან. ამ მოდელის პოტენციური ნეგატიური შედეგი სამკურნალო გეგმის თანმიმდევრულობის ნაკლებობაა, რაც ხშირად ტვირთად აწვება პაციენტს.

### 3. ინტეგრირებული მოდელი

ამ მოდელში მკურნალობა ხდება ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისებში ან ორმაგ დიაგნოზებზე სპეციალიზებულ პროგრამებში თუ სერვისებში. ჯვარედინი გადამისამართება სხვა სააგენტოებში არ ხდება. მკურნალობა მოიცავს მოტივაციურ და ქცევით თერაპიებს, რეციდივის პრევენციას, ფარმაკოთერაპიას და სოციალურ მიდგომებს. მართალია, ითვლება, რომ ინტეგრირებული ზრუნვა ამცირებს ფრაგმენტაციის, დუბლირებისა და „ღიობებს შორის ჩავარდნის“ რისკს, რომელიც შეიძლება თან სდევდეს თანმიმდევრულ და

პარალელურ მოდელებს, თუმცა მისი მხარდამჭერი, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაცია მაინც მწირია და, როგორც წესი, ემყარება არაეფექტურ მიდგომას.

მკურნალობის ბევრ სერვისს და პრაქტიკოსს არ აქვს ორივე მდგომარეობის მკურნალობისთვის აუცილებელი ფართო სპექტრის ცოდნა/გამოცდილება. ორ პრობლემას შორის კავშირი, შესაძლოა, დარჩეს მათი ყურადღების მიღმა და არ იქნას ნამკურნალები. არსებული საჭიროებების მკურნალობის გარეშე დატოვება იწვევს რეციდივს და შეიძლება გავლენა მოახდინოს ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. მკურნალობაში ჩართვას ართულებს სტიგმა. კვლევის თანახმად, ორმაგი დიაგნოზის მქონე ადამიანები, რთული ქცევის გამო მხარდამჭერი სერვისებიდან გაირიცხნენ. მათ, ასევე, უარი ეთქვათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებთან წვდომაზე მანამ, სანამ არ იქნებოდნენ ალკოჰოლის/ნარკოტიკის თავშეკავების მდგომარეობაში გარკვეული პერიოდის განმავლობაში; რაც თითქმის შეუძლებელია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების დამოკიდებულების პოტენციალის გათვალისწინებით.

ორმაგი დიაგნოზის მქონე ადამიანებს წარსულში შესაძლოა, მკურნალობის უარყოფითი გამოცდილება ჰქონდეთ ან ფიქრობდნენ, რომ იძულებული არიან, ჩაერთონ კონკრეტულ მკურნალობაში. შესაბამისად, მათ შეიძლება ჰქონდეთ დაბალი ნდობა სერვისების მიმართ, რაც სამომავლოდ მკურნალობის ძიებისთვის ბარიერს წარმოადგენს. მომლოდინეთა სიების წნეხი და დაფინანსების შეზღუდვა ასევე აუარესებს მწვავე შედეგებს იმ ადამიანებისათვის, რომლებიც დახმარებას ელიან. როგორც აღვნიშნეთ, ზრუნვის სხვადასხვა მოდელებისთვის ორმაგი დიაგნოზების მქონე ადამიანები შეუმჩნეველნი რჩებიან ან გადაადგილდებიან სერვისებს შორის (ფსიქიკური ჯანმრთელობის და წამალდამოკიდებულების სერვისები), თუმცა არცერთი სერვისი არ იღებს სრულ პასუხისმგებლობას მკურნალობაზე, რადგან სერვისების პერსონალი, პოლიტიკა, მკურნალობაზე შეხედულებები და ადგილმდებარეობა განსხვავებულია. ამას მივყავართ კოორდინირებული ზრუნვისა და საჭიროებების დაუკმაყოფილებადე. მკურნალობის შემდგომი ზრუნვის განგრძობადობა ასევე იდენტიფიცირებულია, როგორც პრობლემა, რადგან ორმაგი დიაგნოზების მქონე ბევრი ადამიანი მოითხოვს ხანგრძლივ მკურნალობას.

ამჟამინდელი საუკეთესო პრაქტიკა აჩვენებს, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ადიქციის სერვისების ინტეგრაციას, რომელიც უპასუხებს ორივე აშლილობას ერთდროულად (მაგალითად, ფსიქოთერაპიისა და ფარმაცოთერაპიის კომბინაცია), შეუძლია შეამციროს ბარიერები და მოგვცეს უკეთესი გამოსავლები. ამ სერვისების ინტეგრაცია პროვაიდერისგან მოითხოვს საჭიროებების საფუძვლიან გაგებას - დაწყებული ადრეული იდენტიფიცირებიდან და მკურნალობიდან, მიმდინარე მართვის ჩათვლით. სამეცნიერო ლიტერატურის თანახმად, მნიშვნელოვანია, შეფასდეს შესაძლო განცდილი ტრავმა და მოხდეს პირობების უკეთესი კონტექსტუალიზაცია ფსიქოსოციალური პერსპექტივიდან. ასევე, რეკომენდებულია, რომ სერვისები იყოს ადამიანზე ორიენტირებული, ჰოლისტიური და ფოკუსირდეს აღდგენა-გამოჯანმრთელებაზე, მხედველობაში იქნას მიღებული სხვა სააგენტოების საჭიროება ადამიანის მხარდასაჭერად (მაგალითად, საცხოვრისი, ტრენინგი, დასაქმება, სოციალური დაცვა, სოციალური სერვისები და ა.შ.).

## **ორმაგი დიაგნოზის სკრინინგი, შეფასება და გადამისამართება**

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების კომორბიდობის მქონე პაციენტების პრევალენტობის გათვალისწინებით, მნიშვნელოვანია, რომ ყველა პაციენტმა გაიაროს



თითოეული მდგომარეობის სკრინინგი. ეს პრაქტიკოს ექიმებს მისცემს ინფორმაციას პოტენციური პრობლემის არსებობის შესახებ და მისცემს შესაძლებლობას, რომ დაგეგმოს შესაბამისი ინტერვენცია ადრეულ ეტაპზე.

ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და წამალდამოკიდებულების მკურნალობის ყველა სერვისს უნდა ჰქონდეს შემუშავებული ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტის სკრინინგის, შეფასებისა და გადამისამართების შესაბამისი პროცედურები. თითოეულ პროვაიდერს უნდა შეეძლოს ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის იდენტიფიცირება და უზრუნველყოს პაციენტის წვდომა თითოეული მდგომარეობისთვის საჭირო მკურნალობაზე. თუკი სკრინინგის და შეფასების პროცესი დაადგენს ფსიქოაქტიური საშუალების მოხმარებით გამოწვეულ აშლილობას ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის სხვა აშლილობას, რომელთა მკურნალობაც აღემატება დაწესებულებების შესაძლებლობებს და რესურსებს, გადამისამართება უნდა მოხდეს შესაბამის რეზიდენტულ ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან სხვა სათემო დაწესებულებაში. იმისათვის, რომ დავრწმუნდეთ, რამდენად სწორად ხდება ორმაგი დიაგნოზების მქონე პაციენტების საჭიროებების შესაბამის დაწესებულებაში გადამისამართება, აუცილებელია მიმდინარე კონსულტაციისა და თანამშრომლობის მექანიზმების ამუშავება.

პაციენტზე ორიენტირებული შეფასება ხაზს უსვამს, რომ საწყისი კონტაქტის ფოკუსი არა მხოლოდ ფორმების შევსება და კითხვებზე პასუხის გაცემა ან პროგრამისთვის შესაბამისობის დადგენაა, არამედ იმის დადგენაც, თუ რა სურს პაციენტს, როგორ ხედავს პრობლემას საკუთარი პერსპექტივიდან, რისი შეცვლა სურს და რას ფიქრობს, როგორ შეიძლება ამის შეცვლა. რეკომენდებულია, სერვისის მიმწოდებელი დაწესებულება მიჰყვეს ორმაგი დიაგნოზების მქონე ადამიანების შეფასების 12 ნაბიჯიან პროცესს:

1. ნაბიჯი: უზრუნველყოს პაციენტის ჩართულობა პროცესებში
2. ნაბიჯი: მოხდეს ახლობლების იდენტიფიცირება (ოჯახი, მეგობრები, სხვა სერვის-პროვაიდერები) დამატებითი ინფორმაციის მოსაპოვებლად
3. ნაბიჯი: ჩატარდეს ორმაგი დიაგნოზის სკრინინგი და იდენტიფიცირება
4. ნაბიჯი: განისაზღვროს პასუხისმგებლობების არეალი
5. ნაბიჯი: განისაზღვროს ზრუნვის დონე
6. ნაბიჯი: დადგინდეს დიაგნოზი
7. ნაბიჯი: განისაზღვროს ფუნქციური დაქვეითების და შესაძლებლობების შეზღუდვის ხარისხი
8. ნაბიჯი: განისაზღვროს ძლიერი მხარეები და მხარდაჭერა
9. ნაბიჯი: განისაზღვროს კულტურული და ენობრივი საჭიროებები, მხარდაჭერის აუცილებლობა
10. ნაბიჯი: განისაზღვროს პრობლემების დონეები
11. ნაბიჯი: განისაზღვროს ცვლილების ეტაპი
12. ნაბიჯი: დაიგეგმოს მკურნალობა

აუცილებლად შეფასდეს ბიო-ფსიქო-სოციალური ფაქტორების სპექტრი (ცხრილი 2).

**ცხრილი 2. ორმაგი დიაგნოზების შეფასებისას ბიო-ფსიქო-სოციალური ფაქტორების შეფასების წყარო**

ფაქტორების დონე	წამალდამოკიდებულების არეალი	შეფასების	ფსიქიკური აშლილობის შეფასების არეალი
ბიოლოგიური	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ამონასუნთქ ჰაერში ალკოჰოლის შემცველობა</li> <li>• შარდის დადებითი ტესტები</li> <li>• ნორმიდან გადახრილი ლაბორატორიული ტესტები</li> <li>• ალკვითის მდგომარეობის სიმპტომები</li> <li>• დაზიანებები და ტრავმა</li> <li>• ტოქსიკურობისა და ალკვითის მდგომარეობის სიმპტომები და სამედიცინო ნიშნები</li> <li>• დაქვეითებული კოგნიტური ფუნქციები</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ნორმიდან გადახრილი ლაბორატორიული ტესტები (მაგ.: მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია)</li> <li>• ნევროლოგიური გამოკვლევა</li> <li>• ფსიქიატრიული და სხვა სახის მედიკამენტების გამოყენება</li> </ul>
ფსიქოლოგიური	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ინტოქსიკაციისთვის დამახასიათებელი ქცევა</li> <li>• ფუნქციური დაქვეითება</li> <li>• ნარკოტიკების მოხმარების შეფასების პასუხები</li> <li>• ნარკოტიკების მოხმარების დოკუმენტირებული ისტორია</li> <li>• ტრავმის ისტორია</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ფსიქიკური ჯანმრთელობის გამოკვლევა</li> <li>• ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომების სკრინინგ-კვლევების პასუხები (მაგ.: დეპრესიული გუნება-განწყობის, ფსიქოზის, შფოთვის კრიტერიუმები)</li> <li>• ფსიქიკური ჯანმრთელობის დიაგნოზის წარსული ისტორია ან მიმდინარე მკურნალობა</li> <li>• სტრესი და სიტუაციური ფაქტორები</li> <li>• თვითგამოხატვა და პიროვნული მახასიათებლები</li> <li>• ტრავმის ისტორია</li> </ul>
სოციალური	<ul style="list-style-type: none"> <li>• დამატებითი ინფორმაცია სხვებისგან (მაგ.: ოჯახი, მომვლელი)</li> <li>• სოციალური ინტერაქცია, რეკრეაცია/ინტერესები, ცხოვრების სტილი</li> <li>• ნარკოტიკების მოხმარების ოჯახური ისტორია</li> <li>• მხარდამჭერი სისტემის არსებობა (მაგ.: ოჯახი, მეგობრები, სხვა ახლობლები)</li> <li>• საცხოვრისი, განათლება, დასაქმების ისტორია</li> <li>• ჯარში მსახურების ისტორია</li> <li>• ეთნიკურ-კულტურული წარმომავლობა</li> <li>• ლეგალური ისტორია (მაგ.: პენიტენციურ სისტემასთან შემხებლობა)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• დამატებითი ინფორმაცია სხვებისგან (მაგ.: ოჯახი, მომვლელი)</li> <li>• სოციალური ინტერაქცია, რეკრეაცია/ინტერესები, ცხოვრების სტილი</li> <li>• ფსიქიკური აშლილობის ოჯახური ისტორია</li> <li>• მხარდამჭერი სისტემის არსებობა (მაგ.: ოჯახი, მეგობრები, სხვა ახლობლები)</li> <li>• საცხოვრისი, განათლება, დასაქმების ისტორია</li> <li>• ჯარში მსახურების ისტორია</li> <li>• ეთნიკურ-კულტურული წარმომავლობა</li> <li>• ლეგალური ისტორია (მაგ.: პენიტენციურ სისტემასთან შემხებლობა)</li> </ul>

**სკრინინგი**

სკრინინგი არის შეფასების კომპონენტი და წარმოადგენს მოკლე მეთოდს, რომელიც განსაზღვრავს აქვს თუ არა პაციენტს სპეციფიკური პრობლემა (მაგალითად, ფსიქიკური ჯანმრთელობის ან ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების პრობლემა). დადებითი სკრინინგი მიუთითებს მდგომარეობის უფრო დეტალური შეფასების საჭიროებაზე, თუმცა მას არ აქვს სადიაგნოსტიკო ღირებულება. უარყოფითი სკრინინგი სრულიად არ გამორიცხავს კომორბიდული აშლილობის არსებობას, რადგან მიღებული უარყოფითი შედეგი შესაძლოა კითხვარის სპეციფიკით ან შეფასების დინამიკით იყოს განპირობებული. აქედან გამომდინარე მნიშვნელოვანია, რომ ყველა პაციენტს



ჩავუტაროთ სკრინინგი სხვადასხვა ინტერაქციის დროს. რეკომენდებულია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების სკრინინგი იყოს მოკლე. ეს ამცირებს რისკს, რომ საფრთხე შეექმნას პრაქტიკოს ექიმსა და პაციენტს შორის ჩამოყალიბებულ ურთიერთობას. ეს შეიძლება იყოს ფორმალური ინსტრუმენტი ან სერვისს თავად შეუძლია გადაწყვიტოს, რომელი სტანდარტული კითხვების ინტეგრაცია მოახდინოს იმ კითხვარში, რასაც იყენებს პაციენტთან კონსულტაციის საწყის ეტაპზე.

სკრინინგის ბევრი ინსტრუმენტი არსებობს, რომლებსაც შეუძლიათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების აღმოჩენა. მათ შორისაა ფორმალური ინსტრუმენტები, რომლებსაც ატარებს კლინიცისტი ან ისეთი ინსტრუმენტები, რომლებიც თვითადმინისტრირებადია. კლინიკური გამოკითხვა სასარგებლო სკრინინგული ტექნიკაა, რომელიც შეიძლება ჩატარდეს პაციენტთან პირველივე კონტაქტისას და შემდგომშიც. ეს არის არაინტრუზიული მეთოდი (არ აყენებს დისკომფორტს), იყენებს პრაქტიკოსის უნარებს, მიიღოს ინფორმაცია, პაციენტის ჩართულობა კი მინიმალურია.

### ცხრილი 3. ორმაგი დიაგნოზის იდენტიფიცირების მიზნით მოწოდებული სკრინინგ ინსტრუმენტები

ინგლისურ ენაზე	ქართულ ენაზე თარგმნილი
<b>პაციენტის უსაფრთხოება</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>კოლუმბიის სუიციდის სიმწვავის რეიტინგული სკალა Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)</li> <li>სუიციდური ქცევების კითხვარი (Suicide Behaviors Questionnaire-Revised SBQ-R)</li> <li>რისკის და ზიანის სექცია კითხვარიდან - ფსიქიატრიული და წამალდამოკიდებულების სერვისებისთვის მოვლის სისტემის უტილიზაციის დონე (Risk of harm section of the LOCUS)</li> <li>დამცირება, შიში, გაუპატიურება და დარტყმა (Humiliation, Afraid, Rape, and Kick)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>სუიციდის რისკის შეფასება მოზარდებში</li> <li>პენიტენციურ დაწესებულებაში სუიციდის რისკის შეფასება<sup>10</sup></li> <li>ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლი</li> </ul>
<b>წარსული ან მიმდინარე ფსიქიკური აშლილობა</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>წამალდამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი (ASI)</li> <li>ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგის ფორმა III (Mental Health Screening Form-III (MHSF-III))</li> <li>მოდულიცირებული მინი სკრინინგი (Modified Mini Screen)</li> <li>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed. (DSM-5), American Psychiatric Association, 2013) Cross-Cutting Symptom Measure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>წამალდამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი (ASI-light)</li> <li>ჯანმრთელობის შეფასება EQ-5D-5L</li> <li>დეპრესიის შეფასება - PHQ9</li> <li>შფოთვის შეფასება - GAD7</li> <li>პოსტტრავმული სრესის (პტს) და რთული პტს ITQ (ICD11-ის მიხედვით) შეფასება</li> </ul>
<b>წარსული ან მიმდინარე წამალდამოკიდებულება</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>ნარკოტიკების მოხმარების 10 კითხვიანი სკრინინგ ტესტი (10 item Drug Abuse Screening Test (DAST-10))</li> <li>ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მაიდენტიფიცირებელი ტესტი (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)) და ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ნარკოტიკების მოხმარების 10 კითხვიანი სკრინინგ ტესტი (10 item Drug Abuse Screening Test (DAST-10))</li> <li>ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მაიდენტიფიცირებელი ტესტი (Alcohol Use Disorders Identification Test</li> </ul>

<sup>10</sup> საქართველოს იუსტიციის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული „ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სუიციდის პრევენციის პროგრამის დამტკიცების შესახებ“, <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/5022964?publication=0>

მაიდენტიფიცირებელი ტესტის მოდიფიცირებული ვერსია (Alcohol Use Disorders identification Test - Concise (AUDIT C))

- ნარკოტიკების/ალკოჰოლის მოხმარების სიმძიმის სკრინინგის ინსტრუმენტი (CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs)
- მიჩიგანის ალკოჰოლიზმის სკრინინგის ტესტი (Michigan Alcoholism Screening Test (MAST))
- ალკოჰოლის, თამბაქოს და ნივთიერების მოხმარების სკრინინგ-ტესტი წამალდამოკიდებულების ეროვნული ინსტიტუტის მოდიფიცირებული ვერსია National Institute on Drug Abuse (NIDA) Modified Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)
- ნივთიერების მოხმარების მარტივი სკრინინგ-ტესტი (Simple Screening instrument for Substance Abuse (SSI-SA))

(AUDIT)) და ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის

მაიდენტიფიცირებელი ტესტის მოდიფიცირებული ვერსია (Alcohol Use Disorders identification Test - Concise (AUDIT C))

- ნარკოტიკების/ალკოჰოლის მოხმარების სიმძიმის სკრინინგის ინსტრუმენტი (CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs)
- ალკოჰოლის, თამბაქოს და ნივთიერების მოხმარების სკრინინგ-ტესტი წამალდამოკიდებულების ეროვნული ინსტიტუტის მოდიფიცირებული ვერსია National Institute on Drug Abuse (NIDA) Modified Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

ქვემოთ მოყვანილი კითხვები შეიძლება დაეხმაროს ნარკოლოგს ფსიქიკური პრობლემების არსებობის იდენტიფიცირებაში:

- ოდესმე ყოფილხართ ვიზიტზე ფსიქიატრთან ან სხვა პროფილის ექიმთან ემოციური პრობლემების/ნერვების/შფოთვის გამო?
- ოდესმე თქვენთვის თუ დაუნიშნავთ მედიკამენტი ემოციური პრობლემების/ნერვების/შფოთვების გამო?
- ამჟამად გყავთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სფეროს მუშაკი, ფსიქიატრი, ფსიქოლოგი, ზოგადი პრაქტიკის სპეციალისტი ან სხვა ჯანდაცვითი სერვისის მიმწოდებელი?
- გაქვთ ძილის პრობლემა? მომიყვებით ამის შესახებ?
- შეგეცვალათ მადა? ჭამთ უფრო ნაკლებს ან უფრო მეტს, ვიდრე ეს თქვენთვის ნორმალურია?
- გრძნობთ რამე სახის ცვლილებას ყურადღების კონცენტრირებაში ან დავალების შესრულებაში?

ქვემოთ მოყვანილი კითხვები შეიძლება დაეხმაროს ნარკოლოგს ფსიქოაქტიური საშუალებების შესაძლო მოხმარების იდენტიფიცირებაში:

- ოდესმე მოიხმარიათ ნარკოტიკული საშუალებები ან ალკოჰოლი?
- ბოლოს როდის მოიხმარეთ და ნარკოტიკული საშუალებები ან ალკოჰოლი?
- ბოლოს რომელი ნარკოტიკი მოიხმარეთ?
- რა სიხშირით მოიხმარეთ?
- რამდენ ნარკოტიკულ საშუალებას მოიხმარდით ან მოიხმართ?
- ეს თქვენთვის ნორმალური რაოდენობაა?
- ბოლო დროს გაზარდეთ ან შეამცირეთ მოხმარება?

მნიშვნელოვანია, რომ განვასხვავოთ ნარკოტიკული საშუალებით გამოწვეული და ნარკოტიკის მოხმარებასთან დაკავშირებული ფსიქიატრიული აშლილობები. რეკომენდებულია, რომ ფსიქიატრიული დიაგნოზის დასამადე სულ მცირე 2 კვირიანი თავშეკავება ჰქონდეს პაციენტს, თუმცა ეს ხშირად არაპრაქტიკულია. უნდა იქნას მოპოვებული ნარკოტიკის მოხმარების სრული ისტორია, ნიკოტინისა და ახალი ფსიქოაქტიური საშუალებების, ინტერნეტით შეძენილი ნარკოტიკების ჩათვლით, შარდისა და სისხლის ანალიზის საშუალებით. იმის დასადგენად, თუ

როგორა დაკავშირებული პაციენტის მიერ ნარკოტიკის მოხმარება და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, ფსიქიატრიული აშლილობების განვითარებისა და ნარკოტიკის მოხმარების თანმიმდევრულობა, უნდა განისაზღვროს ოჯახის ისტორია და ფსიქიატრიული აშლილობის მკურნალობის წინა გამოცდილება.

#### ბიოლოგიური/ფიზიკური ტესტირება

ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ბიოლოგიური ან ფიზიკური ტესტირებები (როგორებიცაა, მაგალითად სისხლის და შარდის ტესტები ან თმის ანალიზი) სასარგებლოა ფსიქოზის მქონე ზრდასრული და ახალგაზრდა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებლების შეფასების, მკურნალობისა და მართვისას. თუმცა ამის შეთანხმება, როგორც მკურნალობის გეგმის ნაწილის, უნდა მოხდეს პაციენტთან.

### შეფასება

ორმაგი დიაგნოზების შეფასება უნდა მოიცავდეს კლინიკურ ინტერვიუებას, დაკვირვებას, მკურნალობა/ზრუნვის გეგმის შემუშავებას. ასევე უნდა მოიცავდეს სუიციდისა და ძალადობის რისკის შეფასებას.

#### სუიციდი და ოჯახში ძალადობა

- წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისებში მყოფი პაციენტები სუიციდის მაღალი რისკის ქვეშ არიან. რისკი კიდევ უფრო გაზრდილია კომორბიდული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის არსებობის შემთხვევაში.
- სუიციდის რისკი ცვალებადია მკურნალობის პროცესში და შესაძლოა გაიზარდოს მნიშვნელოვანი ცხოვრებისეული მოვლენის დროს.
- მნიშვნელოვანია, რომ სუიციდის რისკის შეფასება უწყვეტად მიმდინარეობდეს და პერსონალი დატრენინგდეს სუიციდის პირდაპირი და არაპირდაპირი ნიშნების ამოცნობაში, ასევე სუიციდური აზრების შეფასებასა და მართვაში. წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისების პროფესიონალებმა უნდა გამოიყენონ კლინიკური უნარები და ექსპერტიზა, როდესაც სკრინინგისა და შეფასების მეთოდებს დანერგავენ საკუთარ პრაქტიკაში.
- სამკურნალო სერვისების პაციენტები ასევე ოჯახური ძალადობის მაღალი რისკის ქვეშ არიან.
- ოჯახში ძალადობის რისკის აღმოცენება უნდა იყოს შეფასების ნაწილი. პერსონალი უნდა იცნობდეს ოჯახში ძალადობის საპასუხო ზომების შესახებ ორგანიზაციის პოლიტიკას და პროცედურებს.
- ოჯახში ძალადობაზე პასუხი წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისების მიერ მოითხოვს ფართო, ყოვლისმომცველ, კოორდინირებულ მიდგომას, რომელიც მოიცავს სხვადასხვა სერვისს.

პროგრამაში ჩართვის ინტერვიუს ჩატარებისა და პროგრამის მიმოხილვის ბოლოს ჯგუფი, პაციენტთან ერთად, იკრიბება, რათა გადაწყვიტოს პროგრამაში ჩართვის საკითხი. პროგრამაში პაციენტის შესაბამისობის და სხვა დამატებითი (მაგალითად, სამართლის სისტემასთან ურთიერთობა, სუიციდის მცდელობები) საკითხების გარკვევა ხდება საჭიროებისამებრ. უნდა აღინიშნოს, რომ გადაწყვეტილების მიღების პროცესი ინკლუზიურია და თავად პროგრამაც მიიღებს

რეფერირებულ პაციენტს, რამდენადაც ეს შეესაბამება პაციენტის ჩართვის კრიტერიუმებს, მაგალითად პაციენტი არ წარმოადგენს საშიშროებას საკუთარი თავისთვის ან სხვისთვის, არ ამბობს უარს მედიკამენტის მიღებაზე და გამოხატავს მკურნალობის მიმართ მზაობას და მოტივაციას, იღებს პროგრამაში ყოფნას, როგორც გამოჯანმრთელების პროცესის ნაწილს.

მკურნალობის პრინციპები: როდესაც მუშაობთ ახალგაზრდებთან ან ზრდასრულებთან, რომლებსაც აქვთ ან ექვობთ, რომ აქვთ ფსიქოზი ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან ერთად, გამოყავით დრო, რომ ასეთ პაციენტებთან შექმნათ პატივისცემასა და ნდობაზე დაფუძნებული, არაგანსჯადი ურთიერთობა, რომელიც იმედისა და ოპტიმიზმის ატმოსფეროს შექმნის. იყავით კომუნიკაციაში პირდაპირი და გამოიყენეთ მოქნილი და სამოტივაციო მიდგომები. გაითვალისწინეთ, რომ:

- სტიგმა-დისკრიმინაცია ასოცირებულია, როგორც ფსიქოზთან, ისე ფსიქოაქტიური საშუალებების საზიანო მოხმარებასთან.
- ზოგიერთი ადამიანი ცდილობს, რომ დამალოს ერთი-ერთი ან ორივე მდგომარეობა.
- ფსიქოზის მქონე და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებლებს ხშირად ეშინიათ დაკავების და ციხეში ჩასმის, ფსიქიატრიული მედიკამენტის დამალვით მიღების, შვილების ჩამორთმევის და იმის, რომ „გაგეჟდებიან“.
- დისკუსია უნდა მიმდინარეობს ისეთ გარემოში, რომელშიც კონფიდენციალურობა, პირადი ინფორმაცია და ღირსება დაცული იქნება.
- აუცილებლად უნდა შეიზღუდოს კლინიკური ენის გამოყენება შესაბამისი ახსნის გარეშე.
- საჭიროების შემთვევაში აუცილებლად უნდა მოხდეს დამოუკიდებელი მთარგმნელის ჩართვა (ვინც არ არის დაკავშირებული ადამიანთან).
- აუცილებელია მიზნის დასახვა, რომ შენარჩუნდეს მკურნალობის განგრძობადობა და შემცირდეს საკვანძო პერსონალის ცვლილება, რათა ჩამოყალიბდეს თერაპიული ურთიერთობა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემისა და ფსიქოაქტიური საშუალების მოხმარების თანაარსებობის დროს ეფექტური საპასუხო ზომების მიღება წარმოადგენს გამოწვევას სამკურნალო სერვისებისთვის სხვადასხვა კუთხით. იმ საკითხებს შორის, რომლებიც მკურნალობას ართულებს, არის პაციენტების შეფასება; კომბინირებული მკურნალობის ტიპები, რომლებსაც ისინი საჭიროებენ; სპეციფიკური კონტექსტი და გარემო, სადაც სერვისების მიწოდება ხდება. კოორდინირებული ზრუნვა ზრდის ალბათობას, რომ ჩართავს პაციენტს მკურნალობაში და პაციენტი მიიღებს სპეციალიზებულ დახმარებას იქ, სადაც საჭიროა. არსებული მტკიცებულებების მიხედვით, კოორდინირებული მკურნალობა ეფექტურია მკურნალობაში პაციენტის დაყოვნებისთვის, ზრდის მის კმაყოფილებას, აუმჯობესებს ცხოვრების ხარისხს და ზრდის სათემო სერვისების გამოყენებას (ილუსტრაცია 2).

## ილუსტრაცია 2. კოორდინირებული ზრუნვის საკვანძო კომპონენტები



წყარო: ადაპტირებულია McDonald et al., 2007; Ehrlich et al., 2009; NSW Mental Health Coordinating Council 2011- მიერ.

მკურნალობაში დაყოვნება ასოცირებულია მკურნალობის უკეთეს გამოსავალთან პირებში, ვინც მოიხმარს ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს (Vanderplasschen, et al., 2007).

### გადამისამართება

სადაც შესაძლებელია, სხვა სერვისებზე წვდომასთან ერთად, პაციენტები უნდა შენარჩუნდნენ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების მკურნალობაში, არ უნდა გაირიცხონ და არ გადამისამართდნენ ამ სერვისებიდან სხვაგან. მაგალითად, პაციენტი, რომელიც ერთვება რეზიდენტულ რეაბილიტაციაში და აქვს ბიპოლარული აშლილობა, უნდა გვყავდეს წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისში, მაგრამ ამავდროულად სასარგებლო იქნება ვიზიტის დანიშვნა ფსიქიატრთან, ვინც შეაფასებს, დასვამს დიაგნოზს და გამოწერს მედიკამენტს. პაციენტის მდგომარეობის მართვა შესაძლებელი იქნება შემდეგ უკვე რეზიდენტულ სერვისში. ხშირია დასაქმებასთან, კეთილდღეობასთან და სამედიცინო სერვისებთან დაკავშირებული საკითხების შესახებ კონსულტირების აუცილებლობა წამალდამოკიდებულების სერვისებში, რათა ხელი შეუწყოს პაციენტების სერვისებზე წვდომას. ზოგიერთ შემთხვევაში, შესაძლოა საჭირო გახდეს პაციენტების გარე სერვისებში გადამისამართება (ცხრილი 4). მაგალითად, მწვავე ფსიქოზისა და სუიციდური ფიქრების დროს, შესაძლოა საჭირო გახდეს ადგილობრივ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კრიზისული შეფასებისა და მკურნალობის სერვისთან დაკავშირება, რათა შეფასდეს პაციენტი და განისაზღვროს ფსიქიკური ჯანმრთელობის რომელი სერვისი იქნება მისთვის შესაბამისი. ექიმმა ასევე უნდა იცოდეს თუ როდის დატოვებს პაციენტი



წამლადამოკიდებულების მკურნალობის სერვისს, რომ უფრო მწვავე ფსიქიკური პრობლემის მკურნალობა გაგრძელდეს, რადგან უნდა მიაღწეოს თვალის და უზრუნველყოს მისი დაბრუნება წამლადამოკიდებულების მკურნალობაში, მას შემდეგ, რაც მწვავე ფსიქიკური პრობლემა იქნება ნამკურნალები.

#### ცხრილი 4. რეფერირების პროცესი

<b>პასიური რეფერირება</b>
პასიური რეფერირება ხდება მაშინ, როდესაც პაციენტს ეძლევა რეფერალური სააგენტოს დეტალები, რათა თავად უზრუნველყოს შეხვედრის დანიშვნა. ეს მეთოდი თითქმის არასდროს არის შესაფერისი თანმხლები დაავადებების მქონე პაციენტებისთვის.
<b>ფასილიტირებული რეფერირება</b>
ფასილიტირებული მიმართვა ხდება მაშინ, როდესაც პაციენტს ეხმარებიან სხვა სერვისზე წვდომაში; მაგალითად, პაციენტის ნებართვით, თანამშრომელი მისი სახელით ნიშნავს შეხვედრას სხვა სერვისთან.
<b>აქტიური რეფერირება</b>
აქტიური მიმართვა ხდება მაშინ, როდესაც მუშაკი პაციენტის თანდასწრებით ურეკავს სხვა სააგენტოს და ინიშნება შეხვედრა. მედიცინის მუშაკი, პაციენტის თანხმობით, აწვდის სააგენტოს ინფორმაციას, რომელიც შეგროვდა მისი პროფესიული შეფასებისას პაციენტის საჭიროებების გამოსავლენად. ასეთი მიმართვა აუცილებელია, როდესაც პაციენტები არ არიან მოტივირებულები, ვერ ახერხებენ ამას თავად. მიმართვის ეს მეთოდი რეკომენდებულია თანმხლები დაავადებების/ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტებისთვის.

წყარო. ადაპტირებულია Clemens et al., 2006 and Rastegar et al., 2013 -დან

#### ზრუნვის საკვანძო კომპონენტები

##### ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების სამკურნალო დაწესებულებების და პერსონალის/კლინიცისტების მიმართ არსებული მოლოდინები

ორმაგი დიაგნოზის შესაბამისი მკურნალობისთვის კარგი კომუნიკაცია და ინფორმაციის გაზიარება ჯანდაცვის ყველა პროფესიონალს შორის მნიშვნელოვანია. ამის უზრუნველსაყოფად:

- უნდა მიიღოს თანხმობა პაციენტისგან ინფორმაციის გაზიარების შესახებ
- პაციენტი უნდა იყოს ინფორმირებული მკურნალობის მთელი პროცესის განმავლობაში
- კონფიდენციალურობა უნდა იყოს შენარჩუნებული (მაგ., პაციენტის წერილობითი თანხმობა შემთხვევის ჩანაწერების გაზიარების და კონფიდენციალურობის შენარჩუნების შესახებ).
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობის დიაგნოსტიკური სიმპტომები და/ან ფუნდამენტური დიაგნოზი უნდა დოკუმენტირდეს
- პაციენტს უნდა მიეწოდოს ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებული მხარდაჭერი თერაპიები. ეს შესაძლოა მოიცავდეს:
  - მოტივაციურ ინტერვიუებას
  - კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას

- ალკვეთის მარტივ მენეჯმენტს
- მედიკამენტებს რეციდივის პრევენციისთვის

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ადრეული ინტერვენციის (სადაც შესაძლებელია) შედეგად მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობის მეორადი პრევენცია და ფსიქო-განათლების უზრუნველყოფა ფსიქოაქტიური საშუალებების განგრძობად მოხმარებაზე.
- წამალდამოკიდებულების სერვისები და ზოგადი პრაქტიკოსები უნდა იყვნენ ჩართულები, სადაც საჭიროა (კონსულტაცია/შემთხვევის განხილვა).
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები წარმოადგენს მკურნალობის ძირითად მაკოორდინირებელ სერვისს ისეთი პაციენტებისთვის, რომლებიც ამ სერვისში სხვა ალტერნატიული სერვისების მიღებამდე ჩაერთვნენ.

ქვემოთ მოყვანილი ჩამონათვალი ასახავს ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტების მიმართ ექიმისგან მომსახურების მიწოდების მოლოდინებს. სადაც კი რამე მოლოდინი სცილდება პრაქტიკოსის ფარგლებს, სამსახურის პასუხისმგებლობაა, მოიძიოს დამატებითი შესაძლებლობები, რათა უზრუნველყოს ქვემოთ ჩამოთვლილი კრიტერიუმების დაკმაყოფილება:

- ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სკრინინგი.
- ჩატარდეს რისკების ყოვლისმომცველი შეფასება:
  - საკუთარი თავის და სხვის მიმართ ზიანი - მწვავე სამედიცინო დაავადება
  - ბავშვთა დაცვა
  - ოჯახში ძალადობა
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობის დიაგნოსტიკური სიმპტომები და/ან ფუნდამენტური დიაგნოზი უნდა დოკუმენტირდეს.
- პაციენტს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომების მხარდამჭერი თერაპიები უნდა მიეწოდოს (სადაც საჭიროა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებთან კონსულტაცია).
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ადრეული ინტერვენციის (სადაც საჭიროა) შედეგად მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობის მეორადი პრევენცია და ფსიქოგანათლების უზრუნველყოფა.
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები და ზოგადი პრაქტიკოსები უნდა იყვნენ ჩართულები, სადაც საჭიროა (კონსულტაცია/შემთხვევის განხილვა).
- წამალდამოკიდებულების სამკურნალო სერვისები წარმოადგენს მკურნალობის ძირითად მაკოორდინირებელ სერვისს ისეთი პაციენტებისთვის, რომლებიც ამ სერვისში სხვა ალტერნატიულ სერვისებში მიღებამდე ჩაერთვნენ.

**რისი შესრულება არ ევალება ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების სამკურნალო დაწესებულებებს/პრაქტიკოსებს?**

ასეთ სერვისებს არ ევალებათ, რომ დასვან ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობის დიაგნოზი. კლინიკური დიაგნოზის დასმა მხოლოდ კვალიფიციურ პრაქტიკოსს შეუძლია და, სადაც საჭიროა, ეს შესაძლებლობა უნდა იქნას გამოყენებული. სხვა პრაქტიკოსები უნდა ფოკუსირდნენ შეფასებაზე, პაციენტის მიერ გამოვლენილი სიმპტომებისა და ნიშნების დოკუმენტირებაზე. წამალდამოკიდებულების სამკურნალო დაწესებულებებს/ პრაქტიკოსებს არ ევალებათ, რომ პაციენტს მიაწოდონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალიზებული მკურნალობა. ესენია:

- მწვავე განგრძობადი ფსიქოზური ეპიზოდის დროს მისი მართვა/კოორდინაცია.



- პაციენტის პირველი ფსიქოზური ეპიზოდის დამოუკიდებელი მართვა/ კოორდინაცია (ეს უნდა მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისთან თანამშრომლობით).
- ფსიქოაქტიური საშუალებების სამკურნალო სერვისები რჩება ძირითად მაკოორდინირებელ სერვისად მანამ, სანამ სხვა სერვისი არ დათანხმდება, რომ მიიღოს პაციენტი.

**ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებისა და პრაქტიკოსების/კლინიცისტების მიმართ არსებული მოლოდინები**

- ყველა პაციენტს ჩაუტარდეს ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის შეფასება.
- ჩატარდეს რისკების ყოვლისმომცველი შეფასება:
  - საკუთარი თავის და სხვის მიმართ ზიანი - მწვავე სამედიცინო დაავადება
  - ბავშვთა დაცვა
  - ოჯახში ძალადობა
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობის დიაგნოსტიკური სიმპტომები და/ან ფუნდამენტური დიაგნოზი უნდა დოკუმენტირდეს.
- პაციენტს, უნდა მიეწოდოს ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებული მხარდამჭერი თერაპიები. ეს შესაძლოა მოიცავდეს:
  - მოტივაციურ ინტერვიუებას
  - კოგნიტურ-ბიჰევიორულ თერაპიას
  - ალკეითის მარტივ მენეჯმენტს
  - მედიკამენტებს რეციდივის პრევენციისთვის
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ადრეული ინტერვენციის (სადაც შესაძლებელია) შედეგად მოხდეს ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობის მეორადი პრევენცია და ფსიქოგანათლების უზრუნველყოფა ფსიქოაქტიური საშუალებების განგრძობად მოხმარებაზე.
- წამლდამოკიდებულების სერვისები და ზოგადი პრაქტიკოსები უნდა იყვნენ ჩართულები, სადაც საჭიროა (კონსულტაცია/შემთხვევის განხილვა).
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები წარმოადგენს მკურნალობის ძირითად მაკოორდინირებელ სერვისს ისეთი პაციენტებისთვის, რომლებიც ამ სერვისში სხვა ალტერნატიულ სერვისებში მიღებამდე ჩაერთვნენ.

**რისი შესრულება არ ევალებათ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებს/პრაქტიკოსებს?**

ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრაქტიკოსი/სერვისი არ არის ვალდებული, რომ დასვას ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების დიაგნოზი. კლინიკური დიაგნოზის დასმა მხოლოდ კლინიცისტს შეუძლია. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრაქტიკოსები უნდა ფოკუსირდნენ პაციენტის მიერ გამოვლენილი ნებისმიერი სიმპტომისა და ნიშნის დოკუმენტირებაზე, პაციენტისთვის რომელიმე აშლილობის იარლიყის მინიჭების გარეშე. ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრაქტიკოსს არ ევალება, რომ მიაწოდოს პაციენტს ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების მკურნალობის სერვისი. ეს მოიცავს:

- ოპიოიდებით მხარდამჭერი თერაპიის მიწოდება. ის პაციენტები, რომლებიც ამ თერაპიას საჭიროებენ უნდა გადამისამართდნენ ოპიოიდების აგონისტებით მხარდამჭერ მკურნალობაში.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისები რჩება ძირითად მაკოორდინირებელ სერვისად მანამ, სანამ სხვა სერვისი არ დათანხმდება, რომ მიიღოს პაციენტი.

- გართულებული აღკვეთის მდგომარეობის მართვა.

ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისებს შეუძლიათ, რომ ეფექტურად მართონ აღკვეთის მდგომარეობა ადრეულ ეტაპზე. ასეთ დროს შესაბამისი მენეჯმენტი გართულებული აღკვეთის მდგომარეობას ეფექტურად ამცირებს ან მის პრევენციას ახდენს. გართულებული აღკვეთის მდგომარეობა სიცოცხლისთვის საშიშია შემთხვევითი დაზიანებების, დეჰიდრატაციის, ელექტროლიტების დისბალანსის, კონვულსიების, თეთრი ცხელების (delirium tremens) ან სხვა კომორბიდული აშლილობის ნეგატიური გავლენის გამო, როგორცაა მწვავე ინფექცია, თირკმლის დაავადებები და დიაბეტი. მწვავე და გართულებული აღკვეთის მდგომარეობის მკურნალობა უნდა მოხდეს წამალდამოკიდებულების სერვისებთან კონსულტაციის შედეგად.

- ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების განგრძობადი კონსულტირება.

თუკი პაციენტი საჭიროებს ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებულ უფრო ხანგრძლივ კონსულტირებას, რომელიც ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის შესაძლებლობას სცილდება, პაციენტი უნდა გადამისამართდეს წამალდამოკიდებულების სპეციალიზებულ სერვისში.

### **ზრუნვის გეგმის საკვანძო კომპონენტები**

- პრობლემები/საკითხები/სიძლიერე: მათი იდენტიფიცირება ხდება ბიო-ფსიქო-სოციალური შეფასებიდან და პასუხობს, როგორც ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებს მკურნალობის ერთ გეგმაში.
- ამოცანები/მიზნები: უნდა ეფუძნებოდეს SMART მიდგომას (სპეციფიკური, გაზომვადი, მიღწევადი, რეალისტური, დროში განსაზღვრული).
- ინტერვენცია: ეს აღწერს შეთავაზებულ მკურნალობას და სტრატეგიებს, რომელიც უნდა მიეწოდოს პაციენტს. ინტერვენცია უნდა შეესაბამებოდეს პაციენტის ცვლილების დონესა და მოტივაციას. უნდა იყვნენ ჩართულები სპეციფიკური ინტერვენციის განხორციელებაზე პასუხისმგებელი პირები/სააგენტოები და უნდა გაიგეგმოს მკურნალ პროფესიონალების შორის გუნდური შეხვედრა.
- განხილვის თარიღი: ეს არის თარიღი, თუ როდის უნდა გადაიხედოს შემდეგი მკურნალობის გეგმა.
- განხილვა და ხელახალი შეფასება: პაციენტის, როგორც ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ისე ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების, მკურნალობის რეგულარული განხილვა.
- უნდა შეიქმნას განხილვის და შეფასების პროტოკოლები. შესაბამისი ზომები უნდა იქნას მიღებული საჭირო ინტერვალებში (განხილვა-გადახედვის 90 დღიანი ციკლი, მომსახურების სტატუსის ცვლილება ან ახალი მომსახურების ეპიზოდი). ეს მოიცავს ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების ხელახალ შეფასებას. პაციენტის მიერ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება ცვალებადია და მოხმარების კარგად დოკუმენტირებული პატერნები სასარგებლოა მკურნალობის დაგეგმვისთვის და კრიზისის მენეჯმენტისთვის. ასევე, შეიძლება გამოყენებულ იქნას პაციენტის პროგრესის ინდიკატორად. რეგულარული ხელახალი შეფასებები უნდა განხორციელდეს და პაციენტს მიეცეს უკუკავშირი მოხმარების დონის შესახებ და მიეწოდოს მოტივაციური ინტერვენცია, რათა დავეხმაროთ, შეცვალოს მოხმარების ქცევა.
- განხილვის შედეგი: კლინიკური ინტერვენციის პროგრესი/გამოსავალი უნდა იყოს დოკუმენტირებული თითოეულ კლინიკურ განხილვაზე და დაიგეგმოს დამატებითი ინტერვენცია და/ან მონიტორინგი, თუ საჭიროა.

- დასრულების თარიღი: ინტერვენციის დასრულების თარიღი უნდა დოკუმენტირდეს და ცალსახად დაიწეროს, რომ ინტერვენცია შეწყდა.

### რეციდივის პრევენციის გეგმა

მომხმარებელზე ზრუნვის გეგმა უნდა შეიცავდეს რეციდივის პრევენციისა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან ან ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული კრიზისის მენეჯმენტის სტრატეგიებს. სტანდარტიზებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის ფორმები მოიცავს: რეციდივის პრევენციის გეგმას, რომელიც ხაზს უსვამს მომხმარებლის რეციდივის რისკების დეტალურ აღწერას, ასევე მომხმარებლის მსგავს სიტუაციებთან გამკლავების სტრატეგიებს. კლინიცისტი ექიმები უნდა ადგენდნენ რეციდივის პრევენციის გეგმას ყველა მომხმარებლისთვის და აწვდიდნენ მათ ორმაგი დიაგნოზის პრობლემის მოგვარების გზებს, ამ გეგმის ფარგლებში. ყველა დაწესებულება, რომელიც მომხმარებლის ზრუნვის გეგმას ადგენს, თავადაც უნდა იყოს ჩართული ზრუნვის გეგმის შედგენაში და ასევე სააგენტოებს შორის უნდა ხდებოდეს ამ ინფორმაციის გაზიარება. მომხმარებელზე ზრუნვა მნიშვნელოვანი და საჭიროა. მომხმარებელზე ზრუნვის ფარგლებში შესაბამის სააგენტოებს უნდა მიეწოდოთ რეციდივის პრევენციის გეგმის ასლი.

ეს გეგმა შეიძლება მოიცავდეს:

- ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესანარჩუნებელ სტრატეგიებს (მაგ.: სტრესის შემცირება ან ფიზიკური აქტივობა);
- აბსტინენციის შენარჩუნების/ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შემცირების სტრატეგიებს (მაგ.: ფსიქოაქტიურ ნივთიერებაზე უარის თქმის უნარები ან ლტოლვის მართვა);
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის/ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების რეციდივის ტრიგერების იდენტიფიცირებას (მაგ.: წამლის მიღების შეწყვეტა ან სამსახურის დაკარგვა);
- რეციდივის ადრეული გამაფრთხილებელი ნიშნების იდენტიფიცირებას (მაგ.: ბარში განმეორებითი ვიზიტი ან ჰალუცინოგენების მოხმარების განახლება);
- ადრეული გამაფრთხილებელი ნიშნების მართვის სტრატეგიებს/მოქმედებებს (მაგ.: შემთხვევის მენეჯერთან დაკონტაქტება ან ალკოჰოლზე დამოკიდებული ადამიანების ანონიმურ ჯგუფში ვიზიტი);
- სხვა პროფესიონალების როლს.

### თერაპიული მიდგომა და ინტერვენციები ორმაგი დიაგნოზებისთვის

ქცევითი თერაპიის რამდენიმე სახეობამ აჩვენა დამაიმედებელი შედეგები ორმაგი დიაგნოზების მკურნალობაში. ეს მიდგომები შეიძლება მორგებული იყოს პაციენტზე მისი ასაკის, კონკრეტული ფსიქოაქტიური საშუალების საზიანო მოხმარების და სხვა ფაქტორების გათვალისწინებით. მათი გამოყენება შესაძლებელია ცალკე ან მედიკამენტებთან ერთად. ქცევითი თერაპიების ეფექტურ სახეობებს შორის, რომლებიც გამოიყენება ორმაგი დიაგნოზების სამკურნალოდ, არის:

- კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპია, რომელიც ხელს უწყობს საზიანო რწმენებისა და ქცევების შეცვლას.

- დიალექტიკური ქცევითი თერაპია, რომელიც შეიქმნა სპეციალურად თვითდამაზიანებელი ქცევების შესამცირებლად, მათ შორის სუიციდის მცდელობების, აზრების ან ლტოლვის ჩათვლით; ასევე, ჭრილობის მიყენების და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შემცირებისთვის.
- ასერტიული სათემო მკურნალობა ხაზს უსვამს საზოგადოებასთან ურთიერთობას და მკურნალობისადმი ინდივიდუალურ მიდგომას.
- თერაპიული სათემო გაერთიანებები, თერაპიული კომუნები არის გრძელვადიანი რეზიდენტული მკურნალობის საერთო ფორმა, რომელიც ფოკუსირებულია პიროვნების „რესოციალიზაციაზე“.
- გაუთვალისწინებელი/გადაუდებელი შემთხვევების მართვა - იგივე წახალისებაზე ორიენტირებული მკურნალობა - აძლევს ვაუჭერებს ან ჯილდოებს იმ ადამიანებს, რომლებიც ჯანსაღ ქცევას ახორციელებენ.

ინტერვენციის გეგმა დგება პაციენტის მზაობის შესაბამისად. მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, პაციენტი ქცევის ცვლილების რომელ საფეხურზე იმყოფება, რათა დაიგეგმოს შესაბამისი ინტერვენციები. ქვემოთ მოყვანილია .

ცხრილი 5, სადაც ასახულია ქცევის ცვლილების საფეხურის შესაბამის ინტერვენციები.

#### ცხრილი 5. ქცევის ცვლილების შესაბამისი სამაგალითო ინტერვენციები

ცვლილების ეტაპი	მახასიათებლები	ტექნიკები
<b>ფიქრის წინა</b>	ამჟამად არ განიხილავს ცვლილებას: „ <i>ბედნიერი ვარ იმით, როგორც მიდის საქმეები, მაღლობა.</i> “	გამოიყენეთ არაგანსჯადი, ინფორმაციის მიმწოდებელი მიდგომა. დაიწყეთ დისკუსია და გაიგეთ როგორია პაციენტის მიერ აღქმული, ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული სარგებელი და ასევე უარყოფითი მხარეები. დაეთანხმეთ მათ არჩევანს და მიაწოდეთ ინფორმაცია ინფორმირებული გადაწყვეტილების მისაღებად, მაგალითად: მიეცით რჩევები ალკოჰოლის უსაფრთხო მოხმარების, უსაფრთხო ინექციების და ზოგადად ინექციური მოხმარების ალტერნატივების შესახებ.  აიღეთ ნებართვა ამ საკითხის მომავალში განსახილველად და უთხარით, რომ სხვა დროს ამ თემაზე დამატებით იმსჯელებთ.
<b>ფიქრის</b>	ცვლილების მიმართ ამბივალენტურია: ყოყმანობს  მომავალში განიხილავს ქცევის ცვლილებას	გამოიყენეთ მოტივაციური ინტერვიუება (MI); განიხილეთ ნარკოტიკის მოხმარების დადებითი და უარყოფითი მხარეები. განიხილეთ ნარკოტიკის მოხმარების შეწყვეტის დადებითი და უარყოფითი მხარეები.  დისონანსისთვის, განსაკუთრებით ხაზი გაუსვით მოხმარების უარყოფით მხარეებს და იყავით მკაფიო (მაგალითად, უთხარით, რომ შეიძლება ციხეში ან კლინიკაში

		<p>აღმოჩნდეს, დაკარგოს სამსახური, დარჩეს ქირის ან საჭმლის ფულის გარეშე). ხაზგასმით აღნიშნეთ ნარკოტიკის მოხმარების შეწყვეტის უპირატესობები და კონცენტრირდით იმაზე, თუ რა სურს პაციენტს (სასჯელისგან თავის არიდება, ბავშვების მონახულება თუ უკეთესი ცხოვრება).</p>
<b>მომზადების</b>	<p>აქვს ცვლილების გარკვეული გამოცდილება და ცდილობს შეიცვალოს გეგმავს ქვევის ცვლილებას 1 თვის განმავლობაში</p>	<p>გამოიყენეთ MI; განიხილეთ პაციენტის მიზნები ცვლილებასთან მიმართებით (განიხილეთ რას მიიღებენ ისინი ამ ცვლილებით) და წახალისეთ მის განსახორციელებლად. კონცენტრირდით წარსულ წარმატებებზე (მაგალითად, განიხილეთ შემთხვევები, როდესაც შეეცადნენ, შეეწყვიტათ მოხმარება და გამოუვიდათ). დაეხმარეთ პაციენტს ამ ცვლილების დაგეგმვაში. განიხილეთ შესაძლო დაბრკოლებები და მათი გადაჭრის სტრატეგიები.</p> <p>იყავით ემპათიური და აღიარეთ პაციენტთან, რომ ცვლილები ზოგჯერ შეიძლება ცოტა საშიში აღმოჩნდეს - აღნიშნულის ვალიდაცია მოახდინეთ პაციენტთან.</p>
<b>მოქმედების</b>	<p>ახორციელებს ახალ ქვევას 3-6 თვის განმავლობაში</p>	<p>პაციენტთან ერთად განიხილეთ ვინ შეიძლება იყვნენ მათი სოციალური მხარდამჭერები, პრობლემასთან გამკლავების რა უნარები აქვთ და მომავალში გეგმების განხორციელებისთვის ხელისშემშლელი რა ფაქტორები არსებობს.</p> <p>გამოხატეთ ემპათია - შეისწავლეთ ნებისმიერი დანაკარგის და მწუხარების გრძნობა, რომელიც ცვლილებასთან შეიძლება იყოს დაკავშირებული. განიხილეთ ეს საკითხები ცვლილების პროცესის შემადგენელ ნაწილად და საჭიროებისამებრ გადახედეთ ხოლმე, მათ შორის მედიკამენტებსა და პაციენტის გუნება-განწყობას.</p> <p>თვითეფექტურობის ჩამოყალიბება - შეახსენეთ პაციენტს მისი ადრინდელი მიღწევები. ერთობლივად განიხილეთ სამომავლო სირთულეები და მათთან გამკლავების გზები.</p>
<b>შენარჩუნების</b>	<p>ახალი ქვევის შესანარჩუნებლად განაგრძობს მის შესრულებას</p> <p>შენარჩუნების ეტაპი: 6 თვიდან - 5 წლამდე შეიძლება გაგრძელდეს</p>	<p>წახალისეთ პაციენტი განსაზღვროს ის დადებითი ცვლილებები, რომელიც შესაძლოა უკვე გამოვლინდა და ასევე ნარკოტიკის მოხმარების უარყოფითი ზეგავლენა, რომელმაც შესაძლოა თავი იჩინა მოხმარების შეწყვეტის შემდეგ.</p> <p>დაგეგმეთ შემდგომი მხარდაჭერა. განაგრძეთ პაციენტის თვითეფექტურობის ჩამოყალიბება. მაგ: შეახსენეთ პაციენტს მისი წინარე წარმატებები და ჩამოაყალიბეთ ალტერნატიული გეგმა შეცვლილი და უკვე დამდგარი სიტუაციების გათვალისწინებით (მაგ.: ფიტნეს-პროგრამის დაწყება, სამსახურის შოვნა).</p>

		რეციდივთან გამკლავება განიხილეთ, როგორც სტანდარტული საუბრის ნაწილი. იმსჯელეთ რთულ სიტუაციებზე და შესთავაზეთ როლური თამაში ახალი უნარების გასავარჯიშებლად.
<b>რეციდივი</b>	ძველი ქვევის განახლება ე.წ. “წაცდენა”, ნებისმიერ ეტაპზე შეიძლება მოხდეს რაც	<p>გამოხატეთ ემპათია. შეაფასეთ რეციდივის ტრიგერები და პაციენტს განუმარტეთ, რომ ეს ნორმალურია და კიდევ ბევრი რამეა სასწავლი გამოცდილებიდან.</p> <p>თვითეფექტურობის ჩამოყალიბება - მიულოცეთ ცვლილების წარმატებით განხორციელება და მისი შენარჩუნება. წახალისეთ, რათა ცვლილება განიხილონ, როგორც მთავარი მიზანი.</p> <p>გადააფასეთ მოტივაცია და არსებული ბარიერები. გადააფასეთ გამკლავების სტრატეგიები და საჭიროებიდან გამომდინარე შეცვალეთ ისინი.</p>

**მკურნალობის (ფარმაკოთერაპიის) რეკომენდაციები სპეციფიკური მდგომარეობებისთვის**

ბრიტანეთის ფსიქოფარმაკოლოგიის ასოციაციის გაიდლაინები, რომელიც მოწოდებულია ნარკოტიკების საზიანო მოხმარების, დამოკიდებულებისა და ფსიქიატრიული აშლილობების თანმხლები დაავადების სამკურნალოდ, ძირითადად, ფოკუსირებულია მათ ფარმაკოლოგიურ მენეჯმენტზე. გაიდლაინები ცალსახად ეფუძნება არსებულ მტკიცებულებებს და წარმოდგენილია როგორც რეკომენდაციები, რომელთა მიზანია მტკიცებულებების დეტალურ მიმოხილვასთან ერთად, დაეხმაროს პრაქტიკოსებს კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებაში. ქვემოთ წარმოდგენილი რეკომენდაციების სიძლიერე განისაზღვრება არსებული მტკიცებულებების საფუძველზე და დაყოფილია კატეგორიებად (ცხრილი 6).

**ცხრილი 6. მიზეზ-შედეგობრივი კავშირებისა და მკურნალობის მტკიცებულებების კატეგორიები**

<b>Ia</b>	მტკიცებულებები მიღებულია მეტა-ანალიზებისა და რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევებიდან
<b>Ib</b>	მტკიცებულებები მიღებულია სულ მცირე ერთი რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევიდან
<b>IIa</b>	მტკიცებულებები მიღებულია სულ მცირე ერთი არარანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევიდან
<b>IIb</b>	მტკიცებულებები მიღებულია სულ მცირე ერთი სხვა ტიპის კვაზი-ექსპერიმენტული კვლევიდან
<b>III</b>	მტკიცებულებები მიღებულია არაექსპერიმენტული აღწერითი კვლევიდან, როგორცაა შედარებითი კვლევები, კორელაციის და შემთხვევა-კონტროლით კვლევები
<b>IV</b>	მტკიცებულებები მიღებულია ექსპერტთა კომიტეტის ანგარიშებიდან ან მოსაზრებებიდან და/ან ავტორიტეტული ინსტიტუციის კლინიკური გამოცდილებიდან
<b>შემთავაზებულ მტკიცებულებათა კატეგორიები მიღებული დაკვირვებითი კვლევებიდან</b>	
<b>I</b>	მტკიცებულებები მიღებული დიდი, წარმომადგენლობითი, პოპულაციური შერჩევის კვლევებიდან



II	მტკიცებულებები მიღებული მცირე, კარგი დიზაინის, მაგრამ არა აუცილებლად წარმომადგენლობითი შერჩევის კვლევებიდან
III	მტკიცებულებები მიღებული არა-წარმომადგენლობითი კვლევებიდან, შემთხვევის ანგარიშებიდან
IV	მტკიცებულებები მიღებულია ექსპერტთა კომიტეტის ანგარიშებიდან ან მოსაზრებებიდან და/ან ავტორიტეტული ინსტიტუციის კლინიკური გამოცდილებიდან
<b>რეკომენდაციების სიძლიერე</b>	
A	ეფუძნება უშუალოდ I კატეგორიის მტკიცებულებებს
B	ეფუძნება უშუალოდ II კატეგორიის მტკიცებულებს ან I კატეგორიის მტკიცებულებების ექსტრაპოლირებულ რეკომენდაციებს
C	ეფუძნება უშუალოდ III კატეგორიის მტკიცებულებებს ან I ან II კატეგორიის მტკიცებულებების ექსტრაპოლირებულ რეკომენდაციებს
D	ეფუძნება უშუალოდ IV კატეგორიის მტკიცებულებებს ან I, II ან III კატეგორიის მტკიცებულებების ექსტრაპოლირებულ რეკომენდაციებს
S	მოვლის სტანდარტი <sup>11</sup>

**რეკომენდაციები: ბიპოლარული აშლილობა □**

- უმკურნალეთ ბიპოლარული აშლილობის სხვადასხვა ფაზას, როგორც რეკომენდებულია გაიდლაინებში; თუმცა, შეაფასეთ ნივთიერების მოხმარების წვლილი ჰიპომანიაში ან მანიაში და გაითვალისწინეთ, საჭიროა თუ არა აღკვეთის მდგომარეობის მედიკამენტური მხარდაჭერით მკურნალობა (S).
- გადახედეთ ბიპოლარული აშლილობის ფარმაცოთერაპიას, განსაკუთრებით თუ მხოლოდ ლითიუმს იღებს და განიხილეთ ნატრიუმის ვალპროატის (D) დამატება.
- შესთავაზეთ ნალტრექსონი, რათა დაეხმაროთ პაციენტებს შეამცირონ ალკოჰოლის მოხმარება (C). შესთავაზეთ აკამპროზატი, თუ ნალტრექსონი არ იქნება ეფექტური, რათა დაეხმაროთ პაციენტებს სიფხიზლის შენარჩუნებაში (D).
- განიხილეთ დისულფირამი, თუ პაციენტს სურს სიფხიზლე და თუკი აკამპროზატი და ნალტრექსონი წარუმატებელი აღმოჩნდა. პაციენტს უნდა შეეძლოს გააცნობიეროს დისულფირამის მიღების რისკი და გააკონტროლოს თავისი განწყობა (D).

**რეკომენდაციები: შიზოფრენია**

- ნივთიერების საზიანო მოხმარების ან დამოკიდებულების უარყოფითი გავლენა შიზოფრენიით დაავადებულ პაციენტებზე მოითხოვს, რომ შეფასდეს მათი ნივთიერების მოხმარება და მკურნალობა ასევე ფოკუსირებული იყოს ნებისმიერი ნივთიერების საზიანო მოხმარებაზე ან დამოკიდებულებაზე (S). ანტიფსიქოზური მედიკამენტების დანიშვნა უნდა მოხდეს არსებული გაიდლაინების მიხედვით, მაგალითად NICE<sup>12</sup> ან BAP<sup>13</sup> (D).
- კლოზაპინი გასათვალისწინებელია ნივთიერებების მუდმივი საზიანო მოხმარების ან დამოკიდებულების მქონე პაციენტებში, რადგან ცნობილია, რომ ის ამცირებს ნივთიერების მოხმარებას და აუმჯობესებს ფსიქოზის მიმდინარეობას, მაგრამ ეს მონაცემები ჯერ კიდევ წინასწარი შედეგებია (D).

<sup>11</sup> დიაგნოსტიკური და მკურნალობის პროცესი, რომელიც გარკვეული ტიპის პაციენტის, ავადმყოფობის ან კლინიკური მდგომარეობის დროს უნდა იქნას დაცული კლინიკისტიის მიერ. მაგალიტად: ფილტვის კიბოს დამხმარე ქიმიოთერაპია არის „მოვლის ახალი სტანდარტი, მაგრამ არა აუცილებლად მოვლის ერთადერთი სტანდარტი“. New England Journal of Medicine, 2004.

<sup>12</sup> ინგლისის ჯანმრთელობისა და მოვლის მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინები <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines#:~:text=NICE%20guidelines%20are%20evidence%2Dbased,prevent%20ill%20health>

<sup>13</sup> ფსიქოფარმაკოლოგიის ბრიტანული ასოციაციის კონსენსუს გაიდლაინები - <https://www.bap.org.uk/guidelines>



- პაციენტის მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანო მოხმარებას უნდა ვუმკურნალოთ მედიკამენტებით: ოპიოიდებით მხარდამჭერი თერაპია, ალკოჰოლის მოხმარების რეციდივის პრევენციისთვის ისეთი მედიკამენტების გამოყენება, როგორცაა ნალტრექსონი ან აკამპროზატი, და მოწვევის შეწყვეტა ბუპროპიონის ან ვარენიკლინის (D) გამოყენებით.

**რეკომენდაციები: დეპრესია**

- ანტიდეპრესანტებმა შეიძლება გააუმჯობესონ განწყობა, მაგრამ არა აუცილებლად ფსიქოაქტიური ნივთიერებით გამოწვეული დარღვევა, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში, თუ მათი დეპრესია გამოწვეულია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანო მოხმარებით ან დამოკიდებულებით. ზოგადად, განწყობა გაუმჯობესდება მხოლოდ იმ ადამიანებში, ვისაც მნიშვნელოვანი დეპრესიული აშლილობა აქვს, ამ დროს ასეთ პაციენტებში ანტიდეპრესანტების გამოყენება უნდა შეიზღუდოს ან შემდგომში სიფრთხილით იქნას გამოყენებული მონიტორინგის ქვეშ (A).
- ყოვლისმომცველი შეფასება აუცილებელია იმის დასადგენად, თუ როგორ არის დაკავშირებული ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარება და დეპრესია (S).
- ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები (TCAs) არ არის რეკომენდებული TCA-სა და ფსიქოაქტიურ/ნარკოტიკულ ნივთიერებებს შორის პოტენციურად სერიოზული ურთიერთქმედების გამო, კარდიოტოქსიურობისა და ზედოზირების (S) ჩათვლით.
- განიხილეთ ანტიდეპრესანტის გამოყენება შერეული სეროტონინერგული/ნორადრენერგული ფარმაცოლოგიით, რადგან ამ წამლებმა შეიძლება მეტად გააუმჯობესონ განწყობა, ვიდრე სეროტონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორებმა, რომლებსაც არ აქვთ თანმიმდევრული სარგებელი განწყობის გაუმჯობესებაში (D).
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანო მოხმარების ან დამოკიდებულების სამკურნალოდ უნდა განიხილებოდეს მედიკამენტები, როგორცაა ოპიოიდური მხარდამჭერი თერაპია, ალკოჰოლის რეციდივის პროფილაქტიკის გამოყენება, როგორცაა ნალტრექსონი ან აკამპროზატი, ნიკოტინის ჩანაცვლებითი თერაპიის გამოყენება მოწვევის შეწყვეტისთვის (D).

**რეკომენდაციები: შფოთვა**

- იდეალურ შემთხვევაში, პაციენტებმა ჯერ უნდა გაიარონ ალკოჰოლის დეტოქსიკაცია (S). თუ დეტოქსიკაცია შეუძლებელია, შფოთვითი აშლილობის მკურნალობა მაინც უნდა სცადოთ: მიჰყევით გაიდლაინებს, რათა აირჩიოთ ყველაზე შესაფერისი ფარმაცოთერაპია მათი შფოთვითი აშლილობის სამართავად (B).
- შფოთვის სამკურნალოდ ბენზოდიაზეპინის გამოყენებამდე რეკომენდებულია ნარკოლოგის შეფასება (D).
- უნდა განიხილებოდეს პაციენტის მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერების საზიანო მოხმარების ან დამოკიდებულების სამკურნალო მედიკამენტები, როგორცაა ოპიოიდური მხარდამჭერი თერაპია, ალკოჰოლის რეციდივის პროფილაქტიკისთვის ისეთი საშუალებების გამოყენება, როგორცაა ნალტრექსონი ან აკამპროზატი (D).

**რეკომენდაციები: პიროვნული აშლილობა**

- პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტებს შეიძლება შესთავაზონ მკურნალობის ვარიანტების იგივე სპექტრი, როგორც პაციენტებს პიროვნული აშლილობის გარეშე (B).
- მაღალი რისკის ქცევა შენარჩუნებულია მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის მქონე პაციენტებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანო მოხმარების ან დამოკიდებულების წარმატებული მკურნალობის მიუხედავად და ასეთ პაციენტებს ასევე უნდა მიეწოდოთ

მკურნალობა, რომელიც მიზნად ისახავს პიროვნული აშლილობის (D) მდგომარეობის გაუმჯობესებას.

### **რეკომენდაციები: ახალგაზრდები**

- ახალგაზრდებში ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დარღვევების მკურნალობის შესახებ ისეთი მტკიცებულებები, რომლებზეც დაფუძნებულია რეკომენდაციები კონკრეტული ფარმაცოლოგიური მიდგომების წარმართვისთვის, შეზღუდულია.
- თუმცა, მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს ფარმაცოთერაპიის გათვალისწინება, განსაკუთრებით ალკოჰოლზე, ოპიოიდებზე ან ნიკოტინზე დამოკიდებულების დროს, იდეალურ შემთხვევაში, სპეციალისტის მულტიდისციპლინური სამსახურის მიერ.
- ფარმაცოლოგიური მკურნალობა უნდა შეესაბამებოდეს და მისდევდეს არსებულ მტკიცებულებებს ზრდასრული მოსახლეობისათვის ასაკთან დაკავშირებული ფარმაცოკინეტიკური და ფარმაცოდინამიკური ცვლილებების შესაბამისად დოზის შესწორებით (C).
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანო მოხმარების ან დამოკიდებულების მქონე ახალგაზრდებს უნდა ჩაუტარდეთ ჯანმრთელობის სრული სკრინინგი ფსიქიატრიული ან ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემების იდენტიფიცირებისთვის და მათ სამკურნალოდ (S).
- უნდა არსებობდეს სტაციონარული შეფასებისა და მკურნალობაში ჩართვის დაბალი ბარიერი, მაგალითად, ალკოჰოლური ალკვეთის მდგომარეობისთვის, ოპიოიდური სტაბილიზაციისთვის ახალგაზრდებში (D)

### **ალკვეთის ნიშნები**

ალკვეთის მდგომარეობის მენეჯმენტი 24-48 საათიდან 2-3 კვირის განმავლობაში შეიძლება გაგრძელდეს, მოხმარებული მთავარი ნივთიერების და მასზე დამოკიდებულების სიმძიმის გათვალისწინებით (ცხრილი 7). ალკვეთის მდგომარეობის მართვა/დეტოქსიკაცია შეიძლება განხორციელდეს:

- სახლში, ჯანმრთელობის ან პერსონალური მოვლის სპეციალისტის მხარდაჭერით, თუ ალკვეთის მდგომარეობა მსუბუქია და გართულება არ არის მოსალოდნელი
- ამბულატორიულ გარემოში
- არასამთავრობო ორგანიზაციების სერვისების ბაზაზე, ორგანიზებულ სათემო რეზიდენტულ გარემოში
- ზოგადი და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაწესებულებებში (როცა მთავარი დიაგნოზის შემდეგ ალკვეთის მენეჯმენტი მეორადი პრობლემაა)
- სპეციალიზებულ ალკვეთის მართვის დაწესებულებებში (მიზანშეწონილია ალკვეთის მდგომარეობის კომპლექსური სიმპტომების შემთხვევაში, რომელიც საჭიროებს მაღალი დონის სამედიცინო დახმარებას და მოვლის მხარდაჭერას)

## ცხრილი 7. ალკვეთის მდგომარეობის ნიშნები

### წამლების ურთიერთქმედება

მნიშვნელოვანია, რომ ნარკოლოგებმა/ადიქტოლოგებმა იცოდნენ, რომ ალკოჰოლისა და სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარებას, ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევებს და დანიშნულ ფსიქიატრიულ მედიკამენტებს შორის რთული და დინამიკური კავშირია. შეფასების ფაზაში სპეციალისტებმა უნდა გამოიკვლიონ მედიკამენტების გავლენა ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისას და პირიქით, ასევე ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების გავლენა ფსიქიკური ჯანმრთელობის სიმპტომებზე. ამგვარი განმარტება ხელს შეუწყობს ყოვლისმომცველი მართვისა და მკურნალობის გეგმის შესაბამისი მიზნების

ფსიქოაქტიური ნივთიერება/ალკოჰოლი	მოქმედების დაწყების დრო	ხანგრძლივობა	მახასიათებლები
<b>ალკოჰოლი</b>	როგორც კი სისხლში ალკოჰოლი დაეცემა: დამოკიდებულია ალკოჰოლის დაცემის დონეზე და ბოლო დალევადან გასულ დროზე	3-7 დღე (14 დღემდე მწვავე ალკვეთის მდგომარეობის დროს)	შფოთვა, აჟიტირება, ოფლიანობა, ტრემორი, გულისრევა, ღებინება, დიარეა, ანორექსია, ნარკოტიკის მიღების სურვილი/ლტოლვა, უძილობა, გაზრდილია სისხლის წნევა, პულსი და ტემპერატურა, თან ახლავს თავის ტკივილი, კონფუზია, მუცლის სპაზმი, აღქმის დამახინჯება, დეზორიენტაცია, ჰალუცინაციები. შეიძლება გამოვლინდეს სიცოცხლისთვის საშიში კრუნჩხვები
<b>ბენზოდიამიდეგები</b>	1-10 დღე (დამოკიდებულია ნარკოტიკის ნახევარდაშლაზე)	3-6 კვირამდე (შეიძლება უფრო ხანგრძლივიც იყოს)	შფოთვა, თავის ტკივილი, უძილობა, კუნთების ტკივილი და დროგამოშვებითი აღქმის ცვლილებები, არარეალობის განცდა, დეპერსონალიზაცია. შეიძლება გამოვლინდეს სიცოცხლისთვის საშიში კრუნჩხვები
<b>ოპიოიდები</b>	6-24 სთ (გრძელვადიანი მოქმედების ოპიოიდების მოხმარების შემთხვევაში შეიძლება გახანგრძლივდეს)	პიკს აღწევს 2-4 დღეში, მოქმედება წყდება 5-10 დღეში (უფრო ხანგრძლივია გრძელვადიანი მოქმედების ოპიოიდების მოხმარებისას)	შფოთვა, ლტოლვა, კუნთის სპაზმი, კუნთების და ძვლების ტკივილი, ძილის დარღვევა, ოფლიანობა, შეხურება და შემცივნება, პილორექცია, მოქნარება, ლაკრიმაცია და რინორეა, მუცლის სპაზმი, გულისრევა, ღებინება, დიარეა, პალპიტაციები, გაზრდილი სისხლის წნევა და პულსი, გაფართოებული თვალის გუგები.
<b>კანაფი</b>	24 საათის განმავლობაში	1-2 კვირა	უძილობა, კანკალი, გაღიზიანებადობა, მოუსვენრობა, შფოთვა, ბრაზი, აგრესია
<b>ფსიქოსტიმულატორები</b>	6-12 სთ (კოკაინი); 12-24 სთ (ამფეტამინები)	რამდენიმე კვირა გრძელდება ალკვეთის მდგომარეობა, შემდეგი რამდენიმე თვე მოხმარებისთვის თავის დანებება	3 ფაზა. შეჯახება: დაღლილობა, ემოციური გაშეშება (flat effect), გაზრდილი ძილიანობა, შემცირებული ნარკოტიკის მიღების სურვილი. ალკვეთის მდგომარეობა: მერყევი გუნება-განწყობა და ენერჯის დონე, ლტოლვა, ძილის დარღვევა, კონცენტრაციის სირთულეები. თავის დანებება: ალკვეთის მდგომარეობის სიმპტომების მიმართ გამძლეობა, მოხმარების თანდათან შემცირება

მიხედვით შესრულებას (Marsh, et al., 2013) ალკოჰოლისა ან სხვა ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარების სპეციალისტებმა ასევე უნდა იცოდნენ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასა და

დანიშნულ მედიკამენტებს შორის პოტენციური ურთიერთქმედების შესახებ. **ცხრილი 8** მოცემულია ზოგიერთი ურთიერთქმედება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასა და დანიშნულ მედიკამენტს შორის მაგრამ ეს სია არ არის ამომწურავი. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების სპეციალისტებმა ასევე უნდა გაითვალისწინონ, რომ პოლინარკოტიკების მოხმარება ხშირია ალკოჰოლისა ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დარღვევის მქონე პაციენტებში და შესაძლოა რთული იყოს ნარკოტიკების პოტენციური ურთიერთქმედების გარკვევა (Darke, 2011). ანალოგიურად, ბევრი ნარკოტიკი შედგება სხვადასხვა ნივთიერებისგან (მაგ., ამფეტამინებისგან), რაც ართულებს ურთიერთქმედების პოტენციალის შეფასებას (NSW Department of Health, 2007). ამიტომ, პაციენტების მართვისა და მკურნალობისას, თანმხლები ალკოჰოლისა ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დარღვევის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პაციენტების შემთხვევაში, ადიქციის სპეციალისტებმა უნდა გაითვალისწინონ მოხმარებული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დონე და ტიპი (განსაკუთრებით ალკოჰოლი), რადგან მკურნალობისას შეიძლება გამოვლინდეს (NICE, 2011):

- გამოწერილი მედიკამენტების მეტაბოლიზმის შეცვლა.
- ეფექტურობის შემცირება და/ან გვერდითი ეფექტების პოტენციალის გაზრდა.

