

ქონსულტირება ნივთიერებათა  
ავადმოსხარებადისას

მეოთხე გამოცემა

ჯუდიტ ა. ლუისი

რობერტ ქ. დანა

გრაგორი ა. ბლავინსკი

ჯუდიტ ა. ლუისი, რობერტ ქ. დანა  
გრეგორი ა. ბლევინსი

# კონსულტირება ნივთიერებათა ავადმობხმარებისას

მეთხე გამოცემა

SUBSTANCE ABUSE COUNSELING. 4TH EDITION  
by Judith A. Lewis Robert Q. Dana Gregory A. Blevins

კონსულტირება ნივთიერებათა სავადმომხმარებლისა  
მეთხე გამოცემა

ავტორები:

**ჯულია ა. ლუისი**

*გუბერნატორის სახელმწიფო უნივერსიტეტი (Governors State University)*

**რობერტ ქ. დანა**

*მენის უნივერსიტეტი (University of Maine)*

**გრეგორი ა. ბლევინსი**

*გუბერნატორის სახელმწიფო უნივერსიტეტი*

მთარგმნელი:

**ნინო ბარძიმიშვილი**

რედაქტორი:

**ნინო აღდგომელაშვილი**



This report is published in the frame of the project “Development of Human Resources, Evidence Base and Quality Standards in Addictology in Georgia”, funded by EC, within the TEMPUS funding mechanism 544219-TEMPUS-1-2013-1CZ-TEMPUS-SMHES (2013 – 4566 / 001 – 001).

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

წინამდებარე გამოცემა დაფინანსებულია ევროკომისიის მიერ TEMPUS-ის დაფინანსების მექანიზმის გამოყენებით, პროექტის „ადამიანური რესურსების, მტკიცებულებათა ბაზისა და ხარისხის სტანდარტების განვითარება საქართველოს ადიქტოლოგიაში“ ფარგლებში 544219-TEMPUS-1-2013-1CZ-TEMPUS-SMHES (2013 – 4566 / 001 – 001).

ევროკომისიის მიერ ამ გამოცემის მხარდაჭერა არ ნიშნავს მისი შინაარსის გაზიარებას, რომელიც მხოლოდ ავტორების მოსაზრებებს ასახავს. აქედან გამომდინარე, ევროკომისია პასუხს არ აგებს ამ პუბლიკაციის შინაარსზე.

© 2011, 2007 Brooks/Cole, Cengage Learning

[www.cengage.co.uk](http://www.cengage.co.uk)

ISBN 978-9941-18-265-5

ILIA STATE UNIVERSITY PRESS

3/5 Cholokashvili Ave, Tbilisi, 0162, Georgia

ილიას სახელმწიფო უნივერსიტეტის გამომცემლობა

ქაქუცა ჩოლოყაშვილის 3/5, თბილისი, 0162, საქართველო

*ედღვნება: იმ მრავალ კლიენტსა და სტუდენტს,  
რომლებიც ნივთიერებაზე დამოკიდებულ ადამიანთა ცხოვრების  
სინამდვილეს მუდამ ჩვენი ყურადღების ცენტრში ამყოფებდნენ;*

*ჩემს ცოლს ქუქის, ჩვენს შვილებს: ჯენიფერს, კეტრინს და ელიზაბეტს;*

*ვიკის და სტეისის;*

*კეითს, ქრისტინს და ლანგსტონს*



# სარჩევი

ამ გამოცემის სიახლეები xiv

## ნაწილი I | შესავალი 1

<b>თავი 1</b>	<b>კონსულტირება ნივთიერებათა ავადმოსხმარებისას 21-ე საუკუნეში 2</b>	
	ნივთიერებათა ავადმოსხმარება: სამუშაო განსაზღვრება 5	
	21-ე საუკუნეში ნივთიერებათა ავადმოსხმარებაზე კონსულტირების პრინციპები 5	
	კონსულტანტის როლი და გარემო 23	
	შეჯამება 32	
	კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის 32	
	ბიბლიოგრაფია 33	
<b>თავი 2</b>	<b>ნარკოტიკები და მათი ეფექტები 37</b>	
	შესავალი 37	
	ნარკოტიკების ეფექტებზე მოქმედი ფაქტორები 38	
	ნარკოტიკების მახასიათებლები 38	
	მომხმარებლის ფიზიოლოგიური ფუნქციონირება 45	

მომხმარებლის ფსიქოლოგიური მახასიათებლები	55
სოციოკულტურული გარემო	57
ნარკოტიკების კლასიფიცირების სისტემები	59
შეჯამება	65
კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის	67
ბიბლიოგრაფია	67

<b>თავი 3</b>	<b>მოტივაციური ინტერვიუება</b>	68
	რას ნიშნავს მოტივაციური ინტერვიუება	69
	მოტივაციური ინტერვიუების სულისკვეთება	71
	მოტივაციური ინტერვიუების პრინციპები	72
	მოტივაციური ინტერვიუება სხვადასხვა გარემოში	78
	შეჯამება	83
	კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის	83
	ბიბლიოგრაფია	83

## II ნაწილი | ქვევის ცვლილების პროცესი 85

<b>თავი 4</b>	<b>შეფასება და მკურნალობის დაგეგმვა</b>	86
	ყოველმხრივი შეფასების პროცესი	89
	შეფასების მექანიზმები	92
	მკურნალობის დაგეგმვა	99
	შეჯამება	101
	კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის	106
	ბიბლიოგრაფია	107

<b>თავი 5</b>	<b>კლიენტისთვის დახმარების განწევა ცვლილების განხორციელებაში</b>	108
	კონსულტაციური ურთიერთობა	108
	ნივთიერებათა ავადმომხმარების ქცევის შეწყვეტა	115
	კლიენტის ჩართვა 12-ნაბიჯიან და სხვა თვითდახმარების ჯგუფებში	134
	ნივთიერებათა ავადმომხმარების და ფსიქიკური პრობლემების თანაარსებობა	140
	შეჯამება	142

კითხვები ფიქრისა და განსჯისათვის	143
ბიბლიოგრაფია	144

<b>თავი 6</b>	<b>კლიენტების გაძლიერება ჯგუფური მუშაობით</b>	<b>145</b>
	თანამშრომლობითი სტილი	147
	ცვლილების მხარდაჭერა	150
	ტრანსფერული უნარები	151
	მხარდაჭერა და მულტიკულტურული კომპეტენცია	157
	შეჯამება	159
	კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის	159
	ბიბლიოგრაფია	159

<b>თავი 7</b>	<b>ნივთიერების მოხმარების ქცევათა ცვლილების შენარჩუნება</b>	<b>161</b>
	რეციდივის პრევენციის მოდელები	164
	რეციდივის დეტერმინანტები	170
	რეციდივის პრევენციის სტრატეგიები	175
	შეჯამება	182
	კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის	183
	ბიბლიოგრაფია	184

### III ნაწილი | ცვლილების კონცეფსტი 185

<b>თავი 8</b>	<b>ოჯახებთან მუშაობა</b>	<b>186</b>
	სისტემების თეორია	186
	ნივთიერებათა ავადმოხმარება და ოჯახური სისტემა	189
	ოჯახის გაჯანსაღების ფაზები	190
	ოჯახისთვის კონსულტაციის განწვევის კომპეტენციები	202
	შეჯამება	206