რეკომენდაცია:

- გააფრთხილეთ პაციენტი ფსიქოაქტიური ნივთიერებებს და დანიშნულ მედიკამენტებს შორის პოტენციური ურთიერთქმედების შესახებ.
- განიხილეთ პრობლემები და პოტენციური საფრთხეები არარეცეპტული ალკოჰოლისა ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისას დანიშნული მედიკამენტების ეფექტების ან გვერდითი ეფექტების შესახებ.

ქვემოთ მოყვანილ ცხრილებში (9 და 10) წარმოდგენილია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესაძლო ურთიერთქმედება მეთადონთან და ბუპრენორფინთან.

**ცხრილი 8. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების და მედიკამენტების ურთიერთქმედება**

ფსიქოაქტიური ნივთიერების ტიპი	მედიკამენტების პოტენციური ურთიერთქმედება	გართულებები
<b>დეპრესანტები</b>		
<b>ცენტრალური ნერვული სისტემის დეპრესანტები</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ალკოჰოლი</li> <li>• ბენზოდიასეპინები</li> <li>• ოპიატები</li> <li>• ანტიფსიქოზურები</li> </ul>	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები  მონოამინ ოქსიდაზას ინჰიბიტორები  სეროტონინის სელექციური უკუმიტაცების ინჰიბიტორები	ზედოზირების ალბათობა მნიშვნელოვნად იზრდება. ალკოჰოლთან ერთად მოხმარებისას იზრდება ბენზოდიასეპინების სედაციური ეფექტი. შესაძლებელია შემცირდეს ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების ეფექტები.
<b>ალკოჰოლით თრობა ან ადკვეთის მდგომარეობა</b>	ლითიუმის კარბონატი	ელექტროლიტების ბალანსის დარღვევის რისკი. ბიპოლარული აშლილობის მქონე ადამიანებში ლითიუმით ინტოქსიკაციის რისკი.

ბენზოდიაზეპინებით ან ალკოჰოლით გამოწვეული ალკვეთის მდგომარეობა	ანტიფსიქოზურები ანტიდეპრესანტები	კრუნჩხვების დაბალი ზღვარი, რაც ზრდის კრუნჩხვების რისკს
<b>სტიმულატორები</b>		
სტიმულანტები (მაგ.: ამფეტამინები, კოფეინი, კოკაინი, ექსტაზი)	მონოამინ ოქსიდაზას ინჰიბიტორები	შეუძლია გამოიწვიოს ჰიპერტენზიული (სისხლის მაღალი წნევა) კრიზი
სტიმულანტები	ანტიდეპრესანტები	ეფექტები შეიძლება შენელებს/შეწყდეს
ექსტაზი	ანტიდეპრესანტები	დაკავშირებულია სეროტონინის დიდ რაოდენობასთან, ჰალუცინაციებთან, მანიასთან, ჰიპერტენზიასთან, გულისრევასთან, კუნთების დაძაბულობასთან, ტრემორთან (სეროტონინის სინდრომი).
<b>კანაბინოიდები</b>		
კანაბინოიდები	ანტიფსიქოზურები	ზრდის ფსიქოზების ინტენსივობას და სიხშირეს
კანაფი	ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები ბენზოდიაზეპინები	ზრდის სედაციურ ეფექტებს
კანაფი	ახალი (ატიპური) ანტიდეპრესანტები	შეუძლია გაზარდოს მანიის, ფსიქოზის და გაფანტულობის სიმპტომები

**ცხრილი 9. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესაძლო ურთიერთქმედება მეთადონთან**

ფსიქოაქტიური ნივთიერება	ურთიერთქმედების სტატუსი	ეფექტი	მექანიზმი
ალკოჰოლი	გაზრდილი სედაცია	ცენტრალური ნერვული სისტემის (ცნს) დათრგუნვა	
ბარბიტურატები	საშუალო	ამცირებს მეთადონის დონეს, ზრდის სედაციას	ამლიერებს ღვიძლის მეტაბოლიზმს, ამლიერებს ცნს-ის დათრგუნვას
ბენზოდიაზეპინები		ამლიერებს სედაციურ ეფექტებს	ამლიერებს ცნს-ის დათრგუნვას
ბუპრენორფინი		ანტაგონისტური ეფექტი	შეიძლება უსაფრთხოდ გამოიყენოთ დაბალი დოზებით (დღეში არაუმეტეს 20 მგ-ისა) მეთადონის მკურნალობაში
კარბამაზეპინი	საშუალო	ამცირებს მეთადონის დონეს	აჩქარებს ღვიძლის მეტაბოლიზმს, დღეში ორჯერადი დოზირების მეთადონის რეჟიმი შეიძლება იყოს საჭირო
ქლორალჰიდრატი		ზრდის სედაციას	ამლიერებს ცნს-ის დათრგუნვას
ქლორმეთიაზოლი		ზრდის სედაციას	ამლიერებს ცნს-ის დათრგუნვას
ციმეტიდინი	საშუალო	შესაძლოა გაიზარდოს მეთადონის დონე	ახდენს მეთადონის მეტაბოლიზმში ჩართული ღვიძლის ფერმენტების დათრგუნვას
ციზაპრიდი დომპერიდონი მეტოკლოპრამიდი		მორფინის მოქმედების დაწყების სიჩქარე და სედაციური ეფექტი იზრდება ამ პრეპარატებთან ერთად გამოყენებისას	უცნობია

ციკლიცინი	მწვავე	ოპიატებთან ერთად ინექცია იწვევს ჰალუცინაციებს	უცნობია
კოდეინი		აძლიერებს სედატიურ ეფექტს	აძლიერებს ცნს-ის დათრგუნვას
დეზიპრამინი	საშუალო	ზრდის დეზიპრამინის ეფექტს (2-ჯერ)	უცნობია. ურთიერთქმედება არ გამოვლინდა სხვა ტრიციკლურ ანტიდეპრესანტებთან
დექსტროპროპოქსიპენი		აძლიერებს სედატიურ ეფექტებს	აძლიერებს ცნს-ის დათრგუნვას
დისულფირამი	მოერიდეთ ალკოჰოლის შემცველი მეთადონის ფორმულასთან კომბინაციას (გადაამოწმეთ მწარმოებლებთან)	ძალიან უსიამოვნო რეაქცია ალკოჰოლის მიმართ, რომელიც შეიძლება საგანგაშო იყოს	ანელებს მეთადონის მეტაბოლიზმს, იწვევს მეტაბოლიტების დაგროვებას
ერთრომიცინი	თეორიულად, ინტერაქციაში შედის, მაგრამ შესწავლილი არაა კომბინაცია	ზრდის მეთადონის დონეს	ანელებს მეთადონის მეტაბოლიზმს
ფლუკონაზოლი	თეორიულად იგივეა, რაც კეტოკონაზოლი		
ფლუოქსეტინი სეტრალინი	კლინიკურად მნიშვნელოვანი, მაგრამ არა იმდენად, რამდენადაც ფლუოქსამინი	ზრდის მეთადონის დონეს	ანელებს მეთადონის მეტაბოლიზმს
ფლუოქსამინი	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ზრდის მეთადონის დონეს	ანელებს მეთადონის მეტაბოლიზმს
გრეიფრუტის წვენი	თეორიულად შეიძლება ურთიერთქმედებაში შევიდეს, დაფიქსირდა რამდენიმე ცალკეული შემთხვევა	ზრდის მეთადონის დონეს	ანელებს მეთადონის მეტაბოლიზმს
ინდინავირი	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ზრდის მეთადონის დონეს	ანელებს მეთადონის მეტაბოლიზმს
კეტოკონაზოლი	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ზრდის მეთადონის დონეს	ანელებს მეთადონის მეტაბოლიზმს
მონოამინური ოქსიდაზას ინჰიბიტორები ანტიდეპრესანტები, მათ შორის მოკლობამიდი და სელეგილინი	მწვავეა პეთიდინის მიღებისას, იშვიათი მეთადონის მოხმარებისას, ერთდროული მოხმარება არ უნდა მოხდეს.	ცნს აგზნება, დელირიუმი, ჰიპერპირექსია, კონვულსიები ან სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვა	უცნობია
ნალტრექსონი	მწვავე	ზედოზირების დროს ცვლის მეთადონის ეფექტებს	ოპიატების ანტაგონისტი მოქმედებს ოპიოიდების რეცეპტორების საპირისპიროდ



ნალოქსონი	მწვავე	ზედოზირების დროს ცვლის მეთადონის ეფექტებს	ოპიატების ანტაგონისტი მოქმედებს ოპიოიდების რეცეპტორების საპირისპიროდ
ნევირაპინი	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ამცირებს მეთადონის დონეს	ამლიერებს მეთადონის მეტაბოლიზმს
ნიფედიპინი	გამოვლინდა მხოლოდ ინ ვიტროს დროს	ზრდის მეთადონის დონეს	მეთადონი ზრდის ნიფედიპინის მეტაბოლიზმს
ომეპრაზოლი	დღემდე არსებული მონაცემებით მხოლოდ ცხოველებში გამოვლინდა	ზრდის მეთადონის დონეს	შესაძლო ეფექტი არის მეთადონის შეწოვა ნაწლავიდან
სეროტონინის სხვა სელექციური უკუმიტაცების ინჰიბიტორები	თეორიული	ზრდის მეთადონის პლაზმის დონეს	ანელებს მეთადონის მეტაბოლიზმს
სხვა სერატონინის უკუმიტაცების ინჰიბიტორები	თეორიული		
ფენობარბიტონი	საშუალო	ამცირებს მეთადონის დონეს	ამლიერებს ღვიძლის მეტაბოლიზმს (იხილეთ კარბამაზეპინი)
ფენიტონი	საშუალო	ამცირებს მეთადონის დონეს, აღკვეთის სიმპტომებს	ამლიერებს ღვიძლის მეტაბოლიზმს (იხილეთ კარბამაზეპინი)
რიფაბუტინი	ზოგიერთ შემთხვევაში კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ამცირებს მეთადონის დონეს	ამლიერებს მეთადონის მეტაბოლიზმს
რიფამპინი	მწვავე	ამცირებს მეთადონის დონეს, აღკვეთის სიმპტომებს	ამლიერებს მეტაბოლიზმს
რიტონავირი	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	შეიძლება შეამციროს ან გაზარდოს მეთადონის პლაზმის დონე	ზრდის ან ამცირებს მეთადონის მეტაბოლიზმს
ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები მაგ.: ამიტრიპტილინი	საშუალო	ზრდის სედაციას	უცნობია
შარდის მჟავები მაგ.: ამონიუმის ქლორიდი		ამცირებს მეთადონის დონეს	ამლიერებს შარდის გამოყოფას
ზიდოვუდინი		შესაძლოა გაზარდოს ზიდოვუდინის ეფექტები	უცნობია
ზოპიკლონი		ზრდის სედაციას	ამლიერებს ცნს-ის დათრგუნვას

### ცხრილი 10. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების შესაძლო ურთიერთქმედება ბუპრენორფინთან

ფსიქოაქტიური ნივთიერება	ურთიერთქმედების სტატუსი	ეფექტი	მექანიზმი
ალკოჰოლი	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	გაზრდილი სასუნთქი	სედაცია, გზების თრგუნავს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას

		დათრგუნვა, კომბინაცია ასევე შეიძლება გაზარდოს ჰეპატოქსიკური რისკი	
<b>ბენზოდიაზეპინები</b>	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ზრდის სედაციურ ეფექტს	თრგუნავს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას
<b>მეთადონი და სხვა ოპიოიდები</b>	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ბუპრენორფინის ანტაგონისტურმა ეფექტებმა შეიძლება დააჩქაროს ადკვეთის მდგომარეობა იმ პაციენტებში, რომლებიც სხვა ოპიოიდებს მოიხმარენ, ან გაძლიერდეს სედაციური ან რესპირატორული სისტემის დათრგუნვა	ბუპრენორფინი ოპიატური რეცეპტორების ნაწილობრივი აგონისტია
<b>ნალტრექსონი და ნალოქსონი</b>	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	მნიშვნელოვნად ამცირებს ნალტრექსონის და ნალოქსონის ანტაგონისტურ ეფექტებს	ბუფრენორფინს აქვს უფრო ძლიერი ავინურობა (ბმა) ოპიოიდურ რეცეპტორებთან, ვიდრე ნალტრექსონს და ნალოქსონს
<b>ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, რომელიც თრგუნავს CYP 3A4-ს მოქმედებას</b>			
<b>ერიტრომიცინი და სხვა მაკროლიდური ანტიბიოტიკები</b>	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ზრდის ბუპრენორფინის დონეს	შენელებულია ბუპრენორფინის მეტაბოლიზმი
<b>აივ პროტეაზას ინჰიბიტორები, როგორცაა ინდანავირი, რიტონავირი, საკვინავირი</b>	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ზრდის ბუპრენორფინის დონეს, ამცირებს ბუპრენორფინის მეტაბოლიზმს	
<b>კეტოკონაზოლი და სხვა აზოლის სოკოს საწინააღმდეგო აგენტები</b>	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ზრდის ბუპრენორფინის დონეს	შენელებულია ბუპრენორფინის მეტაბოლიზმი
<b>ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, რომელიც აძლიერებს CYP 3A4-ს მოქმედებას</b>			
<b>კარბამაზეპინი</b>	თეორიული	ამცირებს ბუპრენორფინის დონეს	დაჩქარებულია ბუპრენორფინის მეტაბოლიზმი
<b>ბარბიტურატები და ფენობარბიტალი</b>	კლინიკურად მნიშვნელოვანი	ამცირებს ბუპრენორფინის დონეს, ზრდის სედაციას, დამატებით თრგუნავს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას	დაჩქარებულია ბუპრენორფინის მეტაბოლიზმი
<b>ფენიტონი</b>	თეორიული	ამცირებს ბუპრენორფინის დონეს	დაჩქარებულია ბუპრენორფინის მეტაბოლიზმი
<b>რიფამპიცინი</b>	თეორიული	ამცირებს ბუპრენორფინის დონეს	დაჩქარებულია ბუპრენორფინის მეტაბოლიზმი

## ელექტრონული ჯანდაცვა

ელექტრონული ჯანმრთელობა არის ჯანდაცვის სერვისების და/ან ინფორმაციის მიწოდება ინტერნეტის ან მასთან დაკავშირებული ტექნოლოგიების მეშვეობით (Deady, et al., 2013) ამ სისტემის გამოჩენის შემდეგ, მას მოიხსენიებენ, როგორც თანამედროვე ჯანდაცვის ერთ-ერთ ყველაზე

მნიშვნელოვან რევოლუციურ ელემენტს (Jolly, 2011; Mucic, 2021). ელექტრონული ჯანდაცვის ინტერვენციები იძლევა შესაძლებლობას გადაილახოს მკურნალობის ტრადიციული ბარიერები, რომლებიც ხშირად ხელს უშლის ადამიანებს დახმარების მოთხოვნაში, მათ შორის სოციალური ან კულტურული ცრურწმენები, სტიგმა, სერვისებზე წვდომის სირთულეები, შესაბამისი ხელმისაწვდომი სერვისების პოვნა, აგრეთვე ფინანსური და გეოგრაფიული ბარიერები (Christensen, et al., 2000; Taylor, et al., 2003; Rickwood, et al., 2007) ელექტრონულ ჯანდაცვის ინტერვენციებს შეუძლიათ გადალახონ პირისპირ მკურნალობასთან დაკავშირებული სირთულეები, მათ შორის გენდერული განსხვავებები (Borzekowski, et al., 2011), მოახდინონ უფრო მარგინალიზებული სოციალურ-ეკონომიკური და კულტურული ჯგუფების ჩართვა (Blanchard, et al., 2008), ასევე ხარჯების შემცირება და ტრადიციული მკურნალობის სტანდარტიზაციის გაზრდა (Taylor, et al., 2003; Rickwood, et al., 2001; Borzekowski, et al., 2011; Blanchard, et al., 2008; McCrone, et al., 2004). ბოლო ათწლეულის განმავლობაში ტექნოლოგიების მიღწევებმა საშუალება მისცა ელექტრონული ჯანდაცვის ინტერვენციებს მოიცვას სტრატეგიები, როგორცაა თვითმონიტორინგი და შეფასება, ფსიქოგანათლება, მიზნების დასახვა, უნარების განვითარება და უკუკავშირი ტელეფონისა და ვიდეოკონფერენციის, მობილური ტელეფონების, სენსორების, სოციალური მედიის გამოყენებით, ასევე ვირტუალური რეალობის და თამაშების გამოყენებით (Mohr, et al., 2013).

ელექტრონული ჯანდაცვის ინტერვენციები ასევე შეიძლება გამოყენებულ იქნას ფსიქოთერაპიის განსახორციელებლად, ან როგორც ალტერნატივა მათთვის, ვისაც არ სურს ან არ არის შესაფერისი ფარმაკოთერაპიისთვის (NICE, 2013). თერაპია შეიძლება ჩატარდეს სახლში და ხელმისაწვდომია 24 საათის განმავლობაში. კვლევამ აჩვენა, რომ ელექტრონული ჯანდაცვის ინტერვენციები იძლევა კლინიკურად ეფექტური, ძვირადღირებული მკურნალობის მიწოდების შესაძლებლობას, ის ოქროს სტანდარტის პროგრამებზეა დაფუძნებული, რომლებიც ძალიან საინტერესოა (Nicholas, et al., 2010; Andersson, et al., 2013; Cuijpers, et al., 2010; Grist, et al., 2013; Marks, et al., 2007). ელექტრონული ჯანდაცვის არაერთი ინტერვენციაა შემუშავებული ალკოჰოლისა ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დარღვევის და სპეციფიკური ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების სამართავად/სამკურნალოდ.

## განგრძობადი მზრუნველობა

**კლინიკიდან გაწერა:** არ უნდა გაეწეროს ფსიქოზით დაავადებული მოზრდილები და ახალგაზრდები ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარული დაწესებულებიდან მხოლოდ მათ მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანო მოხმარების გამო. ფსიქიატრიული აშლილობის მქონე მოზრდილების და ახალგაზრდების ფსიქიკური ჯანმრთელობის სტაციონარული სერვისიდან გაწერამდე, აუცილებელია შემდეგ საკითხებში დარწმუნებული იყოს ექიმი:

- იდენტიფიცირებულია/ჰყავს ზრუნვის კოორდინატორი.
- შედგენილია შესაბამისი მოვლის გეგმა, რომელიც ითვალისწინებს მოთხოვნილებებს დაკავშირებულს, როგორც მათ ფსიქიატრიულ აშლილობასთან, ასევე მათ მიერ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანო მოხმარებასთან.

- ინფორმირებულია დოზის გადაჭარბების რისკების შესახებ, თუ დაიწყებს ფსიქოაქტიური ნივთიერების ხელახლა მოხმარებას, განსაკუთრებით ოპიოიდების, რომლის დოზაც სტაციონარში ყოფნის დროს შემცირდა ან შეწყვეტილი იყო.

**რეკომენდაციები ზრუნვის გაგრძელების შესახებ რეზიდენტული მკურნალობიდან გაწერის შემდეგ**

პაციენტები უნდა იყვნენ ჩართულნი მზრუნველობის უწყვეტ სერვისებში გაწერიდან მინიმუმ 3-დან 6 თვემდე. უწყვეტი მოვლის შეხვედრების დანიშვნა უნდა მოხდეს გაწერამდე ისე, რომ შეხვედრები უკვე დაწყებული იყოს იმ დროისთვის, როდესაც პაციენტი სტაციონარულ მკურნალობას დატოვებს. მონიტორინგის გასაადვილებლად, პროგრამებმა უნდა განახორციელონ ფორმალური შემდგომი პროცედურები, რათა უზრუნველყონ პერსონალის პაციენტებთან კონტაქტის რეგულარულად შენარჩუნება დადგენილ ვადებში (მაგ., 30 დღე, 6 თვე), იდეალურ შემთხვევაში მინიმუმ 12 თვის განმავლობაში. პაციენტებს უნდა მიეწოდოთ განათლება მუდმივი მოვლის მნიშვნელობისა და მკურნალობის ვარიანტების ხელმისაწვდომობის შესახებ რეზიდენტული მკურნალობის შემდეგ, ფარმაკოთერაპიის გამოყენების ჩათვლით ამბულატორიული მომსახურების დროს. რეზიდენტული დაწესებულების პერსონალმა უნდა გააცნოს პაციენტები ამბულატორიულ პროვაიდერებს გაწერამდე, რათა უზრუნველყოს „თბილი გადანაცვლება“ (“warm handoff”) და ხელი შეუწყოს პაციენტებსა და მათ შემდგომ მზრუნველებს შორის კეთილგანწყობილი ურთიერთობის დამყარებას. უწყვეტი მოვლის სერვისების ფართო სპექტრის შეთავაზებაში პროგრამები უნდა იყოს მოქნილი პაციენტების გემისა და ყოველდღიური ცხოვრების მოთხოვნილებების დასაკმაყოფილებლად (მაგ., შესთავაზეთ ამბულატორიული თერაპიის ჯგუფებს კვირაში 5 დღე გამოიყენონ ტელეჯანმრთელობის სერვისები ისე, რომ პაციენტები, რომლებიც ცხოვრობენ დისტანციურად და არ შეუძლიათ მგზავრობა, რეგულარულად დაესწრონ ამბულატორიულ სერვისებს მკურნალობის გასაგრძელებლად). კონსულტანტებმა პაციენტები უნდა დააკავშირონ ურთიერთდახმარების პროგრამებს და სხვა საზოგადოებაზე დაფუძნებულ მხარდამჭერ ჯგუფებსა და რესურსებს ( Proctor, S. L., & Herschman, P. L., 2014; Rubinsky, et al., 2017).

## ახალგაზრდა პოპულაცია

ახალგაზრდებისა და მოზრდილების მკურნალობას შორის დიდი განსხვავება არ არის. ორმაგი დიაგნოზის მქონე ახალგაზრდებისა და მოზარდების მკურნალობის მნიშვნელოვანი ასპექტია ასაკისა და კულტურალურად მგრძობიარე შემთხვევის მართვა, რომელიც საშუალებას იძლევა შეიქმნას უკეთესი თერაპიული კავშირი ახალგაზრდასა და მის დამაკავშირებელ ოპერატორს შორის (reference operator)(Deady et al., 2014). შედეგების გასაუმჯობესებლად, ახალგაზრდებს უნდა ჰქონდეთ წვდომა მკურნალობის ფართო სპექტრზე და სერვისებზე, რომლებიც აკმაყოფილებენ უფრო მაღალი დონის ზრუნვის საჭიროებას (Suarez et al., 2012), ხოლო გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს მეორად პრევენციასა და ადრეულ ჩარევას ბავშვებისთვის და მოზარდებისთვის, რომლებიც ორმაგი დიაგნოზების რისკის ქვეშ არიან (Dom & Moggi, 2015).

ახალგაზრდა - იგულისხმება 10-25 წლის ასაკის ადამიანი. ამ დოკუმენტისთვის ჩვენ ყურადღებას ვამახვილებთ 18 წლამდე ასაკის ბავშვებსა და ახალგაზრდებზე, კერძოდ კი 14+

ასაკიდან. ახალგაზრდები ჯერ კიდევ ფიზიკურად და გონებრივად იზრდებიან და მათი ტვინი, განსაკუთრებით შუბლის წილი, აგრძელებს განვითარებას 20 წლის ასაკისთვის. ამრიგად, ნეირობიოლოგიური ზემოქმედება და ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების შედეგები ამ განვითარებად, ჩამოყალიბების ეტაპზე მყოფ ტვინზე, სავარაუდოდ, განსხვავდება ზრდასრული, სრულად განვითარებულ ტვინზე ზემოქმედებისაგან. „დაჯილდოების და მოტივაციის“ სისტემა, როგორცაა ვენტრალური სტრიატუმი, ვითარდება უფრო ადრეულ ეტაპზე, სანამ დამყარდება „ზემოდან ქვევით“ კონტროლი პრეფრონტალური ქერქიდან (Somerville and Casey, 2010). გარდა ამისა, შესაძლოა ჩამოყალიბების ეტაპზე მყოფ, განვითარებად ტვინზე ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ზემოქმედებამ გაზარდოს ქრონიკული ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დარღვევის რისკი (O'Brien 2007; Spear, 2007). ასევე არსებობს ფსიქიკური დაავადებების განვითარების პოტენციურად გაზრდილი რისკი, მაგალითად, კანაფი და ფსიქოზი (Moore et al., 2007). ამავე დროს, კვლევამ აჩვენა, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისადმი ლტოლვისა და ადკვეთის სიმპტომების გამოცდილება მსგავსია ზრდასრულ და ახალგაზრდა პოპულაციაში (Thomas et al., 2005).

ახალგაზრდები სერიოზული რისკის ქვეშ მყოფი პოპულაციაა, შეზღუდული შესაძლებლობის გამო დაკარგული სიცოცხლის წლების (disability-adjusted life-years) წამყვანი 10 მიზეზიდან მინიმუმ ხუთი პირდაპირ კავშირშია ფსიქიკურ ჯანმრთელობასთან ან ალკოჰოლისა ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დარღვევასთან (Gore, et al., 2011). ახალგაზრდებს, როგორც წესი, არასაკმარისად მკურნალობენ (Burgess, et al., 2009; McGorry, 2009). ერთ-ერთი კვლევის თანახმად, მიუხედავად იმისა, რომ 16-24 წლის ავსტრალიელების მეოთხედზე მეტს ჰქონდა 12-თვიანი ფსიქიკური აშლილობა, მათგან 25%-ზე ნაკლები სარგებლობდა ჯანდაცვის სერვისებით ბოლო 12 თვის განმავლობაში (Reavley, et al., 2010).

აშლილობებს შორის ხშირია ორმაგი დიაგნოზების არსებობა (Slade, et al., 2009; Lubman, et al., 2007; Crane, et al., 2012; Chan, et al., 2008; Baker, et al., 2007; Kramer, et al., 2003; Bolton, et al., 2009). არაერთმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, რომ მოზარდები და ახალგაზრდა ზრდასრული პოპულაცია წარმოადგენს ფსიქიკური ჯანმრთელობის და ალკოჰოლისა ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების თანმხლები კომორბიდობის რისკ ჯგუფს (Slade, et al., 2009; Kandel, et al., 1999; Rohde, et al., 1996; Armstrong, et al., 2002; Godfrey, et al., 2005). აშშ-ს ეროვნული კომორბიდობის კვლევის მიხედვით, ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული დარღვევები და ფსიქიკური დაავადების შემთხვევები ყველაზე მაღალი იყო 15-24 წლის ასაკში (Kessler, et al., 1996). ავსტრალიის ეროვნული კომორბიდობის პროექტის თანახმად (Teesson and Burns, 2001) ახალგაზრდებს ჰქონდათ მკურნალობის არასასურველი (მწირი) შედეგების და სოციალურად დაუცველობის გაზრდილი რისკი, რომელიც გამოწვეული იყო ორმაგი დიაგნოზით - ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარების დარღვევები და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემების თანაარსებობა (Szirom, et al., 2004).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით, 10-24 წლის მოზარდებში შეზღუდული შესაძლებლობების გამო დაკარგული სიცოცხლის წლების მთავარ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენდა ალკოჰოლი, თუმცა არალეგალურმა ფსიქოაქტიურმა ნივთიერებებმა ასევე მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანა (Gore et al., 2011).

ბევრი ადამიანისათვის მოზარდობა და ახალგაზრდა ზრდასრულობის ასაკი (10-24 წელი) რთული და ტურბულენტური პერიოდია. ადამიანის ფიქრებზე, ქცევაზე და გრძნობებზე გავლენას ახდენს ბევრი ცვლილება, განვითარება, იდენტობის ჩამოყალიბება, ექსპერიმენტირება, ამბოხი და



გაურკვევლობა (Marsh, et al., 2013). ამრიგად, ეს არის დრო, როცა ადამიანი მოწყვლადია ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევების და ნარკოტიკების მოხმარების მიმართ. ხშირად ეს არის პერიოდი, როცა ფსიქოზის პირველი გამოვლენა და დეპრესიის და შფოთვის სიმპტომების წარმოჩენა ხდება (NSW Department of Health, 2008). აღსანიშნავია, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის აშლილობა განსხვავებულად გამოვლინდება ახალგაზრდებში ზრდასრულებთან შედარებით. აუცილებელად უნდა ისწავლონ კლინიკისტებმა განსხვავებები და ახალგაზრდა ასაკის სპეციფიკა. ფსიქოპაქტიური ნივთიერებების მოხმარების მკურნალობის სერვისებში მომუშავე პროფესიონალებმა, რომლებიც მუშაობენ ბავშვებთან ან მოზარდებთან უნდა გამოიყენონ ICD-11 (დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორი, მე-11 გადასინჯვა) და იცოდნენ სიმპტომების შესაძლო ვარიაციების შესახებ.

მნიშვნელოვანია იმის გააზრება, რომ ფსიქოპაქტიური საშუალებების მოხმარების და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დარღვევები ახალგაზრდებში სხვადასხვა ფიზიკურ, დამოკიდებულების, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კონტექსტში იჩენს თავს და მკურნალობა უნდა იყოს შესაბამისად მორგებული (SAMSHA, 2005; APA, 2006). მაგალითად, მკურნალობა უნდა მოიცავდეს გაცდენილი შეხვედრების მონიტორინგს, იყოს ადვილად წვდომადი, შეფასება და სკრინინგი უნდა იყოს სწრაფი, არსებობდეს სწრაფი წვდომის შესაძლებლობა, იყოს მოქნილი, ასევე აუცილებელია რელევანტურ სააგენტოებთან ძლიერი კონტაქტების ქონა, რათა უზრუნველყოფილი იყოს ჰოლისტური მკურნალობის მიდგომა და ინტერვენციები, რომელიც ცნობს სხვადასხვა კოგნიტურ შესაძლებლობებს და განვითარების შეფერხებას (NSW Department of Health, 2008). წამლადამოკიდებულების მკურნალობის პროფესიონალებს შესაძლოა დასჭირდეთ მკურნალობის პროცესის ისე შეცვლა, რომ აირიდონ თავიდან პაციენტის დაუმორჩილებლობა (მაგალითად, არაფორმალური და უფრო აქტიური გარემოს შექმნა) და ხაზი გაუსვან ჩართულობას (მოთმინება და უნარებია საჭირო, რომ მოხდეს ახალგაზრდებთან შესაფერისი ენის გამოყენება და მათთვის გასაგებად კითხვის დასმა).

ზრდასრულებისთვის მედიკამენტის გამოყენება შეიძლება სტაბილიზაციისთვის, დეტოქსიკაციისთვის, რეციდივის და გართულებების პრევენციისთვის. თუმცა ახალგაზრდა ადამიანებში რეციდივის პრევენციისთვის ფარმაკოთერაპია ნაკლებად გამოიყენება და არ არის რეკომენდებული რუტინული მოხმარებისთვის (Gilvarry and Britton, 2009). ეს ხაზს უსვამს მულტიდისციპლინური სპეციალისტთა გუნდის საჭიროებას, მათ შორის წამლადამოკიდებულების სპეციალისტების, რომლებმაც უნდა მოახდინონ მკურნალობის ინიცირება. ასევე, გუნდში საჭიროა ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტები და სოციალური სამსახურის წარმომადგენლები, რომლებიც ახალგაზრდების საჭიროებებს უპასუხებენ.

გამართლებელი ფაქტორი არის ის ფაქტი, რომ ფარმაკოთერაპიის გამოყენება ახალგაზრდებში არ არის ზოგადად ლიცენზირებული, ასაკის ლიმიტი ქვეყნების მიხედვით განსხვავდება, მაგალითად დიდ ბრიტანეთში აკამპროზატი ლიცენზირებულია 18 წლის ზემოთ, მეთადონი არ არის ლიცენზირებული 13 წელს ქვემოთ ბავშვებში გამოყენებისთვის<sup>14</sup>, მაგრამ ბუპრენორფინი ლიცენზირებულია 16 წლის და ზევით ასაკობრივი კატეგორიისათვის. მედიკამენტის დოზირების შესაბამისობა უნდა მოხდეს ზრდასრულებსა და მოზარდებს შორის ფარმაკოდინამიკისა და ფარმაკოკინეტიკის განსხვავებების მიხედვით. ზოგადად, ფარმაკოთერაპია უნდა გამოიყენებოდეს მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მოხდება რისკისა და სარგებლიანობის შეფასება

<sup>14</sup> საქართველოში მეთადონი და ბუპრენორფინი ინიშნება არანაკლებ 21 წლამდე.  
<https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/2374811?publication=0>



და ყოვლისმომცველი მკურნალობის გეგმის შემუშავება, რომელიც სხვადასხვა ფსიქოსოციალურ მიდგომებს გააერთიანებს (Gilvarry and Britton, 2009; Upadhyaya and Deas, 2008). ამ საკითხზე მხოლოდ რამდენიმე კვლევაა ჩატარებული და ისიც უმეტესად აშშ-ში, სადაც მონაწილეების რაოდენობა იყო მცირე და დიდ ნაწილს წარმოადგენენ მამაკაცები ხანმოკლე მკურნალობისა და მიდევნების პერიოდებით. ამიტომ მწირია მტკიცებულებები, რომლებზეც დავაფუძნებთ ამ მითითებებს. მიუხედავად ამისა, ფარმაცოთერაპია უნდა იქნას განხილული ახალგაზრდების წამალდამოკიდებულების მკურნალობის პროცესში.

ფსიქოზისა და წამალდამოკიდებულების ორმაგი დიაგნოზის მქონე ახალგაზრდებთან მომუშავე ჯანდაცვის პროფესიონალები უნდა დარწმუნდნენ, რომ იცნობენ სამართლებრივ ჩარჩოს, რომელიც მიემართება ახალგაზრდებს, მათ შორისაა საქართველოს კანონი ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ (2006)<sup>15</sup> და ბავშვის უფლებათა კოდექსი (2023)<sup>16</sup>.

ახალგაზრდებისთვის ფსიქოლოგიური, ფსიქოსოციალური, ოჯახის და სამედიცინო ინტერვენციების მიწოდებისას, მიჰყევით ამ გაიდლაინში ზრდასრულებისთვის არსებულ რეკომენდაციებს; მათ შესაძლოა სჭირდებოდეს ადაპტირება ახალგაზრდების ასაკისა და მდგომარეობების მიხედვით. გარდა ამისა, სხვა სააგენტოები, მათ შორის ბავშვთა სერვისები, უნდა იყვნენ ჩართულები ახალგაზრდების ისეთი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, როგორებიცაა სწავლა, დასაქმება, ოჯახი და საცხოვრისი.

როდესაც ნიშნავთ მედიკამენტს, დოზის განსაზღვრისას მხედველობაში იქონიეთ პაციენტის ასაკი და წონა. თუკი არალიცენზირებული მედიკამენტის დანიშვნა პაციენტისთვის შესაფერისია, ახალგაზრდას ან მის მშობლებს/მეურვეებს აუხსენით ამის მიზეზი.

## ახალგაზრდებთან მუშაობის ეთიკური პრინციპები

ახალგაზრდებთან მუშაობას თან სდევს ეთიკურობის საკითხები, მათ შორის:

- მოზარდების, ახალგაზრდა ადამიანების დაცვა  
შეფასების განმავლობაში, ახალგაზრდამ შესაძლოა არ გაამჟღავნოს, რომ თავად ან სხვები არიან ზიანის რისკის წინაშე.
- მკურნალობაზე თანხმობა  
ახალგაზრდებს შესაძლოა სურდეთ მკურნალობის ისეთი გადაწყვეტილების მიღება, რაც ეწინააღმდეგება მშობლების უფლებას, რომ იცოდნენ ან მიიღონ გადაწყვეტილება შვილების მკურნალობის თაობაზე. ახალგაზრდის კომპეტენციის შეფასება თუ რამდენად აქვთ შესაძლებლობა, რომ მოგცეთ ინფორმირებული თანხმობა, წარმოადგენს პროფესიონალის მსჯელობის საკითხს. მსჯელობა ხდება ინდივიდუალური შემთხვევების, გაგების უნარისა და ინტელექტის შეფასების მიხედვით და არ არის კონკრეტულ ასაკზე დამყარებული. ახალგაზრდა უნდა წახალისდეს, რომ მშობლებს/მეურვეებს შეატყობინოს და ჩართოს ისინი მკურნალობის პროცესში, თუმცა პაციენტის საუკეთესო ინტერესი ყოველთვის მშობლის უფლებაზე წინ დგას, რომ იყოს ინფორმირებული. კონფიდენციალურობა შეიძლება დაირღვეს, თუკი ახალგაზრდა ან სხვა ვინმე შესაძლოა აღმოჩნდეს რისკის ან ზიანის წინაშე.

<sup>15</sup> <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/24178?publication=17>

<sup>16</sup> <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4613854?publication=4>

კომპეტენციის, ანუ გავების უნარის, შესახებ გადაწყვეტილების მიღება უნდა მოხდეს მკურნალ გუნდთან და სუპერვიზორთან კონსულტაციის საფუძველზე და უნდა იყოს დოკუმენტირებული.

### ახალგაზრდების ჩართულობა

ახალგაზრდა ადამიანები ფუნდამენტურად განსხვავდებიან ზრდასრულებისგან ბევრი კუთხით, რამაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს მკურნალობაზე, მასზე დამყოლობასა და შედეგებზე (Schwartz, et al., 2005; McDermott, et al., 2010; Winters, et al., 1999; Masten, et al., 2004). ზრდასრულებზე ორიენტირებული მკურნალობის გამეორება ახალგაზრდებთან არ იქნება შესაფერისი. ეს ჯგუფი მოითხოვს განვითარებისა და ჩართულობის საჭიროებებზე ფოკუსირებულ სპეციალიზებულ მკურნალობას. როგორცაა (Deady, et al., 2013; NSW Department of Health, 2008):

- ახალგაზრდებზე მორგებული მიდგომა
- გაცდენილი შეხვედრების მონიტორინგი
- ფოკუსირება ხელმისაწვდომობაზე, მარტივი ხელმისაწვდომობა (drop-in capacity)
- სწრაფი სკრინინგი და შეფასება
- მოქნილობა
- სხვა სერვისებთან მჭიდრო კავშირი და კოორდინირებული მკურნალობა (see Chapter B4).
- მკურნალობა, რომელიც ორიენტირებულია სხვადასხვა შესაძლებლობებისა და განვითარების მქონე ადამიანებზე. ელექტრონული ჯანდაცვის ინტერვენციები განსაკუთრებულად სასარგებლო შეიძლება იყოს ამ პოპულაციისათვის (Deady, et al., 2013; Hunter, et al., 2014; Hunter, et al., 1991; Prusiak, et al., 1995; Clough, et al., 2004). წამალდამოკიდებულების სფეროში მომუშავე პროფესიონალებმა უნდა იცოდნენ, რომ რაპორტის დამყარება და ნდობის მოპოვება თერაპიაში მეტ დროს საჭიროებს, ისევე როგორც უფრო მოქნილი მიდგომის შემუშავება. მაგ., განიხილეთ ტრადიციული სამკურნალო გარემოს მიღმა მუშაობა, კაფეში წასვლა, რაც შეიძლება დაგეხმაროთ რაპორტის დამყარებაში (Marsh, et al, 2013).

### ახალგაზრდების ჩართვის პრაქტიკული რჩევები

- თუკი ოჯახის წევრებთან ერთად ხვდებით ახალგაზრდა ადამიანს, მას პირველს მიესალმეთ.
- განსაზღვრეთ კონფიდენციალურობის საზღვრები. ცხადად განსაზღვრეთ, როდის და როგორ შეიძლება მისი დარღვევა.
- თავიდან აირიდეთ მშობლის როლის მორგება. ამან შეიძლება ახალგაზრდა გარიყოს პროცესიდან.
- მოაგროვეთ ინფორმაცია თანდათანობით და ამავდროულად დაამყარეთ ახლო ურთიერთობა. ეს შეიძლება უფრო დიდ დროს საჭიროებდეს, ვიდრე ზრდასრულთან ან მხოლოდ ერთი პრობლემის მქონე მოზარდთანაა საჭირო.
- გამოიყენეთ ვიზუალური მინიშნებები და მითითებები, სადაც საჭიროა, რათა ხელი შეუწყოთ საუბარს და ძლიერი მხარეების შესწავლას.

- გააკეთეთ რაიმე მათთვის, მაგალითად აღმოაჩინეთ ისეთი ინფორმაცია, რომელიც მათ მიმდინარე სიტუაციას გააუმჯობესებს.
- გახსოვდეთ, რომ ახალგაზრდა ადამიანები ხშირად ნარკოტიკების მოხმარებას უყურებენ როგორც მათი პრობლემის გადაწყვეტას და არა, როგორც პრობლემების გამომწვევს ან ხელის შემწყობს. ამის გაუთვალისწინებლობა გამოიწვევს ჩართულობის შემცირების რისკს.

### ახალგაზრდებში ორმაგი დიაგნოზების შეფასება

ხშირად ახალგაზრდები სიტუაციური კრიზისის შემდეგ მოდიან შეფასებაზე, რასაც შეუძლია შეამციროს ძირეული პრობლემების მასშტაბის დადგენისთვის (როგორცაა ორმაგი დიაგნოზი) საჭირო დრო და კლინიკური ყურადღება. მაშინ როცა ახალგაზრდები შეიძლება საუბრობენ სიმპტომების სიმძიმის დაბალ დონეზე, რაც არ მიუთითებს მნიშვნელოვანი აშლილობის არსებობაზე, მათ პრობლემას შესაძლოა უფრო დიდი გავლენა ჰქონდეს ფუნქციონაზე. გარდა ამისა, სიმპტომების მერყეობა ართულებს ზუსტ დიაგნოსტიკას. როგორც ყველა ასაკობრივ კატეგორიაში, განგრძობადი შეფასება აუცილებელია ამ პოპულაციაშიც.

ქვემოთ მოყვანილია ორმაგი დიაგნოზის მქონე ახალგაზრდების შეფასების პრაქტიკული რჩევები:

- მოახდინეთ პრობლემების შესწავლის ნორმალიზება - საკუთარი პრობლემების შესწავლა ნორმალური ქცევაა და ზოგი ქცევა შესაძლოა განპირობებული იყოს სტრესით.
- შეგროვდეს ინფორმაცია ნივთიერებების მოხმარების მახასიათებლებზე, როგორც მოხმარების დაწყების, ისე ამჟამინდელი მოხმარების მიზეზების შესახებ.
- ყურადღება მიექცეს საუბრისას გამოყენებულ ტერმინებს, სთხოვეთ განვიმარტოთ ტერმინი, რომელიც თქვენ არ გესმით (მაგალითად, ნარკოტიკის დასახელება). ეს მათ შეფასების პროცესებში მონაწილედ აგრძნობინებს თავს.
- სტანდარტიზებული შეფასების ადმინისტრირება (მაგალითად - ფსიქოპათიური ნივთიერებების მოხმარების სკრინინგი) რაც შეიძლება გასაგებად და დისკუსიის ფორმით უნდა წარმართოს, რათა ახალგაზრდების ჩართულობა იქნას შენარჩუნებული.
- მათი თანხმობით, აუცილებელია დამატებითი ინფორმაციის მოპოვება, მათთვის მნიშვნელოვანი ადამიანებისგან (მაგალითად, სკოლასთან/შეფასებებთან დაკავშირებით).
- ყურადღება ყოველდღიურ, ცხოვრების სტილის პრობლემებსაც უნდა დაეთმოს, რომელიც ასოცირებულია ორმაგ დიაგნოზთან.

### ახალგაზრდებში ორმაგი დიაგნოზების მართვა

მოზრდილებისთვის შექმნილი ინტერვენციების ფრთხილი გამოყენება მოზარდებთან შესაძლებელია, რადგან ამ საკითხზე სამეცნიერო ლიტერატურა და კვლევები ნაკლებ ხელმისაწვდომია. ეს მოითხოვს ინტეგრირებული მკურნალობის მოდიფიკაციას და ახალგაზრდების საჭიროებების გათვალისწინებას. Crome (2004) მიხედვით, საუკეთესო მიდგომას წარმოადგენს ზრდასრულებისთვის მკურნალობის და ქცევის პრობლემების მქონე ახალგაზრდებისთვის განკუთვნილი მკურნალობის კომბინაცია. ეს უკანასკნელი შეიძლება მოიცავდეს უფრო დიდ აქცენტს მკურნალობის პროცესში ახალგაზრდისთვის მნიშვნელოვანი

(ახლობელი) პიროვნების ჩართვაზე. ახალი მტკიცებულებების მიხედვით, ახალგაზრდებისთვის ეფექტური მკურნალობა მოიცავს ოჯახურ ქცევით თერაპიას და ინდივიდუალურ კოგნიტურ, პრობლემის გადაწყვეტაზე ორიენტირებულ თერაპიას (Bender, Spring and Kim 2006). Hides et al. (2007) გვამდევს კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიის საჭირო მოკლე შეჯამებას (მოიცავს პრაქტიკულ კლინიკურ დავალებებს) დეპრესიისა და ფსიქოაქტიური საშუალებების ორმაგი დიაგნოზის მქონე ახალგაზრდებისთვის.

ქვემოთ ჩამოთვლილია ორმაგი დიაგნოზის მქონე ახალგაზრდების მხარდაჭერისთვის საჭირო პრაქტიკული რჩევები:

- დაეხმარეთ, რომ ჰქონდეთ საკუთარი ემოციური მდგომარეობების ცნობიერება ისე, რომ შინაგანად მონიტორინგი გაუწიონ და საბოლოოდ უკეთ მართონ დისტრესის ნებისმიერი ცვლილება. გამოიყენეთ ვიზუალური საშუალებები (მაგ., ემოციის გასაზომად თერმომეტრის ნახატი 0-10 შკალით), რაც დაეხმარებათ თვითრეგულირებისთვის.
- ხაზი გაუსვით ფსიქიკურ ჯანმრთელობასა და ნარკოტიკების მოხმარების კავშირს, მათი ტრიგერების ჩათვლით.
- რამდენი ხანიც შეძლებთ, ეცადეთ, რომ წახალისოთ ახალგაზრდები არ დაიწყონ ახალი ნარკოტიკული საშუალების მოხმარება.
- გააცნობიერეთ, რომ აბსტინენცია შეიძლება ახალგაზრდისთვის არ იყოს არჩევანი (თუმცა ეს მაინც უნდა იქნას შეთავაზებული და დოკუმენტირებული). თუ ასეა, მაშინ შესთავაზეთ ზიანის შემცირების სტრატეგიები და გაიგეთ მათზე მეტი.
- სტანდარტული სასმელის შესახებ განათლება მნიშვნელოვანია, თუმცა დამატებით ზიანის შემცირების სტრატეგიების გარეშე, მათ შეიძლება ისწავლონ უფრო ძლიერი ალკოჰოლური სასმელების ყიდვა ინტოქსიკაციის მისაღებად უფრო ეკონომიურად.
- ინიცირება გაუკეთეთ დისკუსიას მოხმარებით გამოწვეული ხანმოკლე უარყოფითი შედეგების შესახებ. მაგალითად, როგორ მოქმედებს მოხმარება მათ გარეგნობაზე, ფინანსებზე, ურთიერთობებზე (ისინი ასევე უნდა იცნობდნენ, განსაკუთრებით თამბაქოს მიერ გამოწვეული, გრძელვადიანი ზიანის რისკებს), მაგრამ ეს შეიძლება საკმარისი არ იყოს მათი ამჟამინდელი ქცევის შესაცვლელად.
- დამატებითი მხარდაჭერისთვის დააკავშირეთ ისინი ასაკისთვის შესაბამის რესურსებთან, მათ შორის როგორ დაეხმარონ ზედოხირების დროს მეგობარს. ასაკისთვის შესაბამისი მკურნალობის შეთავაზება დროთა განმავლობაში მოითხოვს მკურნალობასთან ერთად განვითარების ფაზაზე ფოკუსირებული სერვისების მიწოდებასაც, მაგალითად საშუალო განათლებიდან უმაღლეს განათლებაზე გადასვლაში მხარდაჭერა, სახლის დატოვება ან ბავშვობიდან ახალგაზრდობასა და ზრდასრულობაში გადასვლა. ეს მოითხოვს საგანმანათლებლო ინსტიტუციებთან, დამსაქმებელთან ან/და სხვა პროვაიდერებთან კავშირს, რათა მაქსიმალურად გავაძლიეროთ მხარდაჭერა და მათი ფუნქციობა საზოგადოებაში (Queensland Health, 2010).

### **ორსულობა და ორმაგი დიაგნოზები**

ორსულობამ შეიძლება გააძლიეროს და შეამციროს თანმხლები ფსიქიკური დაავადების სიმპტომები. შიზოფრენიით დაავადებულ ქალებში შეიძლება სიმპტომები გაუარესდეს, მაშინ

როდესაც ბიპოლარული აშლილობის მქონე ქალებს შეიძლება სიმპტომების აღმოცენების ან განმეორების დაბალი მაჩვენებელი ჰქონდეთ (Jones, Chandra, Dazzan, & Howard, 2014). მრავალი კვლევა ჩატარდა ორმაგი დიაგნოზების პრენატალური, პერინატალური და პოსტნატალური პერიოდის განმავლობაში. ორსულობის დროს ანტიდეპრესანტების მიღების შეწყვეტამ ან არანამკურნალებმა დეპრესიამ შეიძლება გააძლიეროს სიმპტომები, მათ შორის სუიციდის რისკი და გააუარესოს მკურნალობის შედეგები, როგორც დედისთვის, ასევე ბავშვისთვის (Gentile, 2017; Vigod, Wilson, & Howard, 2016). თუმცა, ორსულობა ქალებში დაკავშირებულია ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ნაკლებ მოხმარებასთან, მაშინაც კი, თუ აბსტინენცია დროებითია (Muhuri & Gfroerer, 2009; SAMHSA, 2009c). იმ ქალებთან შედარებით, რომლებსაც აქვთ ერთი აშლილობა ან არ აქვთ არანაირი დარღვევა, ორმაგი დიაგნოზების მქონე ორსულ ქალებს აქვთ ნეგატიური პერინატალური შედეგების მაღალი რისკი, მათ შორის მშობიარობის გართულებები, ნაადრევი მშობიარობა, ჩვილის დაბალი წონა, პრენატალური ზრუნვის დამყოლობის სირთულეები, ბავშვის განვითარების შეფერხება და აღენიშნებათ ნეგატიური ფსიქოსოციალური ფუნქციობა (Benningfeld et al., 2010; Lee King, Duan, & Amaro, 2015).

### ორსულობა და მეთადონით მხარდამჭერი თერაპია ოპიოიდების მოხმარებით გამოწვეული აშლილობისთვის

- აშშ-ს სურსათისა და წამლების ადმინისტრაციის მიერ ოპიოიდების მოხმარების დარღვევის სამკურნალოდ სამი მედიკამენტის დამტკიცებამ - მეთადონი, ბუპრენორფინი და ნალტრექსონი - პირველადი ჯანდაცვისა და ქცევითი ჯანმრთელობის სფეროებს მძლავრი ახალი ინსტრუმენტები მისცა ოპიოიდურ ეპიდემიასთან საბრძოლველად და სიცოცხლის გადასარჩენად.
- მეთადონით მხარდამჭერი თერაპიის მოსაზრებები ორსულ ქალებში ოპიოიდების მოხმარების დარღვევასთან მიმართებაში მოიცავს:
  - მეთადონით მხარდამჭერი თერაპიის მიწოდება ოპიოიდების მოხმარებელი ორსული ქალებისთვის შესაძლებელია და აქტიურად უნდა იქნას განხილული, რასაც ადასტურებს ბევრი მტკიცებულება, რომელიც აჩვენებს პროგრამის ეფექტურობას ოპიოიდების მოხმარების შემცირებასა და ზედოზირების პრევენციაში.
  - ორსული ქალები უნდა განიხილებოდნენ მეთადონისა და ბუპრენორფინის მკურნალობაში ჩასართავად.
  - ორსულ ქალებში მეთადონის ან ბუპრენორფინის ენის ქვეშ (ან მისი ბუკალური ფორმის) გამოყენება უკეთეს შედეგებს აჩვენებს, ვიდრე იმ ქალებში, ვინც არ არიან ჩართულები პროგრამაში და აგრძელებენ ოპიოიდების მოხმარებას.
- ორსულობის დროს ნალტრექსონის გამოყენების შესახებ კვლევები მწირია. ნალტრექსონის გამოყენება არ უნდა მოხდეს ორსულ ქალებში. ეს ქალები უნდა გადამისამართდნენ მეთადონითა და ბუპრენორფინით მხარდამჭერ თერაპიაში შეფასებისათვის.
- ნეონატალური აბსტინენციის სინდრომი შესაძლოა გამოვლინდეს ახალდაბადებულ ბავშვებში, რომელთა დედებიც იღებდნენ ბუპრენორფინს ან მეთადონს. ქალები, რომლებიც ორსულობის პერიოდში ჩართულები იყვნენ ოპიოიდების აგონისტურ თერაპიაში, უნდა



ესაუბრონ ექიმს, რომელიც ორსულობას მართავს, ნეონატალური აბსტინენციის სინდრომის შესახებ და მისი შემცირების გზების შესახებ.

- მეან-გინეკოლოგი და წამალდამოკიდებულების სერვისის პროვაიდერი ერთად უნდა აწვდიდნენ სერვისს. ქალებს უნდა შესთავაზონ კონსულტირება და სხვა ბიჰევიორული სერვისები საჭიროებისამებრ.

## კონტაქტის შენარჩუნება სერვისებსა და სერვისის მომხმარებლებს შორის

გაცნობიერეთ, რომ მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანთან ურთიერთობის დამყარებას და თუნდაც მცირე გაუმჯობესების დანახვას შეიძლება დიდი დრო დასჭირდეს, ეს ღირს იმ ძალისხმევად, რაც ამ პერიოდის განმავლობაში იქნა გამოჩენილი. ეს ძალისხმევა მოიცავს: თანაგრძნობის გამოხატვას და არგანსჯის მიდგომის გამოყენებას, რათა მოუსმინოს, გამოავლინოს და იყოს პასუხისმგებელი პიროვნების საჭიროებებზე და მიზნებზე, მიაწოდოს მას თანმიმდევრული სერვისები, მაგალითად, თუ ეს შესაძლებელია, შეინარჩუნოს იგივე პერსონალი, როგორც საკონტაქტო ადამიანები და იგივე ლიდერი ზრუნვის ორგანიზებისთვის, რომ დარჩნენ პაციენტთან კონტაქტში, ასევე გამოიყენოს პიროვნების მიერ არჩეული კომუნიკაციის მეთოდი (მაგალითად, წერილით, ტელეფონით, ტექსტით, ელ. ფოსტით ან სხვა აქტივობებით, თუ შესაძლებელია).

პაციენტთან ერთად გამოიკვლიეთ, რატომ შეიძლება შეწყვიტოს იმ სერვისების გამოყენება, რომელიც მას ეხმარება.

ეს შეიძლება მოიცავდეს:

- ნაწილობრივ/არასრულყოფილ მოვლას ან მომსახურებას;
- დასწრების შეუძლებლობა, რადგან, მაგალითად, სერვისები არ არის ხელმისაწვდომი, სატრანსპორტო კავშირები ცუდია;
- სერვისებს არ აქვთ ბავშვზე/ახალგაზრდაზე ზრუნვის სისტემა;
- პაციენტს არ ეძლევა დასწრების/სერვისში ხელახალი ჩართვის უფლება, მაგალითად იმიტომ, რომ ხელახლა დაიწყო ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანო მოხმარება;
- სტიგმატიზაციის შიში ფსიქიკური ჯანმრთელობის, ასევე ფსიქოაქტიური ნივთიერების საზიანო მოხმარების გამო;
- იძულების გრძნობა გამოიყენოს ის სერვისი, რომელიც მას არ აურჩევია,
- ცვლილებისთვის მზადყოფნის დეფიციტი
- ნეგატიური წინარე გამოცდილება პრაქტიკოსებთან
- სხვა პირადი, კულტურალური, სოციალური, გარემოსდაცვითი ან ეკონომიკური მიზეზები (NICE, 2016).

## აუდიტის კრიტერიუმები

### სტრუქტურის აუდიტი

1. აქვს თუ არა დაწესებულებას ორმაგი დიაგნოზის გამოვლენისთვის საჭირო სკრინინგ ინსტრუმენტები?



2. ჩატარებული აქვს თუ არა დაწესებულების ექიმებსა და ექთნებს სწავლება გაიდლაინის პრაქტიკული გამოყენების შესახებ?
3. გააჩნია თუ არა დაწესებულებას ორმაგი დიაგნოზის სკრინინგის ჩატარების მონიტორინგის ინსტრუმენტი?
4. გააჩნიათ თუ არა ორმაგი დიაგნოზების ისეთი რეესტრი, საიდანაც შესაძლებელია დიაგნოზთან ერთად პაციენტთა სქესის, სტატუსის (ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობა, ორსულობა, გადამისამართება, განგრძობადი მიდევნება) და ასაკობრივი კატეგორიის იდენტიფიცირება?
5. არსებობს თუ არა დაწესებულებაში პაციენტთა განგრძობადი მეთვალყურეობისა და გამომძახების სისტემა?
6. არსებობს თუ არა დაწესებულებაში პაციენტთა სხვა დაწესებულებაში გადამისამართების სისტემა?

### პროცესის აუდიტი

1. იმ მოზარდთა და ორსულთა წილი, რომელთაც ჩაუტარდათ სკრინინგი ორმაგ დიაგნოზზე სკრინინგ ინსტრუმენტის გამოყენებით
2. პაციენტთა რაოდენობა, ვინც გადამისამართდა სხვა დაწესებულებაში
3. პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც იღებენ დაწესებულებისგან განგრძობად მოვლას (მიდევნებას)

### გამოსავლის აუდიტი

1. ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც ბოლო 12 თვის განმავლობაში პირველად დაესვა ორმაგი დიაგნოზი
2. ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომლებიც გადამისამართდა, მაგრამ შემდეგ დაბრუნდა მკურნალობის გასაგრძელებლად
3. ორმაგი დიაგნოზის მქონე პაციენტთა რაოდენობა, რომელთაც შეწყვიტეს მკურნალობა (ვერ ხერხდება განგრძობადი მიდევნება)

### დანართები

სკრინინგ ინსტრუმენტები:

- სუიციდის რისკის შეფასება მოზარდებში (Error! Reference source not found.)
- პენიტენციურ დაწესებულებაში სუიციდის რისკის შეფასება<sup>17</sup>
- ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლი (Error! Reference source not found.)
- წამალდამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი (ASI-light) (Error! Reference source not found.)
- ნარკოტიკების მოხმარების 10 კითხვიანი სკრინინგ ტესტი (10 item Drug Abuse Screening Test (DAST-10)) (Error! Reference source not found.)

<sup>17</sup> საქართველოს იუსტიციის მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული „ბრალდებულთა/მსჯავრდებულთა სუიციდის პრევენციის პროგრამის დამტკიცების შესახებ“, <https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/5022964?publication=0>

- ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მაიდენტიფიცირებელი ტესტი (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT))<sup>18</sup> და ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მაიდენტიფიცირებელი ტესტის მოდიფიცირებული ვერსია (Alcohol Use Disorders identification Test - Concise (AUDIT C)) (Error! Reference source not found.)
- ნარკოტიკების/ალკოჰოლის მოხმარების სიმძიმის სკრინინგის ინსტრუმენტი (CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs)<sup>19</sup>
- ალკოჰოლის, თამბაქოს და ნივთიერების მოხმარების სკრინინგ-ტესტი წამალდამოკიდებულების ეროვნული ინსტიტუტის მოდიფიცირებული ვერსია National Institute on Drug Abuse (NIDA) Modified Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)<sup>20</sup>
- ჯანმრთელობის შეფასება EQ-5D-5L (დანართი N6)
- დეპრესიის შეფასება - PHQ9 (დანართი N7)
- შფოთვის შეფასება - GAD7 (დანართი N8)
- პოსტტრავმული სრესის (პტს) და რთული პტს ITQ (ICD11-ის მიხედვით) შეფასება (დანართი N9)

**დანართი 1. მოზარდთა სუიციდის რისკის შეფასების ფორმა**

<b>1. ბავშვის ზოგადი დემოგრაფიული მონაცემები:</b>	
<b>სახელი:</b>	<b>გვარი:</b>
<b>დაბადების თარიღი:</b>	<b>სქესი:</b> <input type="checkbox"/> მდედრობითი <input type="checkbox"/> მამრობითი
<b>ფაქტიური მისამართი:</b> ----- <b>ტელეფონი:</b> ----- <input type="checkbox"/> ბიოლოგიური ოჯახი <input type="checkbox"/> მინდობით ოჯახი <input type="checkbox"/> მეურვე/მზრუნველის ოჯახი <input type="checkbox"/> მცირე საოჯახო ტიპის სახლი <input type="checkbox"/> ბავშვთა სახლი <input type="checkbox"/> თავშესაფარი <input type="checkbox"/> სხვა ინსტიტუცია ----- <input type="checkbox"/> სხვა ----- -----	
<b>კანონიერი წარმომადგენელი (გვარი, სახელი და კავშირი ბავშვთან):</b>	
<b>2. ისტორიული ფაქტორები</b>	
<b>კოდი:</b> 0=არა 1=მსუბუქი 2=ზომიერი 3=მძიმე 4=ძალიან მძიმე	
<b>შენიშვნა: 4 შეიძლება დაიწეროს მხოლოდ პუნქტ 1 და 2-ში</b>	
1. სუიციდის მცდელობა წარსულში (-----) 0=არა 3=ერთი მცდელობა 4=ერთზე მეტი	
2. ფსიქოლოგიური/ფიზიკური/სექსუალური ძალადობის გამოცდილება 0=არა 1=მსუბუქი ფსიქოლოგიური/ფიზიკური ძალადობა 2=ზომიერი ფსიქოლოგიური/ფიზიკური ძალადობა 3= მძიმე ფსიქოლოგიური/ფიზიკური ძალადობა 4=სექსუალური ძალადობა ან ერთად ფიზიკური და სექსუალური ძალადობა	
3. ბიოლოგიური ოჯახის მეორე უარყოფის/უგულუბელოფის წარსული გამოცდილება	

<sup>18</sup> ალკოჰოლის საზიანოდ მოხმარების გამოვლენა და ხანმოკლე ინტერვენციები პირველად ჯანდაცვაში, AUDIT ინსტრუმენტის გამოყენებით <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2023/02/03/c4bc72d50188ab6d5d6ca5f3ceb7c14d.pdf>

<sup>19</sup> ალკოჰოლის საზიანოდ მოხმარების გამოვლენა და ხანმოკლე ინტერვენციები პირველად ჯანდაცვაში, AUDIT ინსტრუმენტის გამოყენებით <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2023/02/03/c4bc72d50188ab6d5d6ca5f3ceb7c14d.pdf>

<sup>20</sup> ალკოჰოლის, თამბაქოს და სხვა ნივთიერების მოხმარების გამოვლენა და ხანმოკლე ინტერვენციები პირველად ჯანდაცვაში, ASSIST ინსტრუმენტის გამოყენებით <https://www.moh.gov.ge/uploads/guidelines/2023/02/03/2693296ecc9656bd85177330b363ded3.pdf>

4. ანტისოციალური ქცევის ისტორია	
5. სუიციდის/სუიციდის მცდელობის ოჯახური ისტორია 0=არა 3=დიახ	
<b>3. ზოგადი კლინიკური ფაქტორები</b> კოდი: 0=არა 1=მსუბუქი 2=ზომიერი 3=მძიმე	<b>კოდი</b> (0-3)
6. დეპრესია	
7. უიმედობის განცდა	
8. ბრაზი	
9. იმპულსურობა	
10. თვითდაზიანების გამოცდილება	
11. მავნე ნივთიერებათა მოხმარება	
12. მწვავე ფსიქიატრიული სიმპტომები (მაგ. ესმის ხმები, რომლებიც მითითებებს აძლევენ), რაც შესაძლოა ზრდიდეს სუიციდის რისკს (-----)	
მდგომარეობა საყურადღებოა, თუ 6-12 კითხვებზე მაღალი (2, 3) ქულებია. დააჯამეთ ქულა.	
<b>4. სუიციდური ტენდენციები</b> კოდი: 0=არა 1=მსუბუქი 2=ზომიერი 3=მძიმე	<b>კოდი</b> (0-3)
13. ამჟამად, რამდენად ხშირად <b>ფიქრობთ</b> თვითმკვლელობაზე? 0: თითქმის არასდროს 1: ზოგჯერ (თვეში ერთხელ) თავში მომდის ასეთი აზრები 2: რეგულარულად (კვირაში ერთხელ) 3: თითქმის ყოველ დღე	
14. ამჟამად გაქვთ რაიმე <b>გეგმა</b> ან არჩეული <b>მეთოდი</b> თავის მოკვლისთვის? 0: არა 1: მაქვს ზოგადი მოსაზრებები, მაგრამ არა კონკრეტული გეგმა 2: მაქვს კონკრეტული გეგმა 3: მაქვს კონკრეტული გეგმა, არჩეული მეთოდი და დაგეგმილი თარიღი	
15. გაქვთ თავის მოკვლის <b>განზრახვა</b> ? 0: თავს არ მოვიკლავ 1: ნაკლებ სავარაუდოა, რომ თავი მოვიკლა 2: შესაძლოა მოვიკლა თავი 3: ალბათ, ახლო მომავალში თავს მოვიკლავ	
მდგომარეობა საყურადღებოა, თუ 13, 14, 15 კითხვებზე მაღალი (2, 3) ქულებია. დააჯამეთ ქულა	
<b>5. კონტექსტუალური/სიტუაციური ფაქტორები</b> კოდი: 0=არა 1=მსუბუქი 2=ზომიერი 3=მძიმე 4=მრავლობითი მძიმე დანაკარგი <b>შენიშვნა: 4 შეიძლება დაიწეროს მხოლოდ პუნქტ 16-ში</b>	<b>კოდი</b> (0-4)
16. ახლო წარსულში განცდილი დანაკარგი 4=მრავლობითი მძიმე დანაკარგი	
17. ცეცხლსასროლ იარაღზე ან სხვა თვითმკვლელობის საშუალებაზე იოლი ხელმისაწვდომობა	
18. დისფუნქციური ოჯახი (მათ შორის მიმდინარე უგულებელყოფა)	
19. პრობლემები თანატოლებთან	
20. პრობლემები სკოლაში/სამართლებრივი პრობლემები	
21. მიმზამველობა (თანატოლის ან მოზარდის კერპის სუიციდი ახლო წარსულში): 0=არა 3=დიახ	
22. სხვა მნიშვნელოვანი რისკი (დააზუსტეთ -----)	
<b>6. დამცავი ფაქტორები</b>	
<input type="checkbox"/> მჭიდრო/თბილი ურთიერთობა მშობელთან/მზრუნველთან <input type="checkbox"/> სოციალური მხარდაჭერა <input type="checkbox"/> დამღვეის უნარები	

მზრუნველის მუდმივი მეთვალყურეობა  პოზიტიური სასკოლო გამოცდილება  ცხოვრების არსი/მიზანი  
 აქტივობებში/სპორტში ჩართულობა  ფსიქიკური ჯანდაცვის მიმდინარე მკურნალობა  სხვა --  
 ----

**7. სუიციდის რისკის ჯამური ქულა** (მდგომარეობა მწვავეა, თუ მე-4 სექციის ჯამური ქულაა 6+ და ასევე: (ა) მაღალია მე-3 სექციის ჯამური ქულა ან (ბ) მაღალი ქულაა მონიშნული კითხვებზე 6 და/ან 12

დაბალი 0-15  --    საშუალო 16-24  -----    მაღალი 25+  -----    მწვავე  -----

**8. განსახორციელებელი აქტივობები:** (მონიშნეთ ყველა შესაბამისი აქტივობა)  
*შენიშვნა: სუიციდური ტენდენციების გათვალისწინება უპირატესია ჩარევის განსაზღვრისას.*

<input type="checkbox"/> თვითმკვლელობის საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა <input type="checkbox"/> პირის და მზრუნველთა ფსიქოგანათლება <input type="checkbox"/> საჭიროების შემთხვევაში ფსიქოლოგის ჩართვა <input type="checkbox"/> რისკ-ფაქტორების მონიტორინგი (6 თვეში ერთხელ) <input type="checkbox"/> სხვა: ----- --	<input type="checkbox"/> თვითმკვლელობის საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა <input type="checkbox"/> მზრუნველთა ინფორმირება <input type="checkbox"/> სუპერვიზორის ინფორმირება <input type="checkbox"/> დეპრესიის დონის განსაზღვრა <input type="checkbox"/> ფსიქოლოგის ჩართვა <input type="checkbox"/> ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისთან გადამისამართება <input type="checkbox"/> რისკ-ფაქტორების მონიტორინგი (3 თვეში ერთხელ) და მხარდაჭერა <input type="checkbox"/> სხვა: -----	<input type="checkbox"/> თვითმკვლელობის საშუალებებზე ხელმისაწვდომობის შეზღუდვა <input type="checkbox"/> მზრუნველთა ინფორმირება <input type="checkbox"/> სუპერვიზორის ინფორმირება და მასთან ერთად სტაციონირების საჭიროების განსაზღვრა <input type="checkbox"/> ფსიქოლოგის ჩართვა <input type="checkbox"/> დეპრესიის დონის განსაზღვრა <input type="checkbox"/> ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისთან დაკავშირება <input type="checkbox"/> ფსიქიატრიულ კონსულტაციაზე/ შეფასებაზე გადამისამართება <input type="checkbox"/> ფსიქიკური ჯანდაცვის სერვისთან თანამშრომლობა <input type="checkbox"/> რისკ-ფაქტორების მონიტორინგი (თვეში ერთხელ) <input type="checkbox"/> მზრუნველთა მხარდაჭერა <input type="checkbox"/> სხვა: -----	<input type="checkbox"/> კრიზისულ განყოფილებაში/ სტაციონარში მოთავსება (112) მდგომარეობის დასტაბილურებამდე ე- <input type="checkbox"/> სტაბილიზაციის შემდეგ სუიციდის რისკის განმეორებით შეფასება და შესაბამისად მაღალი ან საშუალო რისკის აქტივობების განხორციელება <input type="checkbox"/> სხვა: ----- --
---	--	--	--

**9. შეფასების დეტალები:** შეფასების თარიღი: ----- შეფასების ადგილი: -----  
 --  
 სპეციალისტის სახელი, გვარი, თანამდებობა: -----  
 შეფასებისას გამოყენებული წყაროები/მეთოდები (აღნიშნეთ ყველა გამოყენებული, საჭიროებისამებრ დააკონკრეტეთ):  
 ინტერვიუ ბავშვთან  დაკვირვება  ინტერვიუ მშობელთან/მზრუნველთან: -----  
 --  
 ინტერვიუ სხვა წყაროსთან: -----  დოკუმენტაცია  სხვა: -----  
 --

## დანართი 2. ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლი - SAAP

უილიამ ფრემოუ, ფილოსოფიის დოქტორი, ელიზაბეტ ა. ტაინერი, მეცნიერებათა მაგისტრი, ჯულია მ. სორანჯი, მეცნიერებათა მაგისტრი და რობერტ მიუზიჩი, სოციალურ-საფსიქოლოგიის მაგისტრი/ლიცენზირებული კლინიკური სოციალური მუშაკი

ოფიციალურ მონაცემებზე დაყრდნობით, ამერიკის შეერთებულ შტატებში 31 000 ადამიანზე მეტი სიცოცხლეს თვითმკვლელობით ასრულებს. იმის გამო, რომ თვითმკვლელობის ყველა შემთხვევის შესახებ არ არის ოფიციალური ინფორმაცია და ისინი არ აღირიცხება, თვითმკვლელობის ფაქტიური რიცხვი, შესაძლოა, წელიწადში 40 000-50 000 უტოლდებოდეს. თვითმკვლელობა 25 წლის ზევით, ზრდასრულ ადამიანებში, სიკვდილის გამომწვევ მიზეზებს შორის მერვე ადგილზეა, ხოლო ახალგაზრდებში, 15-დან 24 წლამდე, იგი რიგით მესამე მიზეზს წარმოადგენს. ყოველდღიურად სუიციდის დაახლოებით 85 შემთხვევა ფიქსირდება, ანუ - 1 შემთხვევა ყოველ 17 წუთში. ამერიკის შეერთებულ შტატებში თვითმკვლელობის შემთხვევების წლიური რაოდენობა ორჯერ მეტია მკვლელობების რიცხვზე. სუიციდის მცდელობების წლიური რაოდენობა აღემატება 1, 000, 000 და ეს მხოლოდ ახალგაზრდებში. მაშინ როცა სუიციდის წლიური შემთხვევების რაოდენობა 100 000 ზრდასრულ ადამიანზე არის დაახლოებით 10.7 დასრულებული სუიციდი (NIMH, 2002), მთლიანობაში სუიციდის შედეგად სიკვდილიანობის დონე 0.72%-ია (NIMH, 2002). სუიციდი დრამატულ გავლენას ახდენს ოჯახის წევრებზე და ახლო მეგობრებზე. ტერმინი „სუიციდის გამოცდილების მქონე პირი“ გამოიყენება გარდაცვლილი ადამიანის ოჯახის წევრებისა და იმ პირების მიმართ, ვისთვისაც გარდაცვლილი ძვირფასი ადამიანი იყო. ერთი სუიციდის შემთხვევის შედეგად, სულ მცირე, ექვსი „სუიციდის გამოცდილების მქონე პირი“ აღნიშნება დეპრესიისა და დანაშაულის განცდა (Simon, 2004). ეს ადამიანებიც სუიციდისა და ფსიქიკური აშლილობის გაზრდილი რისკის ქვეშ ექვევან. ამჟამად, რომ სუიციდი და სუიციდის მცდელობა ამერიკის შეერთებულ შტატებში ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს.

### ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლის ლოგიკური დასაბუთება

სუიციდური ქცევის შეფასებისა და მკურნალობის მნიშვნელობის გამო, ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციამ დაიწყო სუიციდური ქცევის მქონე პაციენტების შეფასებისა და მკურნალობის სახელმძღვანელო პრინციპების შემუშავება (ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია (APA), 2003). სახელმძღვანელო პრინციპებზე მომუშავე ხელმძღვანელმა კომიტეტმა, პრინციპების სამუშაო ჯგუფთან და მრავალრიცხოვან მრჩეველებთან ერთად, რომლებიც კარგად იცნობდნენ სუიციდური ქცევისა და რისკის შესახებ ჩატარებულ კვლევებს, შეიმუშავა სახელმძღვანელო პრინციპები. დოკუმენტი, რომელიც იწყება სუიციდის შემთხვევების 17 000 ოფიციალური ცნობისა და ინფორმაციის ანალიზით, ეფუძნება ამ სფეროში ჩატარებულ 846 ემპირიულ კვლევას. პრაქტიკული სახელმძღვანელო პრინციპების შესავალში აღნიშნულია, რომ „დოკუმენტი წარმოადგენს არსებული მეცნიერული ცოდნისა და სუიციდური ქცევის მქონე ზრდასრული ადამიანების შეფასებისა და მკურნალობის რაციონალური კლინიკური პრაქტიკა-გამოცდილების სინთეზს“ (გვ.2). დოკუმენტში აღწერილია რისკის გამომწვევი და დაცვითი 70 ფაქტორი. თუმცა, ეს ფაქტორები არ არის ორგანიზებული იმ სახით, რომელიც გამოსადეგი იქნებოდა, როგორც შეფასების ინსტრუმენტი. ზრდასრული ადამიანების პროტოკოლი, როგორც ფსიქიკური აშლილობის მქონე შემოსული პაციენტებისა და სუიციდის რისკის შეფასებისათვის სკრინინგის სასარგებლო ინსტრუმენტი ავტორების მიერ შემუშავებულია არსებული ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების სტრუქტურირებულ ინტერვიუებზე დაყრდნობით (Fremouw, Strunk, Tyner, & Musick - მზადდება გამოსაცემად).

წინამდებარე დოკუმენტში აღწერილ, ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლს აქვს ემპირიული საფუძველი, რომელიც ეყრდნობა სუიციდის შეფასების ინდიკატორების

ადრეულ ანალიზს, რომელიც განახორციელეს ფრემოუმ, დეპრკელმა და ელისმა (Fremouw, dePercell, & Ellis 1990), და ჩატარებული კვლევის მიმოხილვას, რომელიც შესულია ამერიკის ფსიქიატრების პრაქტიკულ სახელმძღვანელოში (APA, 2003); იგი, ასევე, ეყრდნობა საიმონის 2004 წლის სახელმძღვანელო პრინციპებს, რომლებიც მოცემულია ნაშრომში სუიციდური რისკის შეფასება და მართვა. გარდა ამისა, ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლი შეიცავს ბოლოდროინდელ ემპირიულ და თეორიულ დაკვირვებებს (Joiner, Pettit, Walker, Voelz, Cruz, Rudd, & Lester, 2002; Wingate, Joiner, Walker, Rudd & Jones, 2004), რომლებიც ყურადღებას ამახვილებენ სუიციდის მრავალჯერადი მცდელობების უნიკალურ მახასიათებლებზე, სუიციდის დაგეგმვისა და მზადყოფნის გადამწყვეტ როლზე და ადამიანის მიერ იმის გააზრებაზე, რომ ეს უკანასკნელი წარმოადგენს ტვირთს სხვებისათვის, რაც რისკის ზღვრული დონის განმსაზღვრელ ფაქტორს წარმოადგენს. ამჟამად, მიმდინარეობს ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლის პრაქტიკაში გამოცდა/ტესტირება და ეს ხორციელდება ველის ფსიქიატრიული კლინიკის ამბულატორიულ პაციენტებზე; კლინიკა წარმოადგენს ადგილობრივ ფსიქიატრიულ დაწესებულებას. ჩვენ მივესალმებით ამ დოკუმენტის მკითხველების კომენტარებსა და მოსაზრებებს შეფასების ზემოაღნიშნული ინსტრუმენტის შესახებ.

ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლი წარმოადგენს ზემოაღნიშნული რესურსების ინტეგრაციას, რომლის მიზანიც იყო სტრუქტურირებული კლინიკური ინტერვიუს ფორმის შემუშავება 25-დან 64 წლამდე ზრდასრული ადამიანების სისტემატური შეფასების მიზნით.

ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლი, რისკის შეფასების ზოგად მოდელზე დაყრდნობით, რომელიც შეიცავს როგორც სტატიკურ, ისე დინამიურ ფაქტორებს, იყოფა ნაწილებად. სტატიკური ფაქტორებია დემოგრაფიული და ისტორიული ცვლადები, რომლებიც არ იცვლება არანაირი ინტერვენციის შედეგად. დინამიური ფაქტორები მოიცავს კლინიკურ, კონტექსტურ და დაცვით ცვლადებს, რომლებსაც აქვთ მოდიფიცირების პოტენციალი.

კლინიკური ფაქტორები, შედარებითი მუდმივობის საფუძველზე, კიდევ იყოფა ორ კატეგორიად: კლინიკური სტაბილური ცვლადები, როგორც არის II აქსისის დიაგნოზი და კლინიკური დინამიკური ცვლადები, როგორც არის სუიციდის არსებული გეგმები. ეს უკანასკნელი ბევრად მწვავეა და შესაძლოა იცვლებოდეს ყოველდღიურად.

ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლი არის სტრუქტურირებული ინტერვიუ მოზრდილი ადამიანების სუიციდის რისკის განსაზღვრის მიზნით, რომელიც თავისი ფორმატით არის HCR 20-ის (+Webster, Douglas, Laves, & Hearn, 1995) და ახალგაზრდების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლის (Fremouw et al., მზადდება გამოსაცემად) მსგავსი, რომელიც აღწერს ფსიქიატრიული სავადმყოფოების სტაციონალური პაციენტების მიერ შესაძლო ძალადობის რისკს და სუიციდის რისკს ახალგაზრდებში. ინტერვიუზე, თანმდევ ინფორმაციასა და ჩანაწერების გაანალიზებაზე დაყრდნობით ხდება ადამიანის შეფასება 28 პუნქტის მიხედვით. თითოეულ პუნქტს აქვს შემდეგი სახის შეფასება - დაბალი, საშუალო ან მაღალი; ხუთ პუნქტს აქვს დამატებით ზღვრული რისკის დონე. როგორც ბატონი საიმონი (Simon, 2004) გვთავაზობს, სუიციდის რისკის შეფასება ეფუძნება კლინიკურ შეფასებას და არა მთლიანი ქულების რაოდენობას. ეს საშუალებას გვაძლევს გავითვალისწინოთ უნიკალური და განმასხვავებელი ფაქტორები, რომლებიც ადვილად შეიძლება გამოგვრჩეს სტანდარტული ტესტის ჩატარებისას. პროტოკოლის შევსების შემდეგ, იკრიბება იმ პუნქტების რაოდენობა, რომელთაც აქვთ დაბალი, საშუალო, მაღალი და ზღვრული რისკის ქულები. ყურადღება ექცევა უნიკალურ ფაქტორებს და ამის შემდეგ ინტერვიუერი ანიჭებს ადამიანს რისკის ოთხი კატეგორიიდან ერთ-ერთს: სუიციდის დაბალი, საშუალო, მაღალი ან ზღვრული რისკის კატეგორიას.

აღნიშნული პუნქტების დაყოფა დაბალი, საშუალო, მაღალი და ზღვრული რისკის დონეებად ეყრდნობა კვლევებს, რომლის დროსაც გამოყენებული იყო სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული კოეფიციენტები (SMR). ჰარისმა და ბარაკლოუმ (Harris and Barraclough 1997) ჩაატარეს 249 ანგარიშის მეტა-ანალიზი; ამ ანგარიშებში მოცემული იყო 44 სამედიცინო და ფსიქიატრიული აშლილობისა და



სუიციდის შემთხვევა და მათი, სულ მცირე, ორი წლის შედგომი პერიოდის მონაცემები. მათ გამოთვალეს სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული კოეფიციენტი კონკრეტული აშლილობის დროს სუიციდის ფარდობითი რისკის დონის შედარებით სუიციდის სავარაუდო დონესთან ჩვეულებრივ მოსახლეობაში. შედეგად, გაირკვა, რომ მაგალითად ადამიანებში, რომლებსაც აღენიშნებოდათ სუიციდის მცდელობები წინა პერიოდებში, სიკვდილიანობის სტანდარტიზებული კოეფიციენტი იყო 38:1, ხოლო ადამიანებში ღრმა დეპრესიის დიაგნოზით - 20:1; ჩვეულებრივ მოსახლეობაში კი ეს მაჩვენებელი იყო 1:1. დამატებითი პუნქტები, რომლებიც არ იყო შეტანილი ჰარისისა და ბარაკლოუს (Harris and Barraclough, 1997) მეტა-ანალიზში, კოდირებული იყო, როგორც დაბალი, საშუალო, მაღალი და ზღვრული რისკის პუნქტები. ეს განსაზღვრება ეფუძნებოდა ემპირიულ ლიტერატურას, სადაც მოცემული იყო რისკის კოეფიციენტები. მაგალითად, სუიციდის არსებობა ოჯახის ისტორიაში, ადამიანის სუიციდის რისკის დონეს ზრდის 4.5:1-ჯერ (APA, 2003).

თითოეული პუნქტისათვის არის რისკის ოთხი შემდეგი კატეგორია:

<u>კატეგორია</u>	<u>ალბათობა</u>
დაბალი რისკი	1-2.9 :1
საშუალო რისკი	3-4.9 :1
მაღალი რისკი	5-14.9 :1
ზღვრული რისკი	15+ :1

ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლში შესული 28 პუნქტი ის პუნქტებია, რომლებიც ფრემოუს, დეპერსელისა და ელისის (Fremouw, dePercell, and Ellis, 1990), აგრეთვე, საიმონის (Simon, 2004) სახელმძღვანელო პრინციპების თანახმად ზოგადად გამოსადეგია შეფასებისათვის. პუნქტები ეხება სუიციდის ჩადენილ აქტს და არა მცდელობებს. მაგალითად, ქალებს მამაკაცებთან შედარებით აქვთ მაღალი, 3:1 თანაფარდობა სუიციდის მცდელობაში, მაგრამ მამაკაცებს აქვთ მაღალი, 4:1 თანაფარდობა სუიციდის განხორციელებულ აქტში ვიდრე ქალებს. ამიტომ, სუიციდის აქტისათვის მამაკაცი კოდირებულია საშუალო რისკის პუნქტად, ხოლო ქალი - დაბალი რისკის პუნქტად (APA, 2003).

**ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლის სახელმძღვანელო**

ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლში გამოყენებულია ექვსი ფაქტორი: **დემოგრაფიული, ისტორიული, კლინიკური (სტაბილური), კლინიკური (მწვავე), კონტექსტური და დამცავი.** დემოგრაფიული პუნქტები არის სტატიკური ანუ უცვლელი და მათში შედის: სქესი, ასაკი, რასა და ოჯახური მდგომარეობა. **ისტორიული** პუნქტებიც სტატიკურია და მათში შედის სუიციდის მცდელობების ისტორია, ბოლოდროინდელი, დაგეგმილი სუიციდის მცდელობები, ოჯახის წევრების მიერ ჩადენილი სუიციდის მცდელობები/ჩადენილი აქტი და ბავშვობის ტრავმები. **კლინიკური (სტაბილური)** პუნქტებია I, II და III - აქსისი დიაგნოზები. **კლინიკური (მწვავე)** ფაქტორები მოიცავს სუიციდის დაგეგმვა/მომზადებას, სუიციდის სურვილს/იდეაციას, ქცევითი/ემოციური კონტროლის დაკარგვას, უიმედობას, სხვისთვის ტვირთად ყოფნის განცდას, შფოთვის/პანიკას, ფსიქოზს (ჰალუცინაციებს/ცნობიერების დაბნელებას) და ალკოჰოლურ ან ნარკოტიკულ ინტოქსიკაციას. **კონტექსტური პუნქტები** დინამიკური ანუ ცვლადია და მოიცავს ცეცხლსასროლ იარაღთან წვდომას, ბოლოდროინდელ დანაკარგს, სოციალურ იზოლაციას და პატიმრობას. **დამცავი პუნქტებიც** დინამიკურია და მოიცავს პასუხისმგებლობას ოჯახის მიმართ, რელიგიურ მრწამსს, გამკლავების/პრობლემის მოგვარების უნარს და სოციალურ მხარდაჭერას. გარდა ამისა, **სხვა ფაქტორების** ნაწილში შეტანილია ნებისმიერი უნიკალური პუნქტი, ძლიერი და სუსტი მხარეები, რამაც შესაძლოა სუიციდის რისკზე გავლენა მოახდინოს.

შემდეგი ნაწილები აღწერს 28 პუნქტის/ფაქტორის კოდირების პრინციპებს. ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლი მოცემულია დანართში „ა“. თუ სხვა რამ არ არის

მიითითებული, თითოეული პუნქტის კოდირების ემპირიული საფუძვლის გაგების მიზნით, იხილეთ ამერიკის ფსიქიატრიის პრაქტიკული სახელმძღვანელო პრინციპები (APA, 2003).

**ა. დემოგრაფიული ფაქტორები**

1. სქესი: ქალები კოდირებულია დაბალ რისკად, ხოლო მამაკაცები - საშუალო რისკად.
2. ასაკი: 45 წლამდე მამაკაცები კოდირებულია დაბალ რისკად, ხოლო 45-65 წლამდე - საშუალო რისკად; ქალები ყველა ასაკში კოდირებულია დაბალ რისკად;
3. რასა: ყველა, გარდა თეთრი რასის წარმომადგენლებისა, კოდირებულია დაბალ რისკად, ხოლო თეთრი რასის - საშუალო რისკად.
4. ოჯახური მდგომარეობა: დაოჯახებული ადამიანები კოდირებულია დაბალ რისკად, ხოლო ყველა სხვა დანარჩენი: მარტოხელები, გაცილებულები ან დაქვრივებულები - საშუალო რისკად.

**ბ. ისტორიული ფაქტორები**

5. წარსულში სუიციდის მცდელობები: სუიციდის მცდელობა არის თვითდაზიანებისაკენ გამიზნული ნებისმიერი ქმედება, რომელსაც თან ახლავს სიკვდილის გარკვეული ალბათობა. სუიციდის ერთი წინა შემთხვევა კოდირებულია მაღალ რისკად, ხოლო ორი ან მეტი შემთხვევა - ზღვრულ რისკად.
6. ბოლოდროინდელი, დაგეგმილი სერიოზული მცდელობა: სუიციდის დაგეგმილი, არაიმპულსური მცდელობა წინა სამი თვის განმავლობაში, რომელსაც ჰქონდა საშუალო ლეტალობა (მაგალითად, საჭიროებდა სამედიცინო ჩარევას) კოდირებულია ზღვრულ რისკად.
7. ბავშვობის ტრავმა: ბავშვობისდროინდელი მწვავე ან ქრონიკული სახის ფიზიკური, სქესობრივი ან ფსიქოლოგიური ძალადობა კოდირებულია მაღალ რისკად, ხოლო ნაკლებად ძლიერი და მკაცრი ძალადობა - საშუალო რისკად;
8. ოჯახში სუიციდის მცდელობა/აქტი: სუიციდის მცდელობა ან აქტი ჩადენილი ოჯახის პირველი რიგის წევრების მიერ (მშობლები, და-ძმა) კოდირებულია, როგორც საშუალო რისკი.

**გ. კლინიკური ფაქტორები – სტაბილური**

9. I-აქსისის დიაგნოზები: შფოთვითი აშლილობები კოდირებულია, როგორც საშუალო რისკი; შიზოფრენია ან ალკოჰოლზე დამოკიდებულება კოდირებულია, როგორც მაღალი რისკი. დეპრესიული აშლილობები, ბიპოლარული აშლილობები, ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება (ოპიოიდები ან სედატივები), კვებითი აშლილობები კოდირებულია, როგორც ზღვრული რისკი. დასკვნა შესაძლოა ეფუძნებოდეს სამედიცინო ჩანაწერებს ან ყოვლისმომცველ შეფასებას.
10. III-აქსისის დიაგნოზები: ჰანტინგტონის ქორეა, სიმსივნე და გაფანტული სკლეროზი კოდირებულია, როგორც დაბალი რისკი; ზურგის და თავის ტვინის დაზიანება - საშუალო რისკი; ხოლო აივ/შიდსი - მაღალი რისკი. ასევე, სუიციდთან ასოცირდება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის სიმსივნეები, კანის ტუბერკულოზი და თირკმელის უკმარისობა. სხვა დაავადებების დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს თანმდევი აშლილობითი ეფექტების არსებობა ან არარსებობა, გავლენა ფუნქციონაზე და სხვებისათვის ტვირთად ყოფნის სუბიექტური აღქმა.
11. II-აქსისის დიაგნოზები: „ჯგუფი ბ-ს“ ნებისმიერი სახის პიროვნული აშლილობები (მოსაზღვრე მდგომარეობა, ნარცისიზმი, ანტისოციალური ან თეატრალური/დრამატული) და პიროვნული აშლილობის სიმპტომების კომბინაცია კოდირებულია, როგორც საშუალო რისკი. ეს, როგორც წესი, დგინდება ფსიქიატრიული ჩანაწერების საფუძველზე, თუმცა შესაძლოა გამომდინარეობდეს მიმდინარე შეფასებიდანაც.

**დ. კლინიკური ფაქტორები – მწვავე**

ქვემოთ მოცემული პუნქტების შეფასება უნდა მოხდეს მდგომარეობის სიმწვავეს ამსახველი კლინიკური დიაგნოზის საფუძველზე. აქ ყოველთვის ვერ იქნება გამოყენებული ზემოთ რეკომენდებული დაბალი, საშუალო, მაღალი და ზღვრული კატეგორიები.

12. სუიციდის დაგეგმვა/მომზადება: სუიციდის გეგმა/მზადება უნდა განვასხვავოთ

სუიციდური ფიქრებისაგან. „გეგმა“ გულისხმობს თავის მოკვლის განზრახვას, რაც განასხვავებს მას სუიციდური აზრებისგან. (Wingate et al., 2004). დაგეგმვისა და მომზადების შემთხვევაში პიროვნებას აქვს მზაობა, რომ სუიციდი განახორციელოს და სჯერა, რომ ჩანაფიქრს ბოლომდე მიიყვანს. მას აქვს კონკრეტული და დეტალური გეგმა, ასევე საშუალებები და შესაძლებლობა, რომ გეგმა სისრულეში მოიყვანოს (Wingate et al., 2004). თუ ყველა ზემოაღნიშნული კრიტერიუმი დაკმაყოფილებულია, გამოყენებული უნდა იყოს ზღვრული რისკის კოდირება, ან მაღალი და საშუალო რისკი გამომდინარე მომზადებისა და გეგმის დეტალურობიდან.

13. სუიციდური აზრები/იდევები: ეს პუნქტი შეეხება სუიციდის მცდელობასთან დაკავშირებით ადამიანის იმ პერიოდისათვის არსებულ აზრებსა და იდეებს. უნდა გამოვიკვლიოთ, სურს თუ არა ადამიანს სიკვდილი, რამდენად ხშირად უჩნდება ასეთი ფიქრები (სიხშირე), სურს თუ არა სიცოცხლე, ჰქონდა თუ არა სუიციდის პასიური მცდელობები (მანქანის თავზეხელაღებული მართვა, ნარკოტიკების ჭარბი დოზა), აქვს თუ არა მცდელობის სურვილი, აპირებს თუ არა სუიციდის მცდელობის განხორციელებას მოცემულ მომენტში ან ახლო მომავალში და საუბრობს თუ არა სიკვდილზე უფრო ხშირად, ვიდრე ჩვეულებრივ (Wingate et al., 2004).

14. ქცევითი/ემოციური კონტროლის დაკარგვა: ეს პუნქტი ეხება იმპულსურ ქცევას და ემოციებს, რომლებიც შესაძლოა აღვწეროთ, როგორც უკონტროლო ან ირაციონალური, როგორებიცაა უკიდურესი ეჭვიანობა და სიბრაზე. შესაძლოა არსებობდეს კავშირები ამ პუნქტსა და პიროვნულ აშლილობებს შორის, როგორიცაა ანტისოციალური ან მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა. კვლევებმა გვიჩვენა, რომ ეს პიროვნული აშლილობები, ყველაზე მეტად, ასოცირდება სუიციდთან (Wingate et al., 2004).

15. უიმედობა: დეპრესიის ეს კოგნიტური ელემენტი მნიშვნელოვანია სუიციდის რისკის შეფასების პროცესისთვის. უიმედობა არის ისეთი ფიქრების მიმანიშნებელი, რომ მომავალი ვერ იქნება უკეთესი და რომ სხვა არჩევანი არ არსებობს. ადამიანის ახლო და შორეულ მომავალზე გეგმებისა და ფიქრების გამოკვლევა და არა პირდაპირ შეკითხვის დასმა უიმედობის შესახებ შესაძლოა იყოს ის გზა, რომელიც მოგვცემს ამ პუნქტის გამოკვლევის საშუალებას.

16. ტვირთად ყოფნის აღქმა: არაკომპეტენტურობის განცდა ყველაზე მძაფრი და თვალშისაცემია, როცა ადამიანი განიცდის სხვის ტვირთად ყოფნას. შეგრძნება, რომ იგი არის სხვისი ტვირთი არის სუიციდის ჩადენის ერთ-ერთი ყველაზე ძლიერი მიზეზი (Wingate et al., 2004).

17. შფოთვა/პანიკა: ეს გრძნობები უკავშირდება ძლიერ ფსიქოლოგიურ აგზნებას (ბრძოლის ან გაქცევის სისტემა) და შესაძლოა გამოიწვიოს დაუფიქრებელი გადაწყვეტილების მიღება და ირაციონალური აზროვნება.

18. ფსიქოზი (აზროვნების დარღვევები/ჰალუცინაციები): მიუხედავად იმისა, რომ თავად ფსიქოზი არ ზრდის სუიციდის რისკს, ისეთი აზროვნების დარღვევები და, განსაკუთრებით, იმპერატიული ჰალუცინაციები, რომლებიც პიროვნებას თვითდაზიანებისკენ უბიძგებენ და როდესაც კონტროლის უნარი და თვითრწმენა დაქვეითებულია, მნიშვნელოვნად ზრდიან თვითმკვლელობის ალბათობას. ასევე, გათვალისწინებული უნდა იყოს მშობიარობის შემდეგომი პერიოდის ფსიქოზი.

19. ინტოქსიკაცია: ალკოჰოლის განმამუხრუჭებელი ეფექტი სუიციდის მნიშვნელოვანი რისკის ფაქტორი. სხვადასხვა კლინიკური ფაქტორები ერთობლიობა, ზოგადად, ზრდის სუიციდის რისკის, თუმცა განსაკუთრებით სახიფათო კლინიკური ფაქტორებისა და წამალმომხმარების კომბინაციაა.

## **ე. სიტუაციური/კონტექსტუალური ფაქტორები**

20. წვდომა ცეცხლსასროლ იარაღთან: ხშირად სუიციდის განხორციელების ფორმის შერჩევა ხდება იმის მიხედვით, თუ რა არის უფრო მოსახერხებელი და ხელმისაწვდომი. ამიტომ, წვდომა ცეცხლსასროლ იარაღთან ძალიან ზრდის რისკს, განსაკუთრებით, როცა იარაღი არ არის ჩაკეტილი; იგი არის დატენილი და ინახება საცხოვრებელ ადგილას ან მანქანაში. დატენილი იარაღის ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში ვიყენებთ კოდირებას ზღვრული რისკი.

21. ბოლოდროინდელი დანაკარგი: ბოლოდროინდელმა ან მოსალოდნელმა დანაკარგმა ან

იმედგაცრუებამ შესაძლოა უბიძგოს ან გაამძაფროს სუიციდური ქცევა. ასეთებია, საყვარელი ადამიანის სიკვდილი, რომანტიკული ურთიერთობების შეწყვეტა ან დასრულება, განქორწინება ან დაცილება, სამუშაოს დაკარგვა, გაკოტრება ან ბოლოდროინდელი იმედგაცრუება (დაწინაურებაზე უარის მიღება, რომანტიკულ შეხვედრაზე უარი). ადამიანის მიერ დანაკარგის ან იმედგაცრუების აღქმის სიმძაფრე განსაზღვრავს სუიციდის რისკის ფაქტორის სიმძლიერეს. რაც უფრო ახლო წარსულშია გადატანილი დანაკარგი, მით უფრო მაღალია მისი ზემოქმედების პოტენციალი. მრავალჯერადი დანაკარგი ზრდის სუიციდის რისკს.

22. სტრესის გამომწვევი მიზეზები: სტრესის გამომწვევმა მიზეზებმა შესაძლოა ბიძგი მისცეს და/ან გააძლიეროს სუიციდური ქცევა. სტრესის გამომწვევი მიზეზებია ფინანსური არასტაბილურობა, კონფლიქტი მეუღლესთან, უმუშევრობა და სამუშაოსთან დაკავშირებული სტრესის ფაქტორები. რაც უფრო იზრდება სტრესის გამომწვევი ფაქტორების რაოდენობა და აღქმის სიმძაფრე, მით უფრო იზრდება სუიციდის რისკი. სტრესის ფაქტორების შეფასების მიზნით, უნდა გავითვალისწინოთ ადამიანის ცხოვრების ბევრი ასპექტი.

23. სოციალური იზოლაცია: სოციალურ საქმიანობებში ჩართულობის და ინტეგრაციის არარსებობა და მარტო ცხოვრება ზრდის სუიციდის რისკს. სოციალური იზოლაციის ბოლოდროინდელმა ან მოულოდნელმა ფაქტმა შესაძლოა მიუთითოს სუიციდის მაღალ ალბათობაზე.

24. პატიმრობა: სუიციდი სიკვდილის მთავარი მიზეზია სასჯელაღსრულებით დაწესებულებებში. ამ დაწესებულებებში სუიციდის შემთხვევების უმეტესობა ხორციელდება საპატიმროში მიყვანიდან 24 საათის განმავლობაში. სუიციდის აქტს ძირითადად ახორციელებენ ახალგაზრდები, თეთრკანიანები, მარტოხელები და ნარკოტიკების ავად მოხმარების ისტორიის მქონე ინტოქსიციის მდგომარეობაში მყოფი ადამიანები. ყველაზე ხშირად გამოყენებული მეთოდი არის ჩამოხრჩობა.

### **დამცავი ფაქტორები**

ამ ნაწილში მოცემული პუნქტების რიგითობა წარმოადგენს ზემოთ გამოყენებული რიგითობის/ქულების საპირისპირო სქემას. მაგალითად, ზემო შემთხვევაში, სხვადასხვა კატეგორიიდან პუნქტის არსებობა მიუთითებს რისკის უფრო მაღალ დონეზე. ამ კატეგორიაში კი, პირიქით, პუნქტის არსებობა მიუთითებს დაბალ რისკზე.

25. პასუხისმგებლობა ოჯახის წინაშე: ოჯახის წინაშე სიყვარულისა და პასუხისმგებლობის გრძნობის აღიარება და ოჯახის მხრიდან სიყვარულის გაცნობიერება წარმოადგენს სუიციდის დამცავ ფაქტორებს. ოჯახში ბავშვების არსებობამ შესაძლოა გააძლიეროს ოჯახის მიმართ პასუხისმგებლობის შეგრძნება, განსაკუთრებით ქალების შემთხვევაში. ოჯახის წევრების წინაშე პასუხისმგებლობის, კუთვნილებისა და კავშირების არარსებობამ შესაძლოა გაზარდოს სუიციდის რისკი.

26. რელიგიური რწმენა: რელიგიურობამ და ღრმა რწმენამ შესაძლოა შეამციროს სუიციდის ალბათობა იმ შემთხვევაში, თუ ადამიანს სჯერა, რომ სუიციდი ცოდვა და ამორალური ქმედებაა. რწმენამ და რელიგიური წესების დაცვამ შესაძლოა გამკლავების მექანიზმის როლი შეასრულოს, რაც ფსიქოლოგიური სტრესის შემცირებასა და იმედის ჩასახვას შეუწყობს ხელს. ადამიანისაგან უნდა მივიღოთ ინფორმაცია მისი რწმენისა და სუიციდის მიმართ რელიგიური დამოკიდებულების შესახებ.

27. გამკლავების/პრობლემის მოგვარების უნარი: სტაბილური, დამოუკიდებელი ისტორიის მქონე ადამიანები, რომლებსაც აქვთ გამკლავებისა და პრობლემების მოგვარების უნარი, წარმოადგენენ სუიციდის ნაკლები რისკის კატეგორიას. სრულყოფილი გამოკვლევა მოიცავს ადამიანის რეაქციას წინა პერიოდში არსებული სტრესების მიმართ, პიროვნულ თვისებებს, აზროვნების სტილს და ნივთიერებების ავად გამოყენების ფაქტებს. ასევე, უნდა შეფასდეს, ახერხებს თუ არა ადამიანი სულიერ ტანჯვასთან სხვა ფორმებით გამკლავებას ისე, რომ არ გამოიყენოს სუიციდი. თუ სუიციდის მოტივაცია არის გაქცევა, ბრაზი/შურისძიება ან, დანაშაულის განცდა, მაშინ იზრდება სუიციდის რისკი.

28. სოციალური მხარდაჭერა: სოციალური მხარდაჭერა ადამიანმა შესაძლოა მიიღოს ოჯახისაგან, მისთვის მნიშვნელოვანი ადამიანებისაგან, მეგობრებისაგან, თანამშრომლებისაგან ან ორგანიზაციების წევრებისაგან. კონკრეტული ადამიანის პოზიციიდან უნდა შეფასდეს მხარდაჭერის ოდენობა და ხარისხი. მხარდაჭერის სისტემასთან/წყაროსთან კუთვნილებისა და კავშირის შეგრძნებამ

შესაძლოა გადაფაროს სხვა რისკ-ფაქტორები და შეამციროს სუიციდის რისკი. გარდა ამისა, დამცავი ფაქტორი შესაძლოა იყოს იმის შიში, რომ სუიციდი გამოიწვევს სოციალურ გაკიცხვას.

## **ზ. სხვა ფაქტორები**

სუიციდის რისკი შედგება რისკის უამრავი ფაქტორის რთული კომბინაციებისაგან. საკონტროლო სიაში მოცემული ჩამონათვალი ყოველთვის არ ითვალისწინებს რისკის კონკრეტულ მახასიათებელ ფაქტორებს, ძლიერ ან სუსტ მხარეებს. ამ ნაწილში გააკეთეთ ყველა იმ ფაქტორის ჩამონათვალი, რაც კი შესაძლოა იყოს ადამიანისათვის სუიციდის რისკისაგან დამცავი ფაქტორი.

### **რეაგირებისათვის საჭირო სახელმძღვანელო პრინციპები**

მას შემდეგ, რაც ინტერვიუერი გაანალიზებს და მიაჩნებს კოეფიციენტებს 28 პუნქტიდან თითოეულს, გამოითვლება რისკის კატეგორიაში მოხვედრილი პუნქტების მთლიანი რაოდენობა. ამის შემდეგ გამოითვლება 21 მაღალი რისკის და ხუთი ზღვრული რისკის დადგენილი პუნქტების რაოდენობა. თუ აღმოჩენილი მაღალი და ზღვრული რისკის პუნქტები მიეკუთვნება კლინიკურ-მწვავე, სიტუაციურ/კონტექსტუალურ ან დამცავ ფაქტორებს, მაშინ სუიციდის რისკი ბევრად უფრო გარდაუვალია ვიდრე იმ პუნქტების შემთხვევაში, რომლებიც მიკუთვნებულია დემოგრაფიულ ან ისტორიულ ფაქტორებს. პუნქტების სრულად გაანალიზების საფუძველზე, ნებისმიერი, „სხვა პუნქტების“ ჩათვლით, ინტერვიუერი ადგენს რისკის საბოლოო შეფასებას, როგორც დაბალი, საშუალო, მაღალი ან ზღვრული დონისას და ახორციელებს შესაბამის და სათანადო რეაგირებას რათა უზრუნველყოს კლიენტის უსაფრთხოება.

ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლის მეორე გვერდზე მოცემულია თერთმეტი შესაძლო ქმედება და კიდევ „სხვა“ ქმედებები. ფრემოუსა და სხვების (Fremouw et al., 1990) მიერ პირველად გაკეთებულ ჩამონათვალში, ეს ქმედებები ჩამოყალიბებულია იერარქიული თანმიმდევრობით, თუმცა მათი გამოყენება შესაძლებელია ნებისმიერი სხვა რიგობითობით იმ შემთხვევაში, როცა პროფესიონალს, რომელიც ამაზე იღებს გადაწყვეტილებას, აქვს დასაბუთებული და გონივრული მოსაზრება ამ ქმედებებთან დაკავშირებით. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია კონსულტაციები კოლეგებთან და ზედამხედველებთან, როდესაც საქმე ეხება მაღალი ან ზღვრული რისკის ადამიანებს. ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლის, კონსულტაციებისა და დოკუმენტაციის გამოყენება ადასტურებს, რომ ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროს პროფესიონალი მოქმედებს პროფესიული აზრის ჩამოყალიბებისათვის საჭირო მაღალი სტანდარტების დაცვით და იყენებს პაციენტების შეფასებისა და მასთან მუშაობის საუკეთესო გამოცდილებას.

თუ, შეფასების შედეგად, ადამიანი მოხვდა დაბალი რისკის კატეგორიაში, მაშინ ცხადია, რომ შემდეგი კითხვა სუიციდის რისკის შესახებ გამოიწვევს ნაკლებ შემფოთებას. თუმცა, შემფასებელი აგრძელებს მონიტორინგს რათა დაადგინოს ფაქტორებში შესაძლო ცვლილებები, როგორცაა ბოლო დროს განცდილი დანაკარგი, სტრესის ფაქტორები, დეპრესია და უიმედობა ან სოციალური იზოლაცია.

თუ ადამიანი მიეკუთვნება უფრო მაღალი რისკის კატეგორიას, უნდა განხორციელდეს რამდენიმე მოქმედება. უპირველეს ყოვლისა, უნდა ეცნობოს ოჯახს, მომვლელებს და ამ პირისათვის მნიშვნელოვან ადამიანებს, რადგან ამის შედეგად, ექიმის მეთვალყურეობასთან ერთად, ხდება ზრუნვის გაძლიერება-გაფართოვება. ეს ადამიანები ხშირად გადაამწყვეტ როლს ასრულებენ რისკის მონიტორინგის კუთხით და კონკრეტული, წინასწარი და აუცილებელი ზომების მიღების თვალსაზრისით, როგორცაა მაგალითად, ცეცხლსასროლი იარაღის დამალვა სახლში. როგორც აღნიშნულია პროტოკოლის განსახორციელებელი ქმედებების ნაწილში, შემფასებელმა უნდა გაითვალისწინოს ა) გადაყვანა ამბულატორიულ მკურნალობაზე; ბ) ფსიქიატრიული კონსულტაციის ჩატარება (და შესაძლო მედიკამენტების გამოყენება); გ) კონსულტაციები კოლეგებთან და ზედამხედველებთან რისკის შეფასების მიზნით. ეს სამი ნაბიჯი მკაცრად რეკომენდებულია იმ პირებისათვის, ვინც, როგორც მინიმუმ, არიან საშუალო რისკის კატეგორიაში. ამ ნაბიჯების განხორციელება გააძლიერებს მკურნალობას, მოვცემს დამატებით რესურსებს, როგორცაა მედიკამენტები და უზრუნველყოფს რისკის შეფასების მიზნით შემფასებლის მიერ სხვა პროფესიონალებთან კონსულტაციების ჩატარებას. კოლეგებთან კონსულტაციები არის იმის დადასტურება, რომ თქვენ წუხხართ და განიცდით ადამიანის რისკის მდგომარეობას და მის

საჭიროებებს. კონსულტაციების დოკუმენტაცია მნიშვნელოვანია სათანადო პროფესიული მიდგომის დემონსტრირების მიზნით.

დამატებითი ქმედებები, რომლებიც შესაძლოა განხორციელდეს იმ ადამიანებთან დაკავშირებით, ვისაც დაუდგინდება საშუალო, მაღალი ან ზღვრული რისკის კატეგორიები, შეტანილია არასუიციდური ქცევის კონტრაქტში. ასეთი კონტრაქტი არის ერთ-ერთი იმ ბევრი თერაპიული სტრატეგიებიდან, რომლებიც ფართოდ გამოიყენება. ეს კონტრაქტები დამტკიცებულია კლინიკურად და თვალნათელს ხდის მკურნალის ზრუნვას პაციენტის მდგომარეობაზე. თუმცა, მხოლოდ კონტრაქტი არ არის საკმარისი იმისათვის, რომ პაციენტმა არ მიაყენოს ზიანი საკუთარ თავს.

მკაცრად რეკომენდირებულია ოჯახის წევრების, მომვლელებისა და ადამიანისათვის მნიშვნელოვანი პირებისათვის ინფორმაციის მიწოდება. თუმცა, თუ საშიშროება და ზიანი არ არის გარდაუვალი, საასურველია, პაციენტისაგან მივიღოთ ნებართვა ოჯახისათვის, მომვლელებისა და სხვა ადამიანისათვის მნიშვნელოვანი პირებისათვის რისკის შეტყობინების შესახებ მანამ, სანამ დავარღვევთ კონფიდენციალობის მოთხოვნებს. თუ საშიშროება ცხადია და გარდაუვალი, ასეთ შემთხვევაში არ მოქმედებს კონფიდენციალობის პრინციპები, რადგან ფსიქიატრმა უნდა იმოქმედოს და დაიცვას ადამიანის სიცოცხლე რისკისაგან. ამიტომ, სხვა მხარეებს უნდა ეცნობოთ პაციენტის რისკის შესახებ და ეთხოვოთ დახმარება სოციალური მხარდაჭერისა და მკურნალობის ჩატარების მიზნით.

ცეცხლსასროლ და სხვა სახის იარაღთან წვდომის შეზღუდვა იმპერატიულია საშუალო, მაღალი და ზღვრული რისკის ადამიანებისათვის. ამის მიღწევა დამოკიდებულია იმაზე, თუ სად იქნება შენახული ცეცხლსასროლი თუ სხვა სახის იარაღი. იარაღთან წვდომის შეზღუდვის ან მათი, როგორც სიცოცხლისათვის საშიში საშუალებების მოცილების მიზნით სხვა მხარეების ჩართვა ყველაზე კონსერვატიული მიდგომაა. უბრალოდ თხოვნა პაციენტისათვის, რომ თავიდან მოიცილოს სიცოცხლისათვის საშიში საშუალებები არ იქნება საკმარისი იმისათვის, რომ ჩავთვალოთ რომ ეს ნაბიჯი გადადგმულია და ამოცანა შესრულებულია. მოკლედ რომ ვთქვათ, ლეტალურ საშუალებებთან წვდომის შეზღუდვა მოითხოვს სხვა მხარეების ჩართულობას.

უნდა გავითვალისწინოთ და ვიფიქროთ სამართლებრივი უფლებამოსილების მქონე ორგანოების ან ბავშვის დაცვის სამსახურებისათვის შეტყობინების გაგზავნაზე თვითზიანის ან სხვისთვის ზიანის მიყენების შესაძლებლობის შესახებ, როცა ჩნდება სუიციდის რისკი არასათანადო მოპყრობის (რაც გამოიხატება იგნორირებასა ან ძალადობაში) შედეგად ან, როცა პაციენტს საკუთარი თავის გარდა სხვების მიმართაც აქვს ბრახი/აგრესიული ფიქრები. ეთიკის პრინციპებიდან გამომდინარე, ფსიქიკური ჯანდაცვის პროფესიონალებმა ყურადღებით უნდა შეაფასონ სხვებისათვის საშიში პოტენციური და იმოქმედონ იმ სხვების „დაცვის ვალდებულებიდან“ გამომდინარე, რომლებიც შესაძლოა აღმოჩნდნენ რისკის ქვეშ. სამართლებრივი უფლებამოსილების მქონე ორგანოების და/ან რისკის პოტენციური სამიზნეების ინფორმირება გამართლებულია და სწორი ქმედებაა, როცა საფრთხე ვრცელდება სხვებზე (Fremouw et al., 1990). და ბოლოს, ფსიქიკური ჯანდაცვის სფეროში მომუშავე პროფესიონალებმა კონსულტაციები უნა გაიარონ ზედამხედველებთან მანამ, სანამ შეტყობინებას გაუგზავნიან სხვა დაწესებულებებს.

თუ ადამიანი იმყოფება სუიციდის მაღალი ან ზღვრული რისკის კატეგორიაში, აუცილებელია გაძლიერებული თერაპიული ჩარევა. მკაცრად რეკომენდირებულია ყოველდღიური, ნებაყოფლობითი მკურნალობა ან კრიზისული ჰოსპიტალიზაცია. სუიციდის მაღალი რისკის კატეგორიის ადამიანები ძალიან დაუცველები არიან და შესაძლოა განახორციელონ სუიციდური იდეაცია ყოველგვარი მიმანიშნებლების გარეშე. ადამიანების მოთავსება უფრო დაცულ, ინტენსიური თერაპიის ჩატარების შესაძლებლობის მქონე გარემოში დაგვეხმარება პოტენციური რისკის მონიტორინგში და ამ რისკის შემცირებისათვის საჭირო მკურნალობის ჩატარებაში.

თუ ადამიანს არ სურს ნებაყოფლობით დათანხმდეს უფრო ინტენსიურ მკურნალობას და იგი აშკარად ქმნის სუიციდის დაგეგმვის საფრთხეს, უნდა მივმართოთ და ვიფიქროთ არანებაყოფლობით ჰოსპიტალიზაციაზე. არანებაყოფლობით ჰოსპიტალიზაციაზე გადაწყვეტილების მისაღებად საჭიროა ზედამხედველთან კონსულტაცია. ასეთი ქმედება ყოველთვის ითვლება ბოლო ინსტანციად და



მკურნალობის ყველაზე შეზღუდულ ალტერნატივად. მიუხედავად იმისა, რომ ზოგ შემთხვევაში ეს აუცილებელია, გარკვეულ შემთხვევებში იგი უკუშედეგს იძლევა, რადგან ადამიანს არ სურს ჰოსპიტალიზაცია. ასეთ შემთხვევებში, საავადმყოფოს ხელმძღვანელობას უნდა ეცნობოს ამ წინააღმდეგობის შესახებ.

**დასკვნა**

ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების პროტოკოლი წარმოადგენს 28 პუნქტიან კლინიკურ ინტერვიუს ზრდასრული ადამიანების სუიციდის რისკის შეფასების მიზნით, რომელიც ეფუძნება სუიციდის ჩადენის რისკის ფაქტორების შესახებ არსებულ ემპირიულ ლიტერატურას. ამ პროტოკოლის გამოყენება საშუალებას მოგვცემს განვახორციელოთ ადამიანის სუიციდის რისკის ყოვლისმომცველი და სრულყოფილი შეფასება; იგი იძლევა პაციენტთან მუშაობის საჭირო სახელმძღვანელო პრინციპებს. მოცემული პუნქტების ემპირიული საფუძველი, უპირველეს ყოვლისა, მოცემულია ამერიკის ფსიქიატრების ასოციაციის პრაქტიკულ სახელმძღვანელო პრინციპებში (APA, 2003), რომელშიც შესულია 846 მეცნიერული კვლევა.

დანართები:

დანართი 1: SAAP - ზრდასრულთა სუიციდის შეფასების პროტოკოლი

დანართი 2: აქტივობების ჩამონათვალი (SAAP)

დანართები:

<b>დანართი 1: SAAP - ზრდასრულთა სუიციდის შეფასების პროტოკოლი</b>				
L - დაბალი, M - ზომიერი, H - მაღალი, E - უკიდურესად მაღალი	L	M	H	E
<b>დემოგრაფიული ფაქტორები</b>	L	M	H	E
1. სქესი: მდედრობითი = L; მამრობითი = M				
2. ასაკი: მამაკაცი < 45 = L; >45 = M				
3. არათეთრკანიანი = L; თეთრკანიანი = M;				
4. ოჯახური მდგომარეობა: დაოჯახებული = L; განქორწინებული/დაუოჯახებელი/ქვრივი = M				
<b>ანამნეზური ფაქტები</b>	L	M	H	E
5. წარსულში სუიციდის მცდელობა: არა = L; ერჯერ = H; 2+ = E				
6. ახლო წარსულში დაგეგმილი, სერიოზული სუიციდის მცდელობა (ები): არა = L; კი = E				
7. ბავშვობისდროინდელი ტრავმა: არა = L; კი = M,H				
8. ოჯახში სუიციდის შემთხვევები/დასრულებული სუიციდი: არა = L; კი = M				
<b>კლინიკური ფაქტორები - სტაბილური</b>	L	M	H	E
9. აქსის I - ფსიქიკური აშლილობის დიაგნოზი: არა = L; შფოთვითი = M; შიზოფრენია, ალკოჰოლდამოკიდებულება = H; MDD, BP, კვებითი, წამალმომხმარება = E				
10. აქსის III - სომატური დაავადების დიაგნოზი: ჰანტინგტონის დაავადება, სიმსივნე, MS = L, ქალა-ტვინის ტრავმა =M; HIV/AIDS, ეპილეფსია = H				
11. აქსისი II - პიროვნული აშლილობის დიაგნოზი: APD, BPD, NPD, HPD - არ აღინიშნება = L; აღინიშნება = M				
<b>კლინიკური ფაქტორები - მწვავე</b>	L	M	H	E
12. სუიციდის გეგმა/შზადება: არა = L; კი = M,H,E				
13. სუიციდის სურვილი/აზრები: არა = L; კი = M,H				
14. ქცევების/ემოციების კონტროლის უუნარობა: არა = L; კი = M,H				
15. უიმედობა: არა = L; კი = M,H				
16. დათრგუნულობა: არა = L; კი = M,H				

17. აჟიტაცია/პანიკა: არა = L; კი = M,H				
18. ფსიქოზი (ცნობიერების აშლა/ჰალუცინაცია): არა = L; კი = H				
19. ინტოქსიკაცია: არა = L; კი = H				
<b>სიტუაციური/კონტექსტუალური ფაქტორები</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>H</b>	<b>E</b>
20. ცეცხლსასროლ იარაღზე ხელმისაწვდომობა: არა = L; კი = M,H,E				
21. დანაკლისი ახლო წარსულში: არა = L; კი = M,H				
22. სტრესორები: არა = L; კი = M,H				
23. სოციალური იზოლაცია: არა = L; კი = M,H				
24. თავისუფლების აღკვეთა ციხეში: არა = L; კი = H				
<b>დამცავი ფაქტორები</b>	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>H</b>	<b>E</b>
25. ოჯახის მიმართ პასუხისმგებლობა: კი = L, M; არა = H				
26. რელიგიური რწმენა: კი = L, M; არა = H				
27. გამკლავების უნარი/პრობლემის გადაჭრის უნარები: კი = L,M; არა/ცუდი = H				
28. სოციალური მხარდაჭერა: კი = L,M; არა/ცუდი = H				
სხვა ფაქტორები:				
	<b>L</b>	<b>M</b>	<b>H</b>	<b>E</b>
<b>სულ ფაქტორები</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>5</b>
<b>ზოგადი რისკის შეფასება</b>				
<b>დაბალი</b>	<b>ზომიერი</b>	<b>მაღალი</b>	<b>უკიდურესად მაღალი</b>	

<b>დანართი 2: აქტივობების ჩამონათვალი (SAAP)</b>	
1. რისკ ფაქტორების მონიტორინგის გაგრძელება	
2. ოჯახის წევრების/მვირფასი, მნიშვნელოვანი ადამიანების/მზრუნველების ინფორმირება	
3. სუპერვაიზორის ინფორმირება, მასთან კონსულტირება	
4. ამბულატორიული მკურნალობის რეკომენდაცია/რეფერალი	
5. ფსიქიატრიული კონსულტირების/სამედიცინო შეფასების რეკომენდაცია/რეფერალი	
6. კონტრაქტის გაფორმება არასუიციდურ ქცევაზე	
7. რეკომენდაცია სუიციდის იარაღზე შესაძლო ხელმისაწვდომობის აღმოფხვრაზე	
8. პასუხისმგებელი პირებისთვის შეტყობინება	
9. დღის სტაციონარული მკურნალობის რეკონდაცია/რეფერალი	
10. ნებაყოფლობითი სტაციონირების რეკომენდაცია/რეფერალი	
11. არანებაყოფლობითი სტაციონირება	
12. სხვა:	

ინტერვიუერი \_\_\_\_\_

სუპერვაიზორი \_\_\_\_\_

თარიღი \_\_\_\_\_

### დანართი 3. დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი (ASI-light)

დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი ASI-Lite  
კლინიკური ვერსია

ინსტრუმენტი Addiction Severity Index lite (დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსის გაიოლებული ვერსია) მოიცავს პაციენტის შესახებ ინფორმაციას შვიდ (7) მნიშვნელოვან სფეროზე: ზოგადი სამედიცინო სტატუსი, დასაქმება/მხარდაჭერის სტატუსი, ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარება, იურიდიული, ოჯახური/სოციალური ურთიერთობები და ფსიქიატრიული სტატუსი. ინსტრუმენტი შექმნილია იმისთვის, რომ მოიპოვოს ინფორმაცია პაციენტის მიერ მთელი ცხოვრების და ბოლო 30 დღის განმავლობაში ფსიქოპატიური ნივთიერებების მოხმარების პრობლემური ქცევის შესახებ.

ინსტრუქციები	სიმწვავის რეიტინგი	პაციენტის რეიტინგული შეფასება
<p>1. არ დატოვოთ ცარიელი ადგილი, სადაც საჭიროა კოდის მითითება:  <b>X</b>= შეკითხვაზე პასუხი ბუნდოვანია, ვერ იგებს  <b>N</b>=შეკითხვა შეუთავსებელია  <b>NN</b>=შეკითხვას პასუხი არ გაეცა</p> <p>2. შემოხაზული ნუმერაციით კითხვები, დაუსვათ პაციენტს განმეორებით შესაფასებისას.</p> <p>3. კითხვები მონიშნული ვარსკვლავით არის კუმულაციური და ყოველი შემდგომი გამოკითხვისას საჭიროებს პერფორაციას.</p> <p>4. სექციების შემდეგ თავისუფალი ადგილები მოცემულია კომენტარებისთვის &amp; შენიშვნებისთვის.</p>	<p>0-1 რეალური პრობლემა არ არსებობს, მკურნალობა არ არის ნაჩვენები</p> <p>2 – 3 მცირე პრობლემა, სავარაუდოდ, მკურნალობას არ საჭიროებს</p> <p>4-5 ზომიერი პრობლემები, ნაჩვენები გარკვეული ტიპის მკურნალობა</p> <p>6-7 სერიოზული პრობლემები, მკურნალობა აუცილებელია</p> <p>8-9 უკიდურესი პრობლემები, მკურნალობა აბსოლუტურად აუცილებელია</p>	<p>0 = სრულებით არა</p> <p>1 = მსუბუქად</p> <p>2 = საშუალოდ</p> <p>3 = მნიშვნელოვნად</p> <p>4 = ძალიან</p>

G11 ინტერვიუერი:

G1 პაციენტის იდენტიფიკატორი:

G2 ინტერვიუს ჩატარების ადგილი:

G3 ინტერვიუს ჩატარების დაწესებულება:

- 1=ამბულატორია (<5 სთ კვირაში)
- 2=ინტენსიური ამბულატორია (≥5 სთ კვირაში)
- 3=რეზიდენციული/სტაციონარული
- 4=თერაპიული კომუნა / მიდგომა
- 5=ნახევრად სახლი
- 6=დეტოქსი – სტაციონარული (3 – 14 დღე)
- 7=დეტოქსი ამბულატორიული
- 8=ოპიოიდებით ჩანაცვლებითი თერაპია – მეტადონით, ბუპრენორფინით, სხვა.
- 9=სხვა (მაგ: დაბალზღურბლოვანი პროგრამა, ოჯახის ექიმი, სულიერი მკურნალი, სხვა) დააკონკრეტეთ \_\_\_\_\_

G4 პაციენტის შემოსვლის თარიღი:

G5 ინტერვიუების თარიღი

G6-7 პაციენტის გამოკითხვას დასჭირდა:  წუთი

G8 ფაზა:  1. პირველადი  2. მომდევნო

G9 კონტაქტის სახე:  1. პირისპირ  2. სატელეფონო  3. ელ. ფოსტა

G10 სქესი:  1. მამაკაცი  2. ქალი

G12 ინტერვიუ:

- 1. შეწყდა ინტერვიუერის მიერ
- 2. პაციენტმა უარი განაცხადა ინტერვიუს დასრულებაზე
- 3. პაციენტი ვერ პასუხობს (არის არაფხიზელი, ენობრივი ბარიერია ან სხვ.)
- 4. სრულად ჩატარდა

G14. რამდენი ხანია რაც ამჟამინდელ მისამართზე ცხოვრობთ?  წელი  თვე

G16 დაბადების თარიღი:

G19 ბოლო 30 დღის განმავლობაში ყოფილხართ კონტროლირებად გარემოში

ადგილი, სადაც ადამიანს, თეორიულად, ნარკოტიკებზე/ალკოჰოლზე წვდომა არ აქვს?

- 1- არა
- 2 -ციხე
- 3-ალკოჰოლური ან წამალდამოკიდებულების მკურნალობა
- 4- სამედიცინო მკურნალობა
- 5- ფსიქიატრიული მკურნალობა
- 6- სხვა

G20 რამდენი დღე იყავით კონტროლირებად გარემოში?

სამედიცინო სტატუსი

**\*M1** თქვენი ცხოვრების განმავლობაში რამდენჯერ ყოფილხართ ჰოსპიტალიზებული სამედიცინო პრობლემების გამო? თეთრი ცხელების და ზედოზირების ჩათვლით და ალკოჰოლის/ნარკოტიკის დეტოქსის, ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მკურნალობის და მშობიარობის (თუკი გართულებები არ გქონიათ) გამოვლენით. შეიყვანეთ სამედიცინო პრობლემის გამო ჰოსპიტალში გატარებული დამეების რაოდენობა, ცხოვრების განმავლობაში.  ჯერ

**M3** გაქვთ თუ არა რაიმე ქრონიკული დაავადებები, რომლებიც დღესაც ახდენენ ზემოქმედებას თქვენს ცხოვრებაზე? ქრონიკული სამედიცინო მდგომარეობა არის სერიოზული ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემა, რომელიც მოითხოვს რეგულარულ ზრუნვას (მაგ: მედიკამენტი, დიეტა), რომელიც ხელს უშლის ადამიანის შესაძლებლობების სრულფასოვნად გამოვლენას.  
 0 - არა  
 1- დიახ, დააკონკრეტეთ

**M4** ექიმმა გამოგიწერათ რაიმე მედიკამენტი, რომელიც უნდა მიიღოთ რეგულარულად, თქვენი ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემების გამო? იგულისხმება მედიკამენტები, რომლებიც გამოწერილია ექიმის მიერ, მიუხედავად იმისა იღებთ თუ არა ამჟამად მას პაციენტი. არ იგულისხმება ფსიქიატრიული მედიკამენტები.  
 0 - არა  
 1- დიახ, დააკონკრეტეთ

**M5** იღებთ პენსიას ფიზიკური შეზღუდული შესაძლებლობის გამო? მათ შორის იგულისხმება სამსახურეობრივი საქმიანობისას მიღებული დაზიანების კომპენსაცია. არ იგულისხმება ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემის მქონე პირთა პენსია.  
 0 - არა  
 1- დიახ, დააკონკრეტეთ

**M6** რამდენი დღე გქონდათ სამედიცინო პრობლემები ბოლო 30 დღის განმავლობაში?  დღე

არ იგულისხმება უშუალოდ ალკოჰოლის/ნარკოტიკის მიზეზით გამოწვეული მდგომარეობა. იგულისხმება გრიპი, გაციება და ა.შ. ასევე იგულისხმება სერიოზული დაავადებები, რომელიც უკავშირდება ნარკოტიკის/ალკოჰოლის მოხმარებას, რომელიც გრძელდება ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარების შეწყვეტის შემდეგაც. მაგ: ღვიძლის ცეროზი, ინექციით გამოწვეული აბსცესები და ა.შ.

**M7** ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენად დათრგუნული ან შეწუხებული იყავით ჯანმრთელობის პრობლემებით?  
 0 = სრულებით არა  
 1 = მსუბუქად  
 2 = საშუალოდ  
 3 = მნიშვნელოვნად  
 4 = ძალიან

**M8** რამდენად მნიშვნელოვანია ამჟამად თქვენთვის მკურნალობა ამ სამედიცინო პრობლემების დასაძლევად?  
 0 = სრულებით არა  
 1 = მსუბუქად  
 2 = საშუალოდ  
 3 = მნიშვნელოვნად  
 4 = ძალიან

იყო თუ არა მოწოდებული ინფორმაცია მნიშვნელოვნად დამახინჯებული: კითხვები M10 და M11 არ დაუსვათ პაციენტებს, უპასუხეთ თავად.

**M10** პაციენტის არაგულწრფელობით  0 - არა  1- დიახ

**M11** პაციენტის გაგების უუნარობით  0 - არა  1- დიახ

**\* M12** ოდესმე, ჩაგიტარებიათ ტესტირება C ჰეპატიტზე?  0 - არა  1- დიახ

**\* M12a** თუ კი ჩაგიტარებიათ, რა იყო შედეგი?  1 = ნეგატიური (არ არის ინფიცირებული)  2 = პოზიტიური (ინფიცირებულია)

3 = არ იცის

\* M12b გსურთ დაგეხმაროთ C ჰეპატიტზე ტესტირებაში? 0 - არა 1- დიახ

\* M13 ოდესმე, ჩაგიტარებიათ ტესტირება აივ/შიდსზე? 0 - არა 1- დიახ

\* M13a თუ კი ჩაგიტარებიათ, რა იყო შედეგი? 1 = ნეგატიური (არ არის ინფიცირებული)  
2 = პოზიტიური (ინფიცირებულია)  
3 = არ იცის

\* M13b გსურთ დაგეხმაროთ აივზე ტესტირებაში? 0 - არა 1- დიახ

\* M14 ამჟამად ორსულად ხართ? 0=არა 1=დიახ 2 = არ ვიცი/არ ვარ დარწმუნებული

\* M14a თუ ორსულად ხართ, ქალთა კონსულტაციაში აღრიცხვაზე იმყოფებით? 0=არა 1=დიახ 2 = არ ვიცი/არ ვარ დარწმუნებული

\* M14b თუ არ ხართ დარწმუნებული, გსურთ დაგეხმაროთ ორსულობის დადგენაში? 0 არა 1დიახ

სამედიცინო კომენტარები/შენიშვნები

დასაქმება/მხარდაჭერის სტატუსი

\*E1 მიღებული განათლების წლები    
შეიყვანეთ მხოლოდ ფორმალური განათლების მიღების წლების ჯამური რაოდენობა

\*E2 დასრულებული ტრენინგი ან ტექნიკური განათლება   
იგულისხმება მხოლოდ ფორმალური ტრენინგები, ისეთი რომელიც სამსახურის ძიებისას მნიშვნელოვანია იყოს რეზიუმეში მითითებული. სამხედრო ტრენინგებიდან მოიაზრება, მხოლოდ ისეთი ტრენინგები, რომელიც სამოქალაქო საზოგადოებაში გამოიყენება, მაგ: ელექტრობა ან კომპიუტერები.

E4 გაქვთ თუ არა ავტომობილის მართვის მოქმედი (არ არის შეჩერებული, გაუქმებული) მოწმობა? 0 - არა 1- დიახ

E5 გაქვთ თუ არა ავტომობილი პირადი სარგებლობისთვის (არ არის აუცილებელი ავტომობილი თქვენს საკუთრებაში იყოს, მაგრამ თქვენთვის ხელმისაწვდომია როცა გჭირდებათ)? 0 - არა 1- დიახ

E6 რა ხანგრძლივობის იყო თქვენი სრული დატვირთვით მუშაობის ყველაზე ხანგრძლივი პერიოდი?

სრულ განაკვეთში იგულისხმება ყოველკვირეულად 35+ საათი მუშაობა.

\*E7 ჩვეული ან ბოლო საქმიანობა

1. კანონმდებელი, ოფიციალური პირი - სამთავრობო თანამდებობის პირი, კანონმდებელი, რეგულაციებისა და მონიტორინგის იმპლემენტატორი
2. პროფესიონალები - მოითხოვს მაღალი კვალიფიკაციის პროფესიულ ცოდნას ფიზიკურ და სასიცოცხლო მეცნიერებებში, ან სოციალურ/ჰუმანიტარულ მეცნიერებებში. მაგ: ექთნები, ოპტიკოსები, ფარმაცევტები, სოციალური მუშაკები, მასწავლებლები.
3. ტექნიკოსი/ ასოც. პროფესიონალები - საჭიროებს ტექნიკურ ცოდნას, გამოცდილებას ფიზიკური, ცხოვრებისეული ან სოციალური მეცნიერებების მიმართულებით, ჰუმანიტარულ მეცნიერებებში. მაგ.: მცირე ბიზნესის მფლობელები, როგორცაა საცხობის მეპატრონე, მანქანების სააგენტო, გრავიურის ფაბრიკის ჩამოსხმის ბიზნესი, წყალგაყვანილობის ბიზნესი, ფლორისტი, დეკორატორი, მსახიობი, რეპორტიორი, ტურისტული სააგენტო და ა.შ.
4. კლერკები - ასრულებს სამდივნოს ფუნქციებს - მდივან-რეფერენტი, ტექსტის ამკრეფი-დამუშავებას და მომხმარებელზე ორიენტირებულ კლერკულ სამუშაოებს.
5. სერვისი და გაყიდვები - მოიცავს მომსახურებას, რომელიც დაკავშირებულია მოგზაურობასთან, კვებასთან, მაღაზიაში გაყიდვებთან, სახლის მოვლასთან და კანონისა და წესრიგის დაცვასთან.
6. გამოცდილი სოფლის მეურნეობისა და მეთევზეობის მუშაკები - შემოიცავს მცენარეული კულტურების მოყვანის სამუშაოებს, ცხოველების მოშენება ან ნადირობა,

თევზის ჭერა ან მოშენება და ა.შ.

7. ხელობა და ვაჭრობა - ძირითადი ამოცანები მოიცავს შენობების და სხვა სახის ნაგებობების მშენებლობას, სხვადასხვა სახის პროდუქტების დამზადებას. შედის ხელნაკეთი ნივთების დამზადება.

8. ქარხნებისა და მანქანების ოპერატორები - ძირითადი ამოცანები მოიცავს სატრანსპორტო საშუალებების მართვას, მექანიზმებთან მუშაობას ან გარკვეული პროდუქციის აწყობას.

9. ელემენტარული პროფესიები - მოიცავს მარტივ და რუტინულ დავალებებს, როგორცაა საქონლის გაყიდვა ქუჩებში, კარისკაცები, დასუფთავება და სხვა სახის სამუშაოს შემსრულებელი.

0. შეიარაღებული ძალები - მოიცავს ჯარის-არმიის, საზღვაო ფლოტის, საჰაერო ძალების მუშაკებს და ა.შ. გამორიცხულია არასამხედრო პოლიცია, საბაჟო და არააქტიური სამხედრო რეზერვები.

- 1. კანონმდებელი, ოფიციალური პირი
- 2. პროფესიონალები
- 3. ტექნიკოსი/ ასოც. პროფესიონალები
- 4. კლერკები
- 5. სერვისი და გაყიდვები
- 6. გამოცდილი სოფლის მეურნეობისა და მეთევზეობის მუშაკები
- 7. ხელობა და ვაჭრობა
- 8. ქარხნებისა და მანქანების
- 9. ელემენტარული პროფესიები
- 0. შეიარაღებული ძალები

**E9** თუკი იღებთ ვინმესგან დახმარებას, ეს თქვენთვის დახმარების/ მხარდაჭერის მთავარი წყაროა?

პაციენტს რეგულარულად ფინანსურად უჭერენ მხარს ოჯახის წევრები ან მეგობრები, იგულისხმება როგორც ძირითადი დახმარება ასევე დამატებითი. ჩართეთ მეუღლის შენატანი, ფულის მატერიალურად მიღების და ასევე საკვების, საცხოვრებელი ფართის დათმობის შემთხვევები, არ იგულისხმება რაიმე ინსტიტუციური დაწესებულების მხარდაჭერა.

- 0 - არა
- 1- დიახ

**E10** რომელი უკეთ გამოხატავს თქვენი დასაქმების სახეს, ბოლო 3 წლის განმავლობაში

პასუხი უნდა მოიცავდეს ბოლო 3 წლის პერიოდში ყველაზე მეტი ხნით დასაქმების სახეს, თუკი 1-ზე მეტ კატეგორიაში თანაბარი დროითი დატვირთვა ფიქსირდება, მონიშნეთ ის, რომელიც საუკეთესოდ მიესადაგება უახლეს სიტუაციას.

- 1- სრული დატვირთვით (35+ საათი კვირაში)
- 2- არასრული დატვირთვით (რეგულარულად)
- 3- არასრული დატვირთვით (არარეგულარული სამუშაო)
- 4- სტუდენტი
- 5- სამხედრო
- 6- პენსია / შშმ პირი
- 7- უმუშევარი
- 8- კონტროლირებადი გარემო (ციხე, საავადმყოფო...)
- 9 - დისასხლისი

**E11** ბოლო 30 დღის განმავლობაში, რამდენი სამუშაო დღის საფასური აგინაზღაურეს?

იგულისხმება ისეთი სამუშაო, რომელშიაც ანაზღაურებას ხელზე იღებთ, ხელშეკრულების გარეშე. ასევე იგულისხმება ანაზღაურებადი ავადმყოფობის და შვებულების დღეები.  დღე

**E12-E17** კითხვებისთვის: ბოლო 30 დღის განმავლობაში რა რაოდენობის თანხა გაქვთ მიღებული შემდეგი წყაროებიდან? მიუთითეთ ლარში.

**E12** დასაქმებიდან (იგულისხმება ხელზე ასაღები თანხა)

**E13** უმუშევართა კომპენსაციის სახით

**E14** სოციალური დახმარების სააგენტოდან   
გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ გაცემულ, საცხოვრებლად გამოყოფილ დახმარებას

**E15** პენსია, შემწეობა, სოციალური დახმარება   
მოიცავს შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირებისთვის გამოყოფილ დახმარებას, პენსიებს, ასევე შრომით/დასაქმებულთა კომპენსაციებს, დახმარებებს ვეტერანებისთვის.

**E16** ახლობლები, მეგობრები, ოჯახი?   
იგულისხმება ფული საკუთარი სარგებლობისთვის (მაგ: ტანსაცმლისთვის), რომელიც არარეგულარული შემოსავალია (მაგ: გემბლინგი, ლატარია, აზარტული თამები). ჩაინიშნეთ მხოლოდ ხელზე აღებული თანხა, მოულოდნელად ან გემბლინგიდან მიღებული თანხის, დაბრუნებული ვალის, მემკვიდრეობის, საშემოსავლოს დაბრუნების ჩათვლით და ა.შ.

**E17**



**არალეგალურად**

ნადი ფული მოპოვებული ნარკოტიკების გაყიდვით, ქურდობით, მოპარული ნივთების გაყიდვით, არალეგალური გემბლინგით, პროსტიტუციით და ა.შ.

**E18** რამდენი ადამიანია დამოკიდებული თქვენზე (კვების, თავმსაფრის და ა.შ.)?   
 იგულისხმება, რომ პაციენტზე რეგულარულად დამოკიდებული სხვათა შენახვა- კვება, მოვლა და ა.შ. აქ იგულისხმება ალიმენტის გადახდა, შვილები, არ იგულისხმება თავად პაციენტი და მისი მეუღლე, რომელიც საკუთარ ფინანსურ მხარდაჭერას თავად უზრუნველყოფს.

**E19** ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენი დღე გქონდათ დასაქმების პრობლემები?   
 იგულისხმება სამსახურის შოვნის პრობლემები, თუკი აქტიურად ეძებს ან ამჟამინდელ საქმიანობასთან დაკავშირებული პრობლემა, რომელიც საფრთხეს უქმნის მის ამჟამინდელ სამსახურს.

**E20** ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენად შეწუხებული ან დათრგუნული იყავით სამსახურებრივი პრობლემებით?

შენიშვნა: თუკი პაციენტი იყო დაპატიმრებული ან დაკავებული ბოლო 30 დღის განმავლობაში, მათ ვერ ექნებოდათ სამსახურებრივი პრობლემა

- 0 = სრულებით არა
- 1 = მსუბუქად
- 2 = საშუალოდ
- 3 = მნიშვნელოვნად
- 4 = ძალიან

**E21** რამდენად მნიშვნელოვანია თქვენთვის დასაქმებაზე კონსულტირება?  
 შენიშვნა: პაციენტის მიერ E20-21 კითხვებზე პასუხი მოიცავს კონკრეტულად E19 პასუხში დაფიქსირებულ დღეებს.

- 0 = სრულებით არა
- 1 = მსუბუქად
- 2 = საშუალოდ
- 3 = მნიშვნელოვნად
- 4 = ძალიან

იყო თუ არა მოწოდებული ინფორმაცია მნიშვნელოვნად დამახინჯებული:  
 შეივსოს ექიმის მიერ

**E23** პაციენტის არაფულწრფელობით  0 - არა  1- დიახ

**E24** პაციენტის გაგების უუნარობით  0 - არა  1-დიახ

**დასაქმება/მხარდაჭერის კომენტარები/შენიშვნები**

**ნარკოტიკების / ალკოჰოლის მოხმარება**

	პირველად მოხმარების ასაკი	ბოლო 30 დღეში	ცხოვრების განმავლობაში წლებში	მიღების გზა 1-ორალური 2- ნახალური 3-მოწევა 4-არა ი/ვ ნექცია 5- ი/ვ ინექცია
<b>D1</b>	ალკოჰოლის მიღება ნებისმიერი სახით	<input type="text"/>	<input type="text"/> დღე	<input type="text"/> წელი
<b>D2</b>	ალკოჰოლის მიღება ინტოქსიკაციამდე	<input type="text"/>	<input type="text"/> დღე	<input type="text"/> წელი
<b>D3</b>	ჰეროინი	<input type="text"/>	<input type="text"/> დღე	<input type="text"/> წელი
<b>D4</b>	მეთადონი	<input type="text"/>	<input type="text"/> დღე	<input type="text"/> წელი
<b>D5</b>	სხვა ოპიოიდები / ოპიოიდური ანალგეტიკები	<input type="text"/>	<input type="text"/> დღე	<input type="text"/> წელი
<b>D6</b>	ბარბიტურატები	<input type="text"/>	<input type="text"/> დღე	<input type="text"/> წელი
<b>D7</b>	სედატივები/ ჰიპნოტიკები/ ტრანქვილიზატორები	<input type="text"/>	<input type="text"/> დღე	<input type="text"/> წელი
<b>D8</b>	კოკაინი	<input type="text"/>	<input type="text"/> დღე	<input type="text"/> წელი

D9	ამფეტამინები/ სტიმულატორები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> დღე	<input type="checkbox"/> წელი	<input type="checkbox"/>
D10	კანაფი	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> დღე	<input type="checkbox"/> წელი	<input type="checkbox"/>
D11	ჰალუცინოგენები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> დღე	<input type="checkbox"/> წელი	<input type="checkbox"/>
D12	ინჰალანტები	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> დღე	<input type="checkbox"/> წელი	<input type="checkbox"/>
D13	დღეში ერთზე მეტი ნარკოტიკის მოხმარება (ალკოჰოლის ჩათვლით)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> დღე	<input type="checkbox"/> წელი	<input type="checkbox"/>

თუ D3-D11-ში მიღების გზაში დაფიქსირდება = 4 ან 5 (ინექციის პასუხი) შევითხეთ

**D38** ოდესმე გამოიყენებიათ ნემსები ან სხვა ინსტრუმენტები მას შემდეგ, რაც ვინმემ გამოიყენა ისინი?

ბოლო 30 დღეში | ცხოვრებაში  
 0=არა  1=დიახ |  0=არა  1=დიახ

**D38 a** რამდენჯერ გამოიყენეთ ბოლო 30 დღეში?

**D14a** **D14a & D14b: პირველი არჩევის და მეორადი არჩევის ნარკოტიკისთვის გამოიყენეთ კოდები:**  
 რომელია თქვენთვის პირველადი არჩევის ნარკოტიკი:

- 1 - ალკოჰოლი
- 3 - ჰეროინი
- 4 - მეთადონი
- 5 - სხვა ოპიოიდები / ოპიოიდური ანალგეტიკები.
- 6 - ბარბიტურატები
- 7 - სედატივები/ჰიპნოტიკები /ტრანქვილიზატორები
- 8 - კოკაინი
- 9 - ამფეტამინები/ სტიმულატორები
- 10- კანაფი
- 11- ჰალუცინოგენები
- 12 - ინჰალანტები

**D14b** რომელია თქვენთვის მეორადი არჩევის ნარკოტიკი

- 1 - ალკოჰოლი
- 3 - ჰეროინი
- 4 - მეთადონი
- 5 - სხვა ოპიოიდები / ოპიოიდური ანალგეტიკები.
- 6 - ბარბიტურატები
- 7 - სედატივები/ჰიპნოტიკები /ტრანქვილიზატორები
- 8 - კოკაინი
- 9 - ამფეტამინები/ სტიმულატორები
- 10- კანაფი
- 11- ჰალუცინოგენები
- 12 - ინჰალანტები

**D15.** რამდენ ხანს გრძელდებოდა თქვენი ნებაყოფლობითი თავშეკავების ბოლო პერიოდი ამ ძირითადი ნივთიერებებისგან?  
 თვე

**D16.** რამდენი თვის წინ დასრულდა ეს თავშეკავების პერიოდი?  თვე  
 თუ თავშეკავების პერიოდი გრძელდება - ჩაწერეთ 00.

**D17.** რამდენჯერ გქონდათ თეთრი ცხელება (*Delirium Tremens*)?  ჯერ  
 ვლინდება ბოლო დაღვიდან 24-48 საათის შემდეგ, ან ალკოჰოლის მიღების მნიშვნელოვანი შემცირების შემთხვევაში, კანკალით, ძლიერი დეზორიენტაციით, ცხელებით, ჰალუცინაციებით. ასეთ შემთხვევაში, ჩვეულებრივ, საჭიროებენ სამედიცინო დახმარებას.

**\*D19a** ცხოვრებაში რამდენჯერ გიმკურნალათ ალკოჰოლზე დამოკიდებულებისთვის ან წამალდამოკიდებულებისთვის?  
 ჯერ

იგულისხმება დეტოქსიკაცია, ამბულატორიული და სტაციონარული კონსულტირება, რეაბილიტაცია, ანონიმური თვითდახმარების ჯგუფები (თუკი 3+ შეხვედრა მანინგ ჰქონია ამ ანონიმურ ჯგუფებთან 1 თვის განმავლობაში, ალკოჰოლის თუ ნარკოტიკის).

**\*D21a** მათგან რამდენი იყო მხოლოდ დეტოქსიკაცია?

**D23** თქვენის აზრით, რამდენი დახარჯეთ ბოლო 30 დღის განმავლობაში ალკოჰოლზე   
დაითვალეთ მხოლოდ რეალურად დახარჯული ფული, ლარში

**D24** თქვენის აზრით, რამდენი დახარჯეთ ბოლო 30 დღის განმავლობაში ნარკოტიკზე   
დაითვალეთ მხოლოდ რეალურად დახარჯული ფული, ლარში

**D25** ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენი დღე მკურნალობდით ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების გამო ამბულატორიულად?   
ნარკოტიკის/ალკოჰოლის მომხმარებელთა ანონიმური ჯგუფის, მეთადონით ან ბუპრენორფინით მკურნალობის ჩათვლით

**D26** ბოლო 30 დღის განმავლობაში, რამდენი დღე განიცდიდით ალკოჰოლთან დაკავშირებულ პრობლემებს  დღე  
მოიცავს მდგომარეობებს: ლტოლვას, მოხსნის სიმპტომებს, გამოყენების შემდგომ არასასურველ ეფექტებს, ან შეწყვეტის სურვილს, მიუხედავად იმისა რომ ვერ ახერხებთ.

**D27** ბოლო 30 დღის განმავლობაში, რამდენი დღე განიცდიდით ნარკოტიკთან დაკავშირებულ პრობლემებს  დღე  
მოიცავს მდგომარეობებს: ლტოლვას, მოხსნის სიმპტომებს, გამოყენების შემდგომ არასასურველ ეფექტებს, ან შეწყვეტის სურვილს, მიუხედავად იმისა რომ ვერ ახერხებთ.

**D28** ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენად შეწუხებული ან დათრგუნული იყავით ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების გამო?  
 0 = სრულეობით არა  
 1 = მსუბუქად  
 2 = საშუალოდ  
 3 = მნიშვნელოვნად  
 4 = ძალიან

**D29** ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენად შეწუხებული ან დათრგუნული იყავით ნარკოტიკთან დაკავშირებული პრობლემების გამო?  
 0 = სრულეობით არა  
 1 = მსუბუქად  
 2 = საშუალოდ  
 3 = მნიშვნელოვნად  
 4 = ძალიან

**D30** რამდენად მნიშვნელოვანია ამჟამად თქვენთვის მკურნალობა ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების გამო?  
 0 = სრულეობით არა  
 1 = მსუბუქად  
 2 = საშუალოდ  
 3 = მნიშვნელოვნად  
 4 = ძალიან

**D31** რამდენად მნიშვნელოვანია ამჟამად თქვენთვის მკურნალობა ნარკოტიკთან დაკავშირებული პრობლემების გამო?  
 0 = სრულეობით არა  
 1 = მსუბუქად  
 2 = საშუალოდ  
 3 = მნიშვნელოვნად  
 4 = ძალიან

**სანდოობის შეფასება**

იყო თუ არა მოწოდებული ინფორმაცია მნიშვნელოვნად დამახინჯებული:  
შენიშვნა: ივსება ექიმის მიერ

**D34** პაციენტის არაგულწრფელობით  0 - არა  1- დიახ

D35 პაციენტის გაგების უუნარობით  0 - არა  1- დიახ

D36. რამდენჯერ გიცდიათ შეგეწყვიტათ ნივთიერების მოხმარება მკურნალობის გარეშე?  ჯერ  
 იხილეთ D14a და D14b კოდირებული ნივთიერებები

D37 ნიკოტინის მოხმარება  
 მიღების გზა: 1. ორალური/დეჰვა 2. ნაზალური 3. მოწევა 4-ინექცია არა ი/ვ 5- ი/ვ ინექცია

ბოლო 30 დღეში	ცხოვრების განმავლობაში წლებში	მიღების გზა
<input checked="" type="checkbox"/> დღე	<input checked="" type="checkbox"/> წელი	<input type="checkbox"/>

D39. როგორ შეაფასებდით თქვენს თანხმობას შემდეგ დებულებებთან  
 0 = სრულებით არა 1 = მსუბუქად 2 = საშუალოდ 3 = მნიშვნელოვნად 4 = ძალიან

ა. მზად ვარ შევამცირო სასმელის მოხმარება	<input type="checkbox"/>
ბ. მზად ვარ შევამცირო ნარკოტიკების მოხმარება.	<input type="checkbox"/>
გ. მე მეჯერა, რომ შემიძლია ალკოჰოლის მოხმარების მართვა.	<input type="checkbox"/>
დ. მე მეჯერა, რომ შემიძლია ნარკოტიკების მოხმარების მართვა.	<input type="checkbox"/>
ე. ვიცი, რომ მაქვს სასმელის ან ნარკოტიკის მოხმარების პრობლემა და მოტივირებული ვარ ამაზე ვიმუშაო!	<input type="checkbox"/>

ნარკოტიკების/ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული კომენტარები:  
 სამართლებრივი სტატუსი  
 L1 არის თუ არა ეს მკურნალობა/ჩარევა შემოთავაზებული სამართალდამცავი სისტემის (მოსამართლე, პროზაციის ოფიცერი) მიერ?  
 0 - არა  1- დიახ

L2 შეფარდებული გაქვთ თუ არა პირობითი მსჯავრი, პროზაგიაზე ხართ?  
 დადებითი პასუხის შემთხვევაში, კომენტარში ჩაინიშნეთ პირობითი მსჯავრის ხანგრძლივობა და სიმძიმე.  
 0 - არა  1- დიახ ჩაწერეთ კომენტარი:

ცხოვრებაში რამდენჯერ იყავით დაკავებული ან გქონდათ წაყენებული ბრალი ქვევით ჩამოთვლილის გამო?

შეიყვანეთ ბრალდებების საერთო რაოდენობა და არა მხოლოდ ნასამართლეობა. არ ჩათვალოთ არასრულწლოვანთა (18 წლამდე) დანაშაულები, გარდა იმ შემთხვევისა, როცა მათ ბრალი წაუყენეს როგორც ზრდასრულს. შეიყვანეთ მხოლოდ ოფიციალური გადასახადი.

*L3 ვანდალიზმი/წვრილმანი ქურდობა	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ	*L10 თავდასხმა	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ
*L4 პროზაციის ან პირობითი სასჯელის წესების დარღვევა	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ	*L11 ცეცხლის წაკიდება, ხანძრის გაჩენა	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ
*L5 ნარკოტიკული დანაშაული	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ	*L12 გაუპატიურება	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ
*L6 თაღლითობა, გაყალბება	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ	*L13 მკვლელობა (არა წინასწარგანზარხული)	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ
*L7 იარაღთან დაკავშირებული კანონდარღვევა	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ	*L14 პროსტიტუცია	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ
*L8 ღამის ქურდობა, ქურდობა	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ	*L15 სასამართლოს შეურაცხყოფა	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ
*L9 ყაჩაღობა, მარცვა	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ	*L16 სხვა _____	<input checked="" type="checkbox"/> ჯერ

**\*L17** რამდენი ბრალის წაყენება დასრულდა გასამართლებით?

არ შეიტანოთ ბრალის წაყენებები ქვემოთ მოცემული - L18-20 კითხვებიდან. გასამართლება მოიცავს ჯარიმას, პრობაციას, პატიმრობას, პირობითი სასჯელის და ბრალის აღიარებას.

**რამდენჯერ წაგიყენეს ბრალი ქვემოთ ჩამოთვლილის გამო?**

**\*L18** საზოგადოებრივი წესრიგის დარღვევა, ხეტიალი, თრობა საზოგადოებრივ ადგილებში

**\*L19** მანქანის მართვა არაფხიზელ მდგომარეობაში

**\*L20** ძირითადი მოძრაობის წესების დარღვევა (სიჩქარის გადამეტება, მართვის მოწმობის უქონლობა)

**\*L21** თქვენი ცხოვრების განმავლობაში რამდენი თვე გაგიტარებიათ ციხეში?  თვე

თუ პატიმრობაში 2 კვირა ან მეტი იყო, დაამრგვალეთ ეს პერიოდი 1 თვემდე. გრაფაში აღნიშნეთ პატიმრობის თვეების საერთო, ჯამური რაოდენობა.

**L24** ელოდებით თუ არა ამჟამად ბრალის წაყენებას, გამოძიების დასრულებას, ან სასამართლოს განაჩენს?  0-არა  1-დიახ

**L25** თუ კი რასთან დაკავშირებით?

L3 ვანდალიზმი/წვრილმანი ქურდობა	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L4 პრობაციის ან პირობითი სასჯელის წესების დარღვევა	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L5 ნარკოტიკული დანაშაული	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L6 თაღლითობა, გაყალბება	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L7 იარაღთან დაკავშირებული კანონდარღვევა	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L8 ღამის ქურდობა, ქურდობა	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L9 ყაჩაღობა, მარცვა	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L10 თავდასხმა	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L11 ცეცხლის წაკიდება, ხანძრის გაჩენა	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L12 გაუპატიურება	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input checked="" type="checkbox"/> 1-დიახ
L13 მკვლელობა (არაწინასწარგანზრახულიც)	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L14 პროსტიტუცია	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L15 სასამართლოს შეურაცხყოფა	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ
L16 სხვა	<input type="checkbox"/> 0-არა	<input type="checkbox"/> 1-დიახ

**L26**

**ბოლო 30 დღის**

**განმავლობაში რამდენი დღე იყავით დაკავებული ან დაპატიმრებული? დღე**  
 შეიყვანეთ დაკავებისა და იმავე დღეს განთავისუფლების შემთხვევებიც.

**L27** ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენი დღე იყავით დაკავებული არალეგალური საქმიანობით საკუთარი სარგებლისთვის?  დღე

არ შეიყვანოთ ნარკოტიკების მცირე რაოდენობით ფლობა. შეიყვანეთ ნარკოტიკებით ვაჭრობა, პროსტიტუცია, მოპარული საქონლის გაყიდვა და ა.შ. შეიძლება L27 კითხვა გადამოწმდეს E17 შეკითხვაზე დაფიქსირებულ პასუხებთან მიმართებაში.

**L28** რამდენად სერიოზულად მიგაჩნიათ თქვენი სამართლებრივი პრობლემები (სამოქალაქო პრობლემების გამოკლებით)?

- 0 = სრულეობით არა
- 1 = მსუბუქად
- 2 = საშუალოდ
- 3 = მნიშვნელოვნად
- 4 = ძალიან

**L29** რამდენად მნიშვნელოვანია თქვენთვის ამ პრობლემების შესახებ კონსულტირება ან მიმართვა სპეციალისტთან?

- 0 = სრულეობით არა



- 1 = მსუბუქად
- 2 = საშუალოდ
- 3 = მნიშვნელოვნად
- 4 = ძალიან

**სანდოობის შეფასება**  
 იყო თუ არა მოწოდებული ინფორმაცია მნიშვნელოვნად დამახინჯებული:  
 ივსება ექიმის მიერ

<b>L31</b>	პაციენტის არაფულწრფელობით	<input type="checkbox"/> 0 - არა	<input type="checkbox"/> 1- დიახ
<b>L32</b>	პაციენტის გაგების უუნარობით	<input type="checkbox"/> 0 - არა	<input type="checkbox"/> 1- დიახ

**სამართლებრივი სტატუსის კომენტარები/შენიშვნები**

**ოჯახი / სოციალური ურთიერთობები**

**F1** **ოჯახური მდგომარეობა**

- 1 = დაქორწინებული
- 2 = განმეორებით ქორწინება
- 3 = ქვრივი
- 4 = გამორებული (ცალ-ცალკე ცხოვრობენ)
- 5 = გაყრილი (ოფიციალური გაყრა)
- 6 = არასდროს ყოფილა დაქორწინებული

**F3** **კმაყოფილი ხართ ამ სიტუაციით?**

- 0 - არა
- 1 - ინდიფერენტული
- 2- დიახ

**F4. თქვენი ჩვეული საცხოვრებელი გარემო ბოლო 3 წლის განმავლობაში?**

აირჩიეთ ბოლო 3 წლის ყველაზე ჩვეული საცხოვრებელი გარემო. თუ ამ გარემოებებში თანაბარი დრო ცხოვრობდა, დააფიქსირეთ ის, რომელიც უახლესია.

- 1. პარტნიორთან და ბავშვებთან
- 2. მხოლოდ პარტნიორთან
- 3. მხოლოდ ბავშვებთან
- 4. მშობლებთან
- 5. ოჯახთან
- 6. მეგობრებთან
- 7. მარტოდმარტო
- 8. კონტროლირებად გარემოში
- 9. არასტაბილურ გარემოში

**F4a** **ამჟამად რა გარემოში ცხოვრობთ (ბოლო 30 დღეში)?**

პასუხი აარჩიეთ F4-ის კოდებიდან

**F6** **ხართ თუ არა კმაყოფილი საცხოვრებელი სიტუაციით?**

- 0 - არა
- 1 - ინდიფერენტული
- 2- დიახ

**F7** **ცხოვრობთ ვინმესთან ვისაც ამჟამად აქვს ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემები**

0 - არა       1- დიახ

**F8** **ცხოვრობთ ვინმესთან ვინც ამჟამად მოიხმარს დანიშნულების გარეშე ნარკოტიკებს?**

0 - არა       1- დიახ

**F9** **ვისთან ატარებთ თქვენი თავისუფალი დროის უმეტეს ნაწილს?**

შენიშვნა: თუ შეყვარებული (გირფერენდი/ზოიფერენდი) პაციენტის მიერ განიხილება როგორც ოჯახი, მაშინ ამ განყოფილებაში ისინი უნდა მოიხსენიონ როგორც ოჯახი და არა მეგობარი.

- 1 - ოჯახთან
- 2 - მეგობრებთან

3- მარტოდმარტო

**F10** კმაყოფილი ხართ ასე თქვენი თავისუფალი დროის გატარებით? კმაყოფილი პასუხი ნიშნავს, რომ ადამიანს ზოგადად მოსწონს სიტუაცია. იგულისხმება, წინა კითხვაში დაფიქსირებული სიტუაცია.

- 0 - არა
- 1 - ინდიფერენტული
- 2- დიახ

**F11a.** თქვენი ახლო მეგობრებიდან რამდენი მოიხმარს ნარკოტიკებს ან ალკოჰოლს პრობლემურად?    
 თუ პაციენტი ამბობს, რომ არ ჰყავს ახლო მეგობრები ჩაწერეთ NN

გკონდათ თუ არა პერიოდები რომლის დროსაც განიცდიდით სერიოზულ პრობლემებს ადამიანებთან ურთიერთობისას? "სერიოზული პრობლემები" იგულისხმება, რაც საფრთხეს უქმნის ურთიერთობის შენარჩუნება/გაგრძელებას. "პრობლემა" გულისხმობს რაიმე სახით კონტაქტს, ტელეფონით ან პირადად.

თუ კონტაქტი არ ჰქონია, ჩაწერეთ N

		ბოლო 30 დღის განმავლობაში	ცხოვრების განმავლობაში
<b>F18</b>	დედასთან	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>F19</b>	მამასთან	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>F20</b>	და-მმასთან	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>F21</b>	მეუღლესთან / სქესობრივ პარტნიორთან	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>F22</b>	ბავშვებთან	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>F23</b>	სხვა, მნიშვნელოვან ნათესავთან (დააკონკრეტეთ): _____	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>F24</b>	ახლო მეგობართან	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>F25</b>	მეზობელთან	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>F26</b>	თანამშრომლებთან	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>

ზემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელიმე ადამიანი ხომ არ გზაგრავეთ / გაყენებთ შეურაცხყოფას?

		ბოლო 30 დღე		ცხოვრების განმავლობაში	
<b>*F28</b>	ფიზიკურად (გაყენებენ ფიზიკურ ზიანს)	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> 1 - დიახ <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> 1 - დიახ <input type="checkbox"/> X
<b>*F29</b>	სექსუალურად (ნაძალადევი სექსუალური ყურადღება/აქტი)	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> 1 - დიახ <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> 1 - დიახ <input type="checkbox"/> X

**F30** ბოლო 30 დღიდან რამდენი დღე გკონდათ სერიოზული კონფლიქტი თქვენი ოჯახის წევრებთან?  დღე

**F31** ბოლო 30 დღიდან რამდენი დღე გკონდათ სერიოზული კონფლიქტი სხვა ადამიანებთან, არ იგულისხმენა თქვენი ოჯახის წევრები?  დღე

**F32** რამდენად შეწუხებული/ დათრგუნული იყავით ოჯახური პრობლემების გამო ბოლო 30 დღის განმავლობაში?  
0 = სრულეებით არა  
1 = მსუბუქად  
2 = საშუალოდ  
3 = მნიშვნელოვნად  
4 = ძალიან

**F34** რამდენად მნიშვნელოვანია ამჟამად თქვენთვის ოჯახური პრობლემების მკურნალობა ან კონსულტაცია? პაციენტი ავასებს ოჯახური პრობლემებისთვის კონსულტაციის საკუთარ საჭიროებას და არა ოჯახის კონსულტაციაზე დასწრების სურვილს. 0 = სრულეებით არა  
1 = მსუბუქად  
2 = საშუალოდ  
3 = მნიშვნელოვნად  
4 = ძალიან

**F33** რამდენად შეწუხებული/ დათრგუნული იყავით სოციალური პრობლემების გამო ბოლო 30 დღის განმავლობაში

- 0 = სრულებით არა
- 1 = მსუბუქად
- 2 = საშუალოდ
- 3 = მნიშვნელოვნად
- 4 = ძალიან

**F35** რამდენად მნიშვნელოვანია ამჟამად თქვენთვის მკურნალობა ან კონსულტაცია სოციალური პრობლემების გამო?

იგულისხმება პაციენტის სურვილი მოიძიოს მკურნალობა ისეთი სოციალური პრობლემებისთვის, როგორცაა მარტოობა, სოციალიზაციის სირთულე და უკმაყოფილება მეგობრებთან. პაციენტის შეფასება უნდა მოიცავდეს უკმაყოფილებას, კონფლიქტებს ან სხვა სერიოზულ პრობლემებს.

- 0 = სრულებით არა
- 1 = მსუბუქად
- 2 = საშუალოდ
- 3 = მნიშვნელოვნად
- 4 = ძალიან

თუ შეილება არ ჰყავს ჩაწერეთ NN	ცხოვრობს თქვენთან	არ ცხოვრობს თქვენთან
F39. რამდენი შვილი გყავთ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F39a. მათგან რამდენია 18 წელზე მცირე ასაკის	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**სანდობის შეფასება**

იყო თუ არა მოწოდებული ინფორმაცია მნიშვნელოვნად დამახინჯებული:  
შენიშვნა: ივსება ექიმის მიერ

**F37** პაციენტის არაგულწრფელობით  0 - არა  1-დიახ

**F38** პაციენტის გაგების უუნარობით  0 - არა  1-დიახ

ოჯახის / სოციალური ურთიერთობების კომენტარები:

**ფსიქიატრიული სტატუსი**

**ცხოვრების განმავლობაში რამდენჯერ გიმკურნალათ ფსიქოლოგიური და ემოციური პრობლემების გამო?**

არ იგულისხმება ნარკოტიკების მოხმარება, დასაქმება, ოჯახური კონსულტაცია. მკურნალობის ეპიზოდი მოიცავს მეტ-ნაკლებად უწყვეტი ვიზიტების ან მკურნალობის დღეების სერიას და არა ვიზიტების ან მკურნალობის დღეების რაოდენობას. თუ დიაგნოზი იცით, დააფიქსირეთ.

**\*P1** ჰოსპიტალში:

**\*P2** ამბულატორიულად ან კერძოდ  დააკონკრეტეთ

**P3** იღებთ პენსიას ფსიქიკური შეზღუდული შესაძლებლობის გამო?  0 - არა  1-დიახ

**გქონიათ მნიშვნელოვანი პერიოდები (რომლებიც არ იყო გამოწვეული უშუალოდ ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარებით) რომლის დროსაც განიცდიდით**

	ბოლო 30 დღე	ცხოვრების განმავლობაში
<b>P4</b> სერიოზულ დეპრესიას, მოწყენილობას, უიმედობას, ინტერესის დაკარგვას?	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ
<b>P5</b> სერიოზულ შფოთვის, დაძაბულობას, უსაფუძვლო შემფოთებას, ვერ დუნდებოდით?	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ
<b>P6</b> გქონდათ პალუცინაციები, ხედავდით ისეთ რამეს ან გესმოდათ ისეთი ხმები, რომელსაც სხვები ვერ ხედავდნენ და არ ესმოდათ? ასევე აქ შეიყვანეთ სხვა ფსიქიატრიული სიმპტომები.	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ
<b>P7</b> განიცდიდით მეხსიერების, ყურადღების კონცენტრაციის ან აღქმა-გაგების პრობლემებს?	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ
<b>P8</b> გიჭირდათ აგრესიული ქცევის ან ძალადობის ეპიზოდების კონტროლი?	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ

P9	გკონდათ სერიოზული ფიქრები თვითმკვლელობის შესახებ? იგულისხმება სიტუაცია, თუ კი ჰქონდა სუიციდის გეგმა.	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ
P10	გკონდათ თვითმკვლელობის მცდელობა?	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ
P11	გკონდათ დანიშნული მედიკამენტები ფსიქიკური ან ემოციური პრობლემებისთვის? მონიშნეთ "დიახ" პასუხი თუ მედიკამენტი ექიმის მიერ იყო დანიშნული, მაშინაც კი, თუ პაციენტი არ იღებდა მას.	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ	<input type="checkbox"/> 0 - არა <input type="checkbox"/> 1 - დიახ

P12 **ბოლო 30 დღის განმავლობაში რამდენი დღე განიცდიდით აღნიშნულ ფსიქიკურ ან ემოციურ პრობლემებს?**        **დღე**  
კითხვა მოიცავს P4-P10-ში დაფიქსირებული პრობლემებს.

P13 **რამდენად შეწუხებული ან დათრგუნული იყავით ამ ფსიქოლოგიური ან ემოციური პრობლემებით ბოლო 30 დღის განმავლობაში?**  
პაციენტმა უნდა შეაფასოს P12 კითხვაში დაფიქსირებული პრობლემური დღეები.  
 0 = სრულეობით არა  
 1 = მსუბუქად  
 2 = საშუალოდ  
 3 = მნიშვნელოვნად  
 4 = ძალიან

P14 **რამდენად მნიშვნელოვანია ამჟამად თქვენთვის მკურნალობა/კონსულტაცია აღნიშნული ფსიქოლოგიური ან ემოციური პრობლემების გამო?**  
 0 = სრულეობით არა  
 1 = მსუბუქად  
 2 = საშუალოდ  
 3 = მნიშვნელოვნად  
 4 = ძალიან

**სანდოობის შეფასება**

იყო თუ არა მოწოდებული ინფორმაცია მნიშვნელოვნად დამახინჯებული: შენიშვნა: ივსება ექიმის მიერ

P22 **პაციენტის არაგულწრფელობით**  0 - არა  1-დიახ

P23 **პაციენტის გაგების უუნარობით**  0 - არა  1-დიახ

ფსიქიატრიული სტატუსის კომენტარები/შენიშვნები:

**G12 ინტერვიუ:**

- 1. შეწყდა ინტერვიუერის მიერ
- 2. პაციენტმა უარი განაცხადა ინტერვიუს დასრულებაზე
- 3. პაციენტი ვერ პასუხობს (არის არაფხიზელი, ენობრივი ბარიერია ან სხვ.)
- 4. სრულად ჩატარდა

**დანართი 4. ნარკოტიკის მოხმარების სკრინინგ-ტესტი (DAST-10)**

სულ 10 ითხვა (საწყისი 28 კითხვიდან შეირჩა) - არკვევს ნარკოტიკის მოხმარების სასიგნალო ნიშნებს ბოლო წლის შესახებ გამოკითხვით . ინტერვიუ; თვით-ადმინისტრირებადია; ტარდება მოზრდილთა შორის და ხასიათდება კარგი მგრძობელობით

1. სამედიცინო დანიშნულების გარეშე მიგიღიათ ნარკოტიკული საშუალება ?
2. ერთდროულად მიგიღიათ ერთზე მეტი წამალი?
3. შეგიძლიათ უარი თქვათ „წამლის“ მოხმარებაზე ყოველთვის, როცა მოგინდებათ?

4. გქონიათ მიღებული ნარკოტიკის გამო მეხსიერების დაბინდვა? (წარსულში დაბრუნების შეგრძნება -flashbacks?)
5. ოდესმე გქონიათ დანაშაულის შეგრძნება ნარკოტიკის მოხმარების გამო?
6. მეუღლეს, ან მშობელს ოდესმე უწუწუნია ნარკოტიკის მიმართ თქვენი დამოკიდებულების გამო?
7. ოდესმე წასულხართ ოჯახის ინტერესების წინააღმდეგ ნარკოტიკის მიღების გამო?
8. ჩაგიდენიათ კანონდარღვევა იმ მიზნით, რომ მოგეპოვებინათ ნარკოტიკული საშუალება?
9. ოდესმე გქონიათ დისკომფორტი ან გიგრძნიათ ცუდად თავი, როდესაც ნარკოტიკის მიღება ვერ შეძელით, ან არ მიიღეთ?
10. გქონიათ ჯანმრთელობის პრობლემა ნარკოტიკის მოხმარების გამო (მაგ., ამნეზია, ჰეპატიტი, სგგი)?

**დანართი 5. ალკოჰოლის საზიანო მოხმარების სკრინინგ ტესტი: პაციენტის თვითშესავსები ვერსია AUDIT(C)**

**პაციენტს:** იმის გამო, რომ ალკოჰოლის მოხმარებამ შეიძლება ზიანი მიაყენოს თქვენს ჯანმრთელობას, ან ურთიერთქმედებაში შევიდეს გარკვეულ მედიკამენტებთან და სამკურნალო საშუალებებთან, მნიშვნელოვანია, რამდენიმე კითხვა დაგისვით თქვენს მიერ ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ. თქვენი პასუხები კონფიდენციალურია. გთხოვთ, იყავით გულწრფელი. ჩაწერეთ ბოლო სვეტში თქვენთვის ყველაზე მეტად შესაბამისი პასუხის ქულა, თითო კითხვაზე საპასუხოდ ცალ-ცალკე.

კითხვები	0	1	2	3	4	პასუხი
1. რამდენად ხშირად სვამთ ალკოჰოლის შემცველ სასმელებს?	არასოდეს	თვეში ერთხელ ან უფრო იშვიათად	თვეში 2-4 ჯერ	კვირაში 2-3 ჯერ	კვირაში 4-ჯერ ან უფრო ხშირად	
2. ალკოჰოლის შემცველ რამდენ ჭიქას (სტანდარტულ სასმისს) სვამთ ჩვეულებრივ, დალევის დროს?	1 ან 2	3 ან 4	5 ან 6	7 ან 9	10 ან მეტი	
3. რამდენად ხშირად სვამთ 6 ან მეტ ჭიქას (სტანდარტულ სასმისს) ერთ დალევაზე?	არასოდეს	უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	თვეში ერთხელ	კვირაში ერთხელ	ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე	
4. გასული წლის მანძილზე რამდენჯერ მისულხართ დასკვნამდე, რომ ვერ ახერხებთ დალევის შეწყვეტას, თუ ერთხელ დაიწყეთ?	არასოდეს	უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	თვეში ერთხელ	კვირაში ერთხელ	ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე	
5. გასული წლის მანძილზე რამდენად ვერ ასრულებდით ჩვეულ საქმიანობებს და დაკისრებულ მოვალეობებს იმის გამო, რომ დალიეთ?	არასოდეს	უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	თვეში ერთხელ	კვირაში ერთხელ	ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე	
6. გასულ წელს რამდენად ხშირად გჭირდებოდათ დილით დალევა	არასოდეს	უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	თვეში ერთხელ	კვირაში ერთხელ	ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე	



აზრზე მოსასვლელად მას შემდეგ, რაც წინა დღეს ბევრი დალიეთ?						
7. გასული წლის მანძილზე რამდენად ხშირად გქონდათ დანაშაულის განცდა ან სინდისის ქენჯნა დალევის გამო?	არასოდეს	უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	თვეში ერთხელ	კვირაში ერთხელ	ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე	
8. გასული წლის მანძილზე რამდენად ხშირად გქონიათ შემთხვევა, როცა ვერ იხსენებდით რა მოხდა წინა დღეს, იმის გამო, რომ მთვრალი იყავით?	არასოდეს	უფრო იშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ	თვეში ერთხელ	კვირაში ერთხელ	ყოველდღე ან თითქმის ყოველდღე	
9. იყო თუ არა თქვენი დალევა თქვენი ან სხვისი ტრავმის მიზეზი?	არა		დიახ, მაგრამ არა გასულ წელს		დიახ, გასული წლის მანძილზე	
10. თქვენი ნათესავი, მეგობარი, ექიმი ან მედიცინის მუშაკი გამოხატავდა თუ არა შეშფოთებას თქვენი დალევის გამო ან გთავაზობდათ თუ არა, შეგემცირებინათ მოხმარებული ალკოჰოლის რაოდენობა?	არა		დიახ, მაგრამ არა გასულ წელს		დიახ, გასული წლის მანძილზე	
						ჯამი

**დანართი 6. ჯანმრთელობის შეფასება EQ-5D-5L**

**კითხვარი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ქართული ვერსია საქართველოსთვის**

თითოეული სათაურის ქვეშ, გთხოვთ, აღნიშნოთ **ერთი** უჯრა, რომელიც ყველაზე უკეთესად აღწერს თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობას **დღევანდელ კონკრეტულ დღეს**.

**მოძრაობის უნარი**

- მე არ მაქვს პრობლემები სიარულში
- მე მაქვს უმნიშვნელო პრობლემები სიარულში
- მე მაქვს საშუალო პრობლემები სიარულში
- მე მაქვს სერიოზული პრობლემები სიარულში
- მე არ შემიძლია სიარული

**თავის მოვლის უნარი**

- მე არ მაქვს პრობლემები დამოუკიდებლად დაბანის და ჩაცმის დროს
- მე მაქვს უმნიშვნელო პრობლემები დამოუკიდებლად დაბანის და ჩაცმის დროს

ჯანმრთელობის  
საუკეთესო  
მდგომარეობა,  
რაც კი შეიძლება  
 წარმოვიდგინოთ

მე მაქვს საშუალო პრობლემები დამოუკიდებლად დაბანის და ჩაცმის დროს  
მე მაქვს სერიოზული პრობლემები დამოუკიდებლად დაბანის და ჩაცმის დროს  
მე არ შემიძლია დამოუკიდებლად დაბანა და ჩაცმა

**ჩვეული საქმიანობები** (მაგ. მუშაობა, სწავლა, სახლის საქმეები, საოჯახო და დასვენება-გაგანსაღების საქმიანობები)

მე არ მაქვს პრობლემები ჩემი ჩვეული საქმიანობის შესრულებისას   
მე მაქვს უმნიშვნელო პრობლემები ჩემი ჩვეული საქმიანობის შესრულებისას   
მე მაქვს საშუალო პრობლემები ჩემი ჩვეული საქმიანობის შესრულებისას   
მე მაქვს სერიოზული პრობლემები ჩემი ჩვეული საქმიანობის შესრულებისას   
მე არ შემიძლია ჩემი ჩვეული საქმიანობის შესრულება

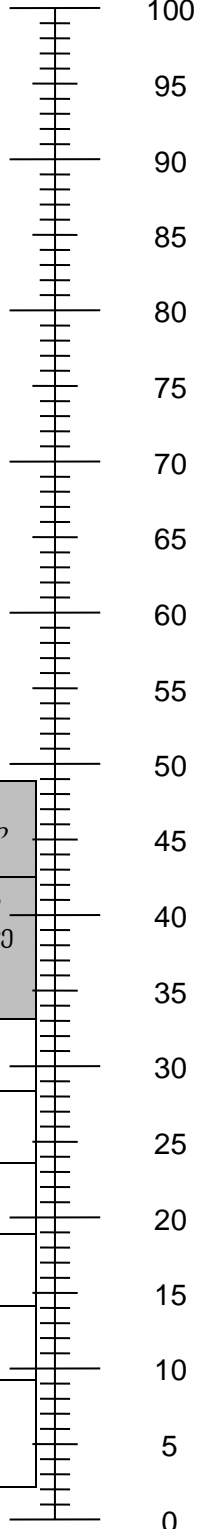
**ტკივილი / დისკომფორტი**

მე არ მაქვს ტკივილი ან დისკომფორტი   
მე მაქვს უმნიშვნელო ტკივილი ან დისკომფორტი   
მე მაქვს საშუალოდ გამოხატული ტკივილი ან დისკომფორტი   
მე მაქვს ძლიერი ტკივილი ან დისკომფორტი   
მე მაქვს უკიდურესად ძლიერი ტკივილი ან დისკომფორტი

**მოუსვენრობა / დეპრესია**

მე არ მაქვს მოუსვენრობა ან დეპრესია   
მე მაქვს მცირედ გამოხატული მოუსვენრობა ან დეპრესია   
მე მაქვს საშუალოდ გამოხატული მოუსვენრობა ან დეპრესია   
მე მაქვს ძლიერი მოუსვენრობა ან დეპრესია   
მე მაქვს უკიდურესად ძლიერი მოუსვენრობა ან დეპრესია

- ჩვენ გვინდა გავიგოთ, თუ რამდენად კარგია ან ცუდია თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა **დღევანდელ კონკრეტულ დღეს**.
- ეს სკალა დანომრილია 0–დან 100–მდე.
- 100 აღნიშნავს ჯანმრთელობის საუკეთესო მდგომარეობას, რაც კი შეიძლება წარმოვიდგინოთ.
- 0 აღნიშნავს ჯანმრთელობის ყველაზე უარეს მდგომარეობას, რაც კი შეიძლება წარმოვიდგინოთ.
- აღნიშნეთ სკალაზე X, რომ მიუთითოთ, თუ როგორია თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა **დღევანდელ კონკრეტულ დღეს**.
- ახლა, გთხოვთ, ქვევით მოცემულ უჯრაში ჩაწეროთ ის რიცხვი, რომელიც თქვენ აღნიშნეთ სკალაზე.



დანართი      თქვენი ჯანმრთელობის მდგომარეობა            ის შეფასება - PHQ9  
 დღევანდელ კონკრეტულ დღეს =

<b>ბოლო 2 კვირის განმავლობაში რამდენად ხშირად გქონიათ ქვემოთ ჩამოთვლილი უსიამოვნო მოვლენები?</b> <i>[ინტერვიუერს: გთხოვთ ზუსტად ისე წაიკითხოთ კითხვები როგორც წერია. წაუკითხეთ ყველა შესაძლო პასუხი თითოეული შეკითხვისთვის ვიდრე რესპონდენტი არ გაერკვევა შესაძლო ვარიანტებში]</i>				
	საერთოდ არა	ზოგიერთ დღეებში	უმეტესი დღის განმავლობაში	თითქმის ყოველდღე
1. ინტერესის/ სიამოვნების ნაკლებობა რაიმეს კეთებისას	0	1	2	3
2. ცუდ გუნებაზე, დეპრესიულად, უიმედოდ ყოფნა	0	1	2	3
3. ჩაძინების პრობლემები, ცუდი ძილი ან ძილიანობა	0	1	2	3
4. დადლილობის შეგრძნება ან ენერჯის ნაკლებობა	0	1	2	3
5. უმადობა ან გაძლიერებული მადა	0	1	2	3
6. განცდა იმისა, რომ ხართ წარუმატებელი, ან რომ ცხოვრებაში ვერაფერი მოახერხეთ, ან ვერ გაამართლეთ ოჯახის იმედები	0	1	2	3

ჯანმრთელობის ყველაზე უარესი მდგომარეობა, რაც კი შეიძლება წარმოვიდგინოთ

<b>ბოლო 2 კვირის განმავლობაში რამდენად ხშირად გქონიათ ქვემოთ ჩამოთვლილი უსიამოვნო მოვლენები?</b> [ინტერვიუერს: გთხოვთ ზუსტად ისე წაიკითხოთ კითხვები როგორც წერია. წაუკითხეთ ყველა შესაძლო პასუხი თითოეული შეკითხვისთვის ვიდრე რესპონდენტი არ გაერკვევა შესაძლო ვარიანტებში]				
	საერთოდ არა	ზოგიერთ დღეებში	უმეტესი დღის განმავლობაში	თითქმის ყოველდღე
7. კონცენტრაციის გამწვანება, მაგალითად გაზეთის კითხვის ან ტელევიზორის ყურების დროს	0	1	2	3
8. ნელა საუბარი ან მოძრაობა, რომ ეს სხვებისთვის შეიძლება შესამჩნევი გამხდარიყო, ან ისეთი მოუსვენრობა, რომ ჩვეულებრივზე მეტად მოძრაობთ	0	1	2	3
9. ფიქრი იმაზე, რომ ასეთ ყოფნასიკვდილი სჯობს ან ფიქრისაკუთარი თავის დაზიანების შესახებ	0	1	2	3
ინტერვიუერის შენიშვნა: თუ რომელიმე კითხვა ფასდება „2“ ან მეტი ქულით, ჰკითხეთ:				
	სრულებით არ გაართულა	ერთგვარად გაართულა	გაართულა	ძალიან გაართულა
რამდენად გაართულა ამ პრობლემებმა სამუშაოს შესრულება, საშინაო საქმის კეთება ან სხვებთან ურთიერთობა?	0	1	2	3
შეფასება: მოცემული 9 პუნქტიდან თითოეული ფასდება 0-დან 3- ქულამდე. ჯამური ქულა შეიძლება იყოს 0-დან 27-ის ფარგლებში. ქულები 5, 10, 15, და 20 არის ზღვრული ნიშნული მსუბუქი, ზომიერი, ზომიერად მძიმე და მძიმე დეპრესიისთვის.				

Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. No permission required to reproduce, translate, display or distribute.

**ინტერპრეტაცია:**

0 – 4: მინიმალური დეპრესიის ნიშნები; 5-9: მსუბუქი დეპრესია; 10-14: ზომიერი დეპრესია; 15-19: ზომიერად მძიმე დეპრესია; 20-27: მძიმე დეპრესია

**დანართი 8. შფოთვის შეფასება - GAD7**

**გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობის სკრინინგი  
GAD-7**

**ბოლო 2 კვირის განმავლობაში რამდენად ხშირად შეგაწუხებდა ქვემოთ ჩამოთვლილმა პრობლემებმა:**

[ინტერვიუერს: გთხოვთ ზუსტად ისე წაიკითხოთ კითხვები როგორც წერია. წაუკითხეთ ყველა შესაძლო პასუხი თითოეული შეკითხვისთვის ვიდრე რესპონდენტი არ გაერკვევა შესაძლო ვარიანტებში]

	საერთოდ არა	ზოგიერთ დღეებში	უმეტესი დღის განმავლობაში	თითქმის ყოველდღე
ნერვიულობა, შფოთვა, განცდა იმისა, რომ უკიდურესობამდე ხართ მისული - „წვიპზე ხართ“	0	1	2	3

უუნარობა შეგეწყვიტათ ან გეკონტროლებინათ შფოთვა	0	1	2	3
ზედმეტი ნერვიულობა სხვადასხვა საკითხებზე	0	1	2	3
განტვირთვის/სიმშვიდის მოპოვების სირთულე	0	1	2	3
ისეთი მოუსვენრობა რომ ჭირს ერთ ადგილას ჯდომა	0	1	2	3
ადვილად წყენა ან გაღიზიანებადობა	0	1	2	3
შიში იმისა, რომ რაიმე საშინელება შეიძლება მოხდეს	0	1	2	3

*შენიშვნა: თუ რომელიმე კითხვა ფასდება „2“ ან მეტი ქულით, უკასუხეთ შემდეგ შეკითხვას*

	სრულებით არ გაართულა	ერთგვარად გაართულა	გაართულა	ძალიან გაართულა
რამდენად გაართულა ამ პრობლემებმა სამუშაოს შესრულება, სამინაო საქმის კეთება ან სხვებთან ურთიერთობა?	0	1	2	3

Developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. 1999. No permission required to reproduce, translate, display or distribute.

**ინსტრუმენტის გასაღები:**

**0-4:** მინიმალური შფოთვა

**5-9:** მსუბუქი შფოთვა

**10-14:** ზომიერი შფოთვა

**15-21:** მძიმე შფოთვა

## დანართი 9. პოსტტრავმული სრესის (პტს) და რთული პტს ITQ (ICD11-ის მიხედვით) შეფასება

### ტრავმის საერთაშორისო კითხვარი (ტსკ) (International Trauma Questionnaire, ITQ)

#### ზოგადი მიმოხილვა:

თანდართული ინსტრუმენტი წარმოადგენს მოკლე, გასაგებად ჩამოყალიბებულ საზომს, რომელიც ფოკუსირდება პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (პტსა) და კომპლექსური პოსტტრავმული სტრესული აშლილობის (კპტსა) ცენტრალურ, ძირეულ მახასიათებლებზე და იყენებს მარტივ სადიაგნოსტიკო წესებს. ტსკ შემუშავდა იმ ფორმით, რომ შესაბამისობაში ყოფილიყო ჯანმო-ს მიერ ჩამოყალიბებულ, დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD-11) საორგანიზაციო პრინციპებთან, როგორც კლინიკური ღირებულების მაქსიმიზაცია და საერთაშორისო გამოყენებადობის უზრუნველყოფა, მოცემული აშლილობის ძირეულ სიმპტომებზე ფოკუსირების გზით. ტსკ თავისუფლად არის ხელმისაწვდომი საჯარო სივრცეში ყველა დაინტერესებული მხარისთვის. საზომის შეფასება ჯერ კიდევ გრძელდება, განსაკუთრებით ფუნქციური მოშლის დეფინიციასთან მიმართებაში (როგორც პტსა-ს, ისე კპტსა-ს შემთხვევაში) და შესაძლოა, პუნქტების შინაარსთან მიმართებაშიც, ვინაიდან არ არის გამორიცხული, ისინი პროგნოზული მნიშვნელობის გამოდგეს დიფერენცირებული მკურნალობის გამოსავლის თვალსაზრისით.

#### სადიაგნოსტიკო ალგორითმები შემდეგნაირია:

**პტსა.** პტსა-ს დიაგნოზი მოითხოვს ერთი ან ორი სიმპტომის გამოვლენას სიმპტომთა მოცემული ჯგუფებიდან: (1) ტრავმული მოვლენის ხელახალი განცდა აწმყოში (2) ტრავმული მოვლენის გახსენებისთვის თავის არიდება; (3) მიმდინარე საფრთხის შეგრძნება; და გარდა ამისა - ამ სიმპტომებთან დაკავშირებული ფუნქციური მოშლის მინიმუმ ერთი ინდიკატორის გამოვლენას. სიმპტომის, ან ფუნქციური მოშლას ინდიკატორის გამოვლენად ჩაითვლება  $\geq 2$  ქულა შესაბამის პუნქტში.

**კპტსა.** კპტსა-ს დიაგნოზი მოითხოვს ერთი ან ორი სიმპტომის გამოვლენას პტსა-ს სიმპტომთა თითოეული ჯგუფიდან (ხელახალი განცდა აწმყოში თავის არიდება, მიმდინარე საფრთხის შეგრძნება) და აგრეთვე, ერთი ან ორი სიმპტომის გამოვლენას თვითორგანიზაციის დარღვევების (თოდ) თითოეული ჯგუფიდან: (1) აფექტური დისრეგულაცია; (2) ნეგატიური თვითაღქმა; (3) პრობლემები ურთიერთობებში. ფუნქციური მოშლა უნდა იდენტიფიცირდეს, როცა ვლინდება პტსა-ს სიმპტომებთან დაკავშირებული ფუნქციური მოშლის მინიმუმ ერთი ინდიკატორი და თოდ-ის სიმპტომებთან დაკავშირებული ფუნქციური მოშლის ერთი ინდიკატორი. სიმპტომის, ან ფუნქციური მოშლის ინდიკატორის გამოვლენად ჩაითვლება  $\geq 2$  ქულა შესაბამის პუნქტში.

პირს შეიძლება დაესვას პტსა-ს ან კპტსა-ს დიაგნოზი, მაგრამ არა ორივე ერთად. თუ პირი აკმაყოფილებს კპტსა-ს კრიტერიუმებს, მაშინ მაშინ მას პტსა-ს დიაგნოზი აღარ დაესმება.

ქულების მინიჭების ინსტრუქციები მოცემულია ამ დოკუმენტის ბოლოს.

#### ინსტრუმენტის წყარო:

Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, Karatzias T, Hyland P. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand.* 2018 Dec;138(6):536-546. doi: 10.1111/acps.12956. Epub 2018 Sep 3. PMID: 30178492.

#### დამატებითი პუბლიკაციები:



- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A.,...Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.
- Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C., Hyland P., Efthymiadou E., Wilson D.,...Cloitre M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181-187. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.032>
- Hyland, P., Shevlin M., Brewin C.R., Cloitre M., Downes A.J., Jumbe, S.,...Roberts, N.P. (2017). Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 136, 313-322. doi: 10.1111/acps.12771.
- Shevlin, M., Hyland, P., Roberts, N. P., Bisson, J. I., Brewin C.R. & Cloitre M. (2018). A psychometric assessment of Disturbances in Self-Organization symptom indicators for ICD-11 Complex PTSD using the International Trauma Questionnaire, *European Journal of Psychotraumatology*, 9:1, DOI: 10.1080/20008198.2017.1419749

**ტრავმის საერთაშორისო კითხვარი**

**ინსტრუქციები:** გთხოვთ, დაასახელოთ წარსული გამოცდილება (მოვლენა), რომელიც ყველაზე მეტად გაწუხებთ და უპასუხოთ კითხვებს ამ გამოცდილებასთან დაკავშირებით.

გამოცდილების მოკლე აღწერილობა -----

როდის მოხდა ეს მოვლენა/გამოცდილება? (შემოხაზეთ ერთ-ერთი).

- ა. 6 თვეზე ნაკლები ხნის წინ
- ბ. 6-12 თვის წინ
- გ. 1-5 წლის წინ
- დ. 5-10 წლის წინ
- ე. 10-20 წლის წინ
- ვ. 20 წელზე მეტი ხნის წინ

ქვემოთ ჩამოთვლილია გარკვეული პრობლემები, რომლებსაც ზოგჯერ განიცდიან ადამიანები ცხოვრებისეული ტრავმული ან სტრესული გამოცდილების საპასუხოდ. გთხოვთ, ყურადღებით წაიკითხოთ თითოეული მათგანი, შემდეგ შემოხაზოთ მარჯვენა მხარეს მოცემული ერთ-ერთი რიცხვი, იმის მიხედვით, თუ რამდენად გაწუხებდათ აღნიშნული პრობლემა უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში.

	საერთოდ არა	ცოტათი	ზომიერად	საკმაოდ ძლიერად	ძალიან ძლიერად
P1. შემაწუხებელი სიზმრები, რომლებიც იმეორებს აღნიშნული გამოცდილების გარკვეულ ნაწილებს, ან ცალსახად არის დაკავშირებული ამ გამოცდილებასთან	0	1	2	3	4
P2. მკვეთრი გამოსახულებები ან მოგონებები, რომლებიც პერიოდულად ჩნდება გონებაში და	0	1	2	3	4

გიტოვებთ შერგმნებას, თითქოს აღნიშნული მოვლენა ისევ ხდება აწმყოში.					
P3. გამოცდილების შინაგანი შემახსენებლების (ფიქრები, გრძნობები, ფიზიკური შერგმნებები) მიმართ მაქსიმალურად თავის არიდება.	0	1	2	3	4
P4. გამოცდილების გარეგანი შემახსენებლების (ადამიანები, ადგილები, საუბრები, ნივთები, ქმედებები, სიტუაციები) მიმართ მაქსიმალურად თავის არიდება.	0	1	2	3	4
P5. მუდმივი „ზე-სიფხიზლე“, სიფრთხილე, დამაბულობა	0	1	2	3	4
P6. შინაგანი მოუსვენრობა, ადვილად შეკრთომა მცირე გამღიზიანებელზე.	0	1	2	3	4

უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში ზემოთაღნიშნული პრობლემები:

P7. ხელს გიშლიდათ ურთიერთობებსა და სოციალურ ცხოვრებაში.	0	1	2	3	4
P8. ხელს გიშლიდათ მუშაობაში და მუშაობის უნარში.	0	1	2	3	4
P9. ხელს გიშლიდათ ცხოვრების სხვა მნიშვნელოვან ასპექტებში, როგორცაა მაგ. ბავშვების მოვლა, სწავლა სკოლაში ან უნივერსიტეტში ან სხვა მნიშვნელოვანი აქტივობები.	0	1	2	3	4

ქვემოთ ჩამოთვლილია პრობლემები, რომელთაც ზოგჯერ განიცდიან ადამიანები სტრესული ან ტრავმული მოვლენების გადატანის შემდეგ. კითხვები შეეხება იმას, თუ ჩვეულებრივ როგორ გრძნობთ თავს, ჩვეულებრივ რას ფიქრობთ საკუთარ თავზე და ჩვეულებრივ რას გრძნობთ სხვების მიმართ. უპასუხეთ კითხვებს იმ თვალსაზრისით, თუ რამდენად შეგეფერებათ თითოეული გამონათქვამი.

რამდენად მართალია?	საერთოდ არა	ცოტათი	ზომიერად	საკმაოდ ძლიერად	ძალიან ძლიერად
C1. როცა ხასიათი მიფუჭდება, დიდი ხანი მჭირდება დასამშვიდებლად.	0	1	2	3	4
C2. გაბრუებული ან ემოციურად გამოფიტული ვარ.	0	1	2	3	4
C3. ვგრძნობ, რომ წარუმატებელი ვარ.	0	1	2	3	4
C4. ვგრძნობ, რომ უსარგებლო ვარ.	0	1	2	3	4
C5. ადამიანებისგან დაშორებულად, მოწყვეტილად ვგრძნობ თავს.	0	1	2	3	4
C6. მიჭირს ადამიანებთან ემოციური კავშირის შენარჩუნება	0	1	2	3	4

ზემოთ აღნიშნული პრობლემები, რომლებიც შეეხება თქვენს ემოციებსა და რწმენებს საკუთარ თავთან და სხვებთან მიმართებაში, უკანასკნელი ერთი თვის განმავლობაში:

C7. მნიშვნელოვან სტრესს და სირთულეს გიქმნიდათ ურთიერთობებში და სოციალურ ცხოვრებაში.	0	1	2	3	4
C8. ხელს გიშლიდათ მუშაობაში და მუშაობის უნარში.	0	1	2	3	4
C9. ხელს გიშლიდათ ცხოვრების სხვა მნიშვნელოვან ასპექტებში, როგორცაა მაგ. ბავშვების მოვლა, სწავლა სკოლაში ან უნივერსიტეტში ან სხვა მნიშვნელოვანი აქტივობები.	0	1	2	3	4

## 1. პტსა-ს და კპტსა-ს სადიაგნოსტიკო ქულობრივი შეფასება

### პტსა

თუ P1 ან P1  $\geq 2$ : კმაყოფილდება აწმყოში ხელახალი განცდის (*Re-experiencing*) კრიტერიუმები (*Re\_dx*)

თუ P3 ან P4  $\geq 2$ : კმაყოფილდება თავის არიდების (*Avoidance*) კრიტერიუმები (*Av\_dx*)

თუ P5 ან P6  $\geq 2$ : კმაყოფილდება მიმდინარე საფრთხის შეგრძნების (*Sense of current threat*) კრიტერიუმები (*Th\_dx*)

#### და

თუ რომელიმე მაინც P7, P8 ან P9  $\geq 2$ : კმაყოფილდება პტსა-თი გამოწვეული ფუნქციური მოშლის (PTSDFI) კრიტერიუმები.

თუ კმაყოფილდება Re\_dx კრიტერიუმები და Av\_dx კრიტერიუმები და Th\_dx კრიტერიუმები და PTSDFI კრიტერიუმები, ეს ნიშნავს, რომ კმაყოფილდება პტსა-ს სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები.

### კპტსა

თუ C1 ან C2  $\geq 2$ : კმაყოფილდება აფექტური დისრეგულაციის (*Affective dysregulation*) კრიტერიუმები (*AD\_dx*)

თუ C3 ან C4  $\geq 2$ : კმაყოფილდება ნეგატიური თვითაქმის (*Negative self-concept*) კრიტერიუმები (*NSC\_dx*)

თუ C5 ან C6  $\geq 2$ : კმაყოფილდება ურთიერთობის სირთულეების (*Disturbances in relationships*) კრიტერიუმები (*DR\_dx*)

#### და

თუ რომელიმე მაინც C7, C8 ან C9  $\geq 2$ : კმაყოფილდება თოდ-ით გამოწვეული ფუნქციური მოშლის (DSOFI) კრიტერიუმები.

თუ კმაყოფილდება AD\_dx კრიტერიუმები და NSC\_dx კრიტერიუმები და DR\_dx კრიტერიუმები და DSOFI კრიტერიუმები, ეს ნიშნავს, რომ კმაყოფილდება თოდ-ის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები.

პტსა-ს დიაგნოზი ისმება, თუ კმაყოფილდება პტსა-ს კრიტერიუმები, მაგრამ არა თოდ-ის (თვით-ორგანიზაციის დარღვევა) კრიტერიუმები.

კპტსა-ს დიაგნოზი ისმება, თუ კმაყოფილდება პტსა-ს კრიტერიუმებიც და თოდ-ის კრიტერიუმებიც.

თუ პტსა-ს კრიტერიუმები არ კმაყოფილდება, ან მხოლოდ თოდ-ის კრიტერიუმები კმაყოფილდება, დიაგნოზი არ ისმება.

## 2. პტსა-ს და კპტსა-ს განზომილებითი ქულობრივი შეფასება

შესაძლებელია, დაითვალოს ქულები პტსა-ს და თოდ-ის თითოეული სიმპტომური ჯგუფისთვის და დაჯამდეს პტსა-ს და თოდ-ის ჯამური ქულის მისაღებად.

## პტსა

P1-ის და P2-ის ე.წ. ლიკერტის ქულების ჯამი = აწმყოში ხელახალი განცდის (*Re-experiencing*) ქულა (*Re*)

P3-ის და P4-ის ლიკერტის ქულების ჯამი = თავის არიდების (*Avoidance*) ქულა (*Av*)

P5-ის და P6-ის ლიკერტის ქულების ჯამი = მიმდინარე საფრთხის შეგრძნების (*Sense of current threat*) ქულა (*Th*)

პტსა-ს ქულა = Re, Av და Th ქულების ჯამი

## თოდ (თვით-ორგანოზაციის დარღვევა)

C1-ის და C2-ის ლიკერტის ქულების ჯამი = აფექტური დისრეგულაციის (*Affective dysregulation*) ქულა (*AD*)

C3-ის და C4-ის ლიკერტის ქულების ჯამი = ნეგატიური თვითაღქმის (*Negative self-concept*) ქულა (*NSC*)

C5-ის და C6-ის ლიკერტის ქულების ჯამი = ურთიერთობის სირთულეების (*Disturbances in relationships*) ქულა (*DR*)

თოდ ქულა = AD, NSC და DR ქულების ჯამი

## გამოყენებული ლიტერატურა

1. Alba JV, García Mahía MC, Ortega Ruibal FJ, Buján López A, Carrera Machado I, et al. (2013) Análisis de patología dual en el área sanitaria de A Coruña Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias 12: 29-34.
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). 2000, Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013, Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. American Psychiatric Association, Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: Second edition. American Journal of Psychiatry, 2006; 163, S1-S82.
5. Andersson, G, Carlbring, P, Ljótsson, B, and Hedman, E, Guided internet-based CBT for common mental disorders. Journal of Contemporary Psychotherapy, 2013; 43, 223-233.
6. Antai-Otong, D., Theis, K., & Patrick, D. (2016). Dual diagnosis: Coexisting substance use disorders and psychiatric disorders. The Nursing Clinics of North America, 51(2), 237–247.
7. Baker, KD, Lubman, DI, Cosgrave, EM, Killackey, EJ, Pan Yuen, H, Hides, L, . . . Yung, AR, Impact of cooccurring substance use on 6 month outcomes for young people seeking mental health treatment. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2007; 41, 896-902.
8. Baldacchino, A., Greacen, T., Hodges, C.-L., Charzynska, K., Sorsa, M., Saias, T., . . . Meder, J. (2011). Nature, level and type of networking for individuals with dual diagnosis: A European perspective. Drugs: Education, Prevention & Policy, 18(5), 393–401.
9. Bender, K, Springer, DW & Kim, JS 2006, 'Treatment effectiveness with dually diagnosed adolescents: A systematic review', Brief Treatment and Crisis Intervention, vol. 6, no. 3, pp. 177–205.
10. Benningfeld, M. M., Arria, A. M., Kaltenebach, K., Heil, S. H., Stine, S. M., Coyle, M. G., . . . Martin, P. R. (2010). Co-occurring psychiatric symptoms are associated with increased psychological, social, and medical impairment in opioid dependent pregnant women. American Journal on Addictions, 19(5), 416–421. doi:10.1111/j.1521-0391.2010.00064.x
11. Bizzarri, J. V., Rucci, P., Sbrana, A., Miniati, M., Raimondi, F., et al. (2009), 'Substance use in severe mental illness: Self-medication and vulnerability factors', Psychiatry Research 165(1–2), pp. 88–95.
12. Blanchard, M, Metcalf, A, Degney, J, Herman, H, and Burns, J, Rethinking the digital divide: Findings from a study of marginalised young people's information communication technology (ICT) use. Youth Studies Australia, 2008; 27, 35-42
13. Blanchard, M, Metcalf, A, Degney, J, Herman, H, and Burns, J, Rethinking the digital divide: Findings from a study of marginalised young people's information communication technology (ICT) use. Youth Studies Australia, 2008; 27, 35-42.
14. Blanco, C., Alegría, A. A., Liu, S.-M., Secades-Villa, R., Sugaya, L., Davies, C. and Nunes, E. V et al. (2012), 'Differences among major depressive disorder with and without co-occurring substance use disorders and substance-induced depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions', The Journal of Clinical Psychiatry 73(6), pp. 865–73.
15. Bolton, JM, Robinson, J, and Sareen, J, Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Journal of Affective Disorders, 2009; 115, 367-375
16. Borzekowski, DL and Rickert, VI, Adolescent cybersurfing for health information: A new resource that crosses barriers. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2001; 155, 813-817.
17. Borzekowski, DL and Rickert, VI, Adolescent cybersurfing for health information: A new resource that crosses barriers. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 2001; 155, 813-817.

18. Brady, K. T. and Sinha, R. (2005), 'Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress', *American Journal of Psychiatry* 162(8), pp. 1483–93.
19. Brewer, S., Godley, M., & Hulvershorn, L. (2017). Treating mental health and substance use disorders in adolescents: What is on the menu? *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 5.
20. Brewer, S., Godley, M., & Hulvershorn, L. (2017). Treating mental health and substance use disorders in adolescents: What is on the menu? *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 5.
21. Bukstein O (eds) *Adolescent substance abuse, psychiatric comorbidity and high-risk behaviors*. Routledge, pp. 145–162.
22. Burgess, PM, Pirkis, JE, Slade, TN, Johnston, AK, Meadows, GN, and Gunn, JM, Service use for mental health problems: Findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009; 43, 615-623
23. Burns, L, Teesson, M, and O'Neill, K, The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction*, 2005; 100, 787-796.
24. Carrà, G., Bartoli, F., Brambilla, G., Crocamo, C., & Clerici, M. (2015). Comorbid addiction and major mental illness in Europe: A narrative review.
25. Carrà, G., Bartoli, F., Brambilla, G., Crocamo, C., & Clerici, M. (2015). Comorbid addiction and major mental illness in Europe: A narrative review. *Substance Abuse*, 36(1), 75–81.
26. Chan, YF, Dennis, ML, and Funk, RR, Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2008; 34, 14-24.
27. Christensen, H and Griffiths, K, The Internet and mental health literacy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000; 34, 975-979.
28. Clemens, S., S. Cvetkovski, and E. Tyssen, DirectLine telephone counselling and referral service. 2006, Melbourne, Australia: Premier's Drug Prevention Council. Available from: <http://www.health.vic.gov.au/vdapc/archive/directline.pdf>.
29. Clough, AR, Cairney, S, D'abbs, P, Parker, R, Maruff, P, Gray, D, and O'Reilly, B, Measuring exposure to cannabis use and other substance use in remote Indigenous populations in Northern Australia: Evaluation of a "community epidemiology" approach using proxy respondents. *Addiction Research and Theory*, 2004; 12, 261-274.
30. Co-Center for Excellence (COCE). *Definitions and Terms Relating to Co-Occurring Disorders; Overview Paper 1; Co-Occurring Center for Excellence (COCE)*: Rockville, MD, USA; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): Rockville, MD, USA, 2007.
31. Crane, P, Buckley, J, and Francis, C, *Youth alcohol and drug good practice guide 1: A framework for youth alcohol and other drug practice*. 2012, Brisbane, Australia: Dovetail.
32. Crome, IB 2004, 'Co-morbidity in young people: perspectives and challenges', *Acta Neuropsychiatrica*, vol. 16, pp. 47–53.
33. Cuijpers, P, Donker, T, van Straten, A, Li, J, and Andersson, G, Is guided self-help as effective as faceto-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 2010; 40, 1943-1957.
34. Darke, S, Kaye, S, McKetin, R, and Duflou, J, Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 2008; 27, 253-262.
35. Darke, S, *The life of the heroin user: Typical beginnings, trajectories and outcomes*. 2011, New York, NY: Cambridge University Press.
36. De Ruysscher, C., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., & Vanheule, S. (2017). The concept of recovery as experienced by persons with dual diagnosis: A systematic review of qualitative research from a first-person perspective. *Journal of Dual Diagnosis*, 13(4), 264–279.



37. Deady, M, Teesson, M, Mills, K, Kay-Lambkin, F, Baker, A, Shand, F, . . . Haber, P, One person, diverse needs: Living with mental health and alcohol and drug difficulties. 2013, Sydney, Australia: NHMRC Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use.
38. Deady, M, Teesson, M, Mills, K, Kay-Lambkin, F, Baker, A, Shand, F, . . . Haber, P, One person, diverse needs: Living with mental health and alcohol and drug difficulties. 2013, Sydney, Australia: NHMRC Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use.
39. Deady, M, Teesson, M, Mills, K, Kay-Lambkin, F, Baker, A, Shand, F, . . . Haber, P, One person, diverse needs: Living with mental health and alcohol and drug difficulties. 2013, Sydney, Australia: NHMRC Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use.
40. Deady, M., Teesson, M., & Kay-Lambkin, F. (2014). Treatments for co-occurring depression and substance use in young people: A systematic review. *Current Drug Abuse Reviews*, 7(1), 3–17.
41. Dom, G., & Moggi, F. (2015). Toward a new model of care: Integrating mental health, substance use, and somatic care. In G. Dom & F. Moggi (Eds.), *Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice-based handbook from a European perspective* (pp. 375–389). Springer
42. Dual Diagnoses Overview Series. 2017. Available online: [http://www.dualdiagnosis.org.au/home/images/documents/1\\_Terminology.pdf](http://www.dualdiagnosis.org.au/home/images/documents/1_Terminology.pdf) (accessed on 20 March 2020).
43. Ehrlich, C, Kendall, E, Muenchberger, H, and Armstrong, K, Coordinated care: What does that really mean? *Health and Social Care in the Community*, 2009; 17, 619-627
44. Gentile, S. (2017). Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. *Neuroscience*, 342, 154–166. doi:10.1016/j. neuroscience.2015.09.001
45. Gilvarry E and Britton J (2009) Guidance for the pharmacological management of substance misuse among young people. National Treatment Agency for Substance Misuse. London: National Treatment Agency.
46. Gilvarry E and Britton J (2009) Guidance for the pharmacological management of substance misuse among young people. National Treatment Agency for Substance Misuse. London: National Treatment Agency.
47. Godfrey, K, Yung, A, Killackey, E, Cosgrave, E, Pan Yuen, H, Stanford, C, . . . McGorry, P, Patterns of current comorbidity in young help-seekers: Implications for service planning and delivery. *Australasian Psychiatry*, 2005; 13, 379-383.
48. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, et al. (2011) Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet* 377: 2093–2102.
49. Gore, FM, Bloem, PJ, Patton, GC, Ferguson, J, Joseph, V, Coffey, C, . . . Mathers, CD, Global burden of disease in young people aged 10–24 years: A systematic analysis. *The Lancet*, 2011; 377, 2093-2102.
50. Gotham, H., Claus, R., Selig, K., & Homer, A. L. (2010). Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(2), 160–169.
51. Grist, R and Cavanagh, K, Computerised cognitive behavioural therapy for common mental health disorders, what works, for whom under what circumstances? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2013; 43, 243-251.
52. Harrison, J., Spybrook, J., Curtis, A., & Cousins, L. (2017). Integrated dual disorder treatment: Fidelity and implementation over time. *Social Work Research*, 41(2), 111–119.
53. Hides, L, Elkins, K, Catania, L, Mathias, S, Kay-Lambkin, F& Lubman, D 2007, 'Feasibility and outcomes of an innovative cognitive-behavioural skill training programme for co-occurring disorders in the youth alcohol and other drug (AOD) sector', *Drug and Alcohol Review*, vol. 26, pp. 517–23.
54. Hildebrand, A, Behrendt, S, and Hoyer, J, Treatment outcome in substance use disorder patients with and without comorbid posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 2015; 25, 565-582.

55. [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/1986/News%20release\\_10\\_2015\\_EN\\_Insights\\_Comorbidity\\_Final.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/1986/News%20release_10_2015_EN_Insights_Comorbidity_Final.pdf)
56. Hunter, E, Hall, W, and Spargo, R, Alcohol consumption and its correlates in a remote Aboriginal population. *Aboriginal Law Bulletin*, 1991; 2, 8-10.
57. Hunter, E, Mental health in Indigenous settings: Challenges for clinicians. *Australian Family Physician*, 2014; 43, 26-28.
58. Jolly, R, *The e health revolution: Easier said than done*. 2011, Canberra, Australia: Parliamentary Library.
59. Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P., & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet*, 384(9956), 1789–1799. doi:10.1016/ s0140-6736(14)61278-2
60. Kandel, DB, Johnson, JG, Bird, HR, Weissman, MM, Goodman, SH, Lahey, BB, . . . Schwab-Stone, ME, Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: Findings from the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999; 38, 693-699.
61. Kavanagh, DJ, *Psychological management of substance misuse in people with mental disorder*. 2008, Kelvin Grove, Australia: Queensland University of Technology
62. Kessler, RC, Merikangas, KR, Berglund, P, Eaton, WW, Koretz, DS, and Walters, EE, Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, 2003; 60, 1117-1122.
63. Kessler, RC, Nelson, CB, McGonagle, KA, Edlund, MJ, Frank, RG, and Leaf, PJ, The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1996; 66, 17-31.
64. Khantzian, E. J. (1985), 'The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence', *The American Journal of Psychiatry* 142(11), pp. 1259–64.
65. Khantzian, EJ and Albanese, MJ, *Understanding addiction as self medication: Finding hope behind the pain*. 2008, Lanham, MD: Rowman and Littlefield Publishers.
66. Kramer, TL, Robbins, JM, Phillips, SD, Miller, TL, and Burns, BJ, Detection and outcomes of substance use disorders in adolescents seeking mental health treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003; 42, 1318-1326.
67. Lambert-Harris, C., Saunders, E., McGovern, M., & Xie, H. (2013). Organizational capacity to address co-occurring substance use and psychiatric disorders: Assessing variation by level of care. *Journal of Addiction Medicine*, 7(1), 25–32.
68. Lee King, P. A., Duan, L, & Amaro, H. (2015). Clinical needs of in-treatment pregnant women with co-occurring disorders: Implications for primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 19(1), 180–187. doi:10.1007/s10995-014-1508-x
69. Leeies, M, Pagura, J, Sareen, J, and Bolton, JM, The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 2010; 27, 731-736
70. Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J. and Bolton, J. M. (2010), 'The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder', *Depression and Anxiety* 27(8), pp. 731–36.
71. Lubman, DI, Allen, NB, Rogers, N, Cementon, E, and Bonomo, Y, The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *Journal of Affective Disorders*, 2007; 103, 105-12.
72. Lubman, DI, Allen, NB, Rogers, N, Cementon, E, and Bonomo, Y, The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *Journal of Affective Disorders*, 2007; 103, 105-12.
73. Magidson, J. F., Wang, S., Lejuez, C. W., Iza, M. and Blanco, C. (2013), 'Prospective study of substance-induced and independent major depressive disorder among individuals with substance use disorders in a nationally representative sample', *Depression and Anxiety* 30(6), pp. 538–45.

74. Mancini, M., & Miner, C. (2013). Learning and change in a community mental health setting. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 10(5), 494–504.
75. Marks, IM, Cavanagh, K, and Gega, L, Hands-on help: Computer-aided psychotherapy. 2007, Hove, UK: Psychology Press.
76. Marsh, A, O’Toole, S, Dale, A, Willis, L, and Helfgott, S, Counselling guidelines: Alcohol and other drug issues (3rd ed.). 2013, Perth, Australia: Western Australia Alcohol and Drug Authority.
77. Marsh, A, O’Toole, S, Dale, A, Willis, L, and Helfgott, S, Counselling guidelines: Alcohol and other drug issues (3rd ed.). 2013, Perth, Australia: Western Australia Alcohol and Drug Authority.
78. Marsh, A, O’Toole, S, Dale, A, Willis, L, and Helfgott, S, Counselling guidelines: Alcohol and other drug issues (3rd ed.). 2013, Perth, Australia: Western Australia Alcohol and Drug Authority.
79. Martín-Santos, R., Torrens, M., Poudevida, S., Langohr, K., Cuyás, E., et al. (2010), ‘5-HTTLPR polymorphism, mood disorders and MDMA use in a 3-year follow-up study’, *Addiction Biology* 15(1), pp. 15–22.
80. Martins, SS, Keyes, KM, Storr, CL, Zhu, H, and Chilcoat, HD, Pathways between nonmedical opioid use/dependence and psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug and Alcohol Dependence*, 2009; 103, 16-24.
81. Mason, M., Aplasca, A., Morales-Theodore, R., Zaharakis, N., & Linker, J. (2016). Psychiatric comorbidity and complications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(3), 521–532.
82. Masten, AS, Burt, KB, Roisman, GI, Obradovic, J, Long, JD, and Tellegen, A, Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and Psychopathology*, 2004; 16, 1071-1094.
83. McCance-Katz, E. F. (2019). The National Survey on Drug Use and Health: 2018. Slide Presentation. Retrieved from [https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsqreports/Assistant-Secretary-nsduh2018\\_presentation.pdf](https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsqreports/Assistant-Secretary-nsduh2018_presentation.pdf)
84. McCrone, P, Knapp, M, Proudfoot, J, Ryden, C, Cavanagh, K, Shapiro, DA, . . . Mann, A, Costeffectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primarycare: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2004; 185, 55-62.
85. McDermott, B, Baigent, M, Chanen, A, Fraser, L, Graetz, B, Hayman, N, . . . Proimos, J, Clinical practice guidelines: Depression in adolescents and young adults. 2010, Melbourne, Australia: beyondblue.
86. McDonald, KM, Sundaram, V, Bravata, DM, Lewis, R, Lin, N, Kraft, SA, . . . Owens, DK, Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies (Vol. 7: Care coordination). 2007, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
87. McGorry, P, Should youth mental health become a specialty in its own right? Yes. *British Medical Journal*, 2009; 339
88. McGovern, M., Urada, D., Lambert-Harris, C., Sullivan, S., & Mazade, N. (2012). Development and initial feasibility of an organizational measure of behavioral health integration in medical care settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(4), 402–409.
89. Mental Health Coordinating Council of NSW, Care coordination literature review and discussion paper. 2011, Sydney, Australia: Mental Health Coordinating Council.
90. Milby, JB, Conti, K, Wallace, D, Mennemeyer, S, Mrug, S, and Schumacher, JE, Comorbidity effects on cocaine dependence treatment and examination of reciprocal relationships between abstinence and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2015; 83, 45-55.
91. Mills, KL, Teesson, M, Ross, J, and Darke, S, The impact of post-traumatic stress disorder on treatment outcomes for heroin dependence. *Addiction*, 2007; 102, 447-454
92. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. and Swann, A. C. (2001), ‘Psychiatric aspects of impulsivity’, *The American Journal of Psychiatry* 158(11), pp. 1783–93.

93. Mohr, DC, Burns, MN, Schueller, SM, Clarke, G, and Klinkman, M, Behavioral intervention technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health. *General Hospital Psychiatry*, 2013; 35, 332-338.
94. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, et al. (2007) Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 370: 319-28.
95. Mucic D. WPA Global Guidelines for Telepsychiatry. *Eur Psychiatry*. 2021 Aug 13;64(Suppl 1):S124. doi: 10.1192/j.eurpsy. 2021.349. PMID: PMC9470432.
96. Muhuri, P. K., & Gfroerer, J. C. (2009). Substance use among women: Associations with pregnancy, parenting, and race/ethnicity. *Maternal and Child Health Journal*, 13(3), 376–385. doi:10.1007/s10995-008-0375-8
97. National Institute for Health and Care Excellence, Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services, in NICE guideline. 2016, National Institute for Health and Care Excellence: London, UK.
98. NICE, Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: NICE technology appraisal guidance 97. 2013, London, UK: NICE. Available from: [www.nice.org.uk/guidance/ta97](http://www.nice.org.uk/guidance/ta97)
99. NICE, Psychosis with coexisting substance misuse: Assessment and management in adults and young people: NICE clinical guideline 120. 2011, London, UK: NICE. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg120>.
100. Nicholas, J, Proudfoot, J, Parker, G, Gillis, I, Burckhardt, R, Manicavasagar, V, and Smith, M, The ins and outs of an online bipolar education program: A study of program attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 2010; 12, e57.
101. NSW Department of Health, Drug and alcohol psychosocial interventions: Professional practice guidelines. 2008, North Sydney, Australia: Mental Health and Drug and Alcohol Office
102. NSW Department of Health, Drug and alcohol psychosocial interventions: Professional practice guidelines. 2008, North Sydney, Australia: Mental Health and Drug and Alcohol Office.
103. NSW Department of Health, Drug and alcohol psychosocial interventions: Professional practice guidelines. 2008, North Sydney, Australia: Mental Health and Drug and Alcohol Office. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders: Treatment Improvement Protocol (TIP) series 42. 2005, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
104. NSW Department of Health, Mental health reference resource for drug and alcohol workers. 2007, Sydney, Australia: NSW Department of Health.
105. O'Brien C (2007) Brain development as a vulnerability factor in the aetiology of substance abuse and addiction. In: Romer D and Walker E (eds) *Adolescent psychopathology and the developing brain*. Oxford: Oxford University Press, pp. 388–400.
106. Proctor, S. L., & Herschman, P. L. (2014). The continuing care model of substance use treatment: What works, and when is “enough,” “enough?” *Psychiatry Journal*, 692423. doi:10.1155/2014/692423
107. Prusiak, B, Survey of Aboriginal admissions to Bloomfield Hospital. 1995, NSW.
108. Queensland Health, Dual diagnosis: co-occurring mental health and alcohol and other drug problems, in *Clinical guidelines*. 2010: Brisbane, QLD australia.
109. Radhakrishnan, R., Wilkinson, S. T. and D'Souza, D. C. (2014), 'Gone to pot: A review of the association between cannabis and psychosis', *Frontiers in Psychiatry* 5, p. 54.
110. Raimo, EB and Schuckit, MA, Alcohol dependence and mood disorders. *Addictive Behaviors*, 1998; 23, 933-46.
111. Ramchand, R., Griffin, B., Slaughter, M., Almirall, D., & McCaffrey, D. (2014). Do improvements in substance use and mental health symptoms during treatment translate to long-term outcomes in the opposite domain? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(5), 339–346.

112. Rastegar, DA, Making effective referrals to specialty care, in *Addressing unhealthy alcohol use in primary care*, R. Saitz, Editor. 2013, New York, NY: Springer. p. 63-71.
113. Reavley, NJ, Cvetkovski, S, Jorm, AF, and Lubman, DI, Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: Results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2010; 44, 729-735.
114. Rickwood, DJ, Deane, FP, and Wilson, CJ, When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 2007; 187, S35-S39.
115. Rickwood, DJ, Deane, FP, and Wilson, CJ, When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 2007; 187, S35-S39.
116. Robinson, J, Sareen, J, Cox, B, & Bolton, J, Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders: A longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 2011; 75, 800-807.
117. Rohde, P, Lewinsohn, P, and Seeley, J, Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35, 101-109. Armstrong, TD and Costello, EJ, Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002; 70, 1224-1239.
118. Rounsaville, BJ, DSM-IV research agenda: Substance abuse/psychosis comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 2007; 33, 947-952.
119. Rubinsky, A. D., Ellerbe, L. S., Gupta, S., Phelps, T. E., Bowe, T., Burden, J. L., & Harris, A. H. S. (2017). Outpatient continuing care after residential substance use disorder treatment in the US Veterans Health Administration: Facilitators and challenges. *Substance Abuse*, 39(3), 322–330. doi:10.1080/08897077.2017.1391923
120. Saunders, B and Robinson, S, Co-occurring mental health and drug dependency disorders: Workforce development challenges for the A&D field. *Drug and Alcohol Review*, 2002; 21, 231-237.
121. Schäfer, I and Najavits, LM, Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 2007; 20, 614-618
122. Schulte, S., Meier, P. S., & Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction – A systematic review. *BMC Psychiatry*, 11, Article 64.
123. Schwartz, SJ, Côté, JÉ, and Arnett, JJ, Identity and agency in emerging adulthood two developmental routes in the individualization process. *Youth and Society*, 2005; 37, 201-229.
124. Siegfried, N, A review of comorbidity: Major mental illness and problematic substance use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1998; 32, 707-717
125. Skinner, W.W.J.; O'Grady, P.O.C.; Bartha, C.; Parker, C. *Concurrent Substance Use and Mental Health Disorders. An Information Guide*; Centre for Addiction and Mental Health: Toronto, ON, Canada, 2010; ISBN 978-1-77052-604-4
126. Slade, T, Johnston, A, Teesson, M, Whiteford, H, Burgess, P, Pirkis, J, and Saw, S, *The mental health of Australians 2: Report on the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing*. 2009, Canberra, Australia: Australian Government Department of Health and Ageing.
127. Slade, T, Johnston, A, Teesson, M, Whiteford, H, Burgess, P, Pirkis, J, and Saw, S, *The mental health of Australians 2: Report on the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing*. 2009, Canberra, Australia: Australian Government Department of Health and Ageing.
128. Smith, J. P. and Randall, C. L. (2012), 'Anxiety and alcohol use disorders: Comorbidity and treatment considerations', *Alcohol Research: Current Reviews* 34(4), pp. 414–31.
129. Somerville LH and Casey BJ (2010) Developmental neurobiology of cognitive control and motivational systems. *Curr Opin Neurobiol* 20: 236–241.

130. Spear L (2007) The developing brain and adolescent-typical behaviour patterns. In: Romer D and Walker E (eds) *Adolescent psychopathology and the developing brain*. Oxford: Oxford University Press, pp. 9–30.
131. Suarez, L., Belcher, H., Briggs, E., & Titus, J. (2012). Supporting the need for an integrated system of care for youth with cooccurring traumatic stress and substance abuse problems. *American Journal of Community Psychology*, 49(3–4), 430–440.
132. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders: Treatment Improvement Protocol (TIP) series 42. 2005, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
133. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009c). Substance abuse treatment: Addressing the specific needs of women. Revised 2013. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 51 (HHS Publication No. (SMA)13-4426). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
134. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019a). National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2018. Data on substance abuse treatment facilities. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
135. Taylor, CB and Luce, KH, Computer-and internet-based psychotherapy interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 2003; 12, 18-22.
136. Taylor, CB and Luce, KH, Computer-and internet-based psychotherapy interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 2003; 12, 18-22.
137. Teesson, M and Burns, L, National comorbidity project. 2001, Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Aged Care. Szirom, T, King, D, and Desmond, K, Barriers to service provision for young people with presenting substance misuse and mental health problems. 2004, Canberra, Australia: National Youth Affairs Research Scheme.
138. Teesson, M, Slade, T, and Mills, K, Comorbidity in Australia: Findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009; 43, 606-614.
139. Temmingh, H., Williams, T., Siegfried, N., & Stein, D. (2018). Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD011057. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011057.pub2>
140. Thomas SE, Drobos DJ and Deas D (2005) Alcohol cue reactivity in alcohol-dependent adolescents. *J Stud Alcohol* 66: 354–360
141. Torrens, M., Rossi, P. C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D., & Bulbena, A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: Treatment in parallel systems or in one integrated system? *Substance Use & Misuse*, 47(8-9), 1005–1014.
142. Torrens, M.; Mestre-Pintó, J.-I.; Domingo-Salvany, A. Comorbidity of Substance Use and Mental Disorders in Europe; The European Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon, Portugal, 2015.
143. Upadhyaya H and Deas D (2008) Pharmacological interventions for adolescent substance use disorders. In: Yifrah Kaminer Y and Oscar
144. van der Plas EA, Crone EA, van den Wildenberg WP, Tranel D, Bechara A. Executive control deficits in substance-dependent individuals: a comparison of alcohol, cocaine, and methamphetamine and of men and women. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009 Aug;31(6):706-19. doi: 10.1080/13803390802484797. Epub 2008 Nov 26. PMID: 19037812; PMCID: PMC2829119.
145. Vanderplasschen W, Wolf J, Rapp RC, Broekaert E. Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *J Psychoactive Drugs*. 2007 Mar;39(1):81-95. doi: 10.1080/02791072.2007.10399867. PMID: 17523588; PMCID: PMC1986794.
146. Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías, B, et al.(2015) Libro Blanco. Recursos para pacientes con patología dual en España. Madrid: Grupo SANED.



147. Vigod, S. N., Wilson, C. A., & Howard, L. M. (2016). Depression in pregnancy. *BMJ (Online)*, 352. doi:10.1136/ bmj.i1547
148. Winters, KC, Treating adolescents with substance use disorders: An overview of practice issues and treatment outcome. *Substance Abuse*, 1999; 20, 203-225.
149. WPA (2014), Dual disorders/pathology ([http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=11&content\\_id=1206](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=11&content_id=1206)), retrieved 5 August 2015).
150. Young, M., Barrett, B., Engelhardt, M., & Moore, K. (2014). Sixmonth outcomes of an integrated assertive community treatment team serving adults with complex behavioral health and housing needs. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 474–479.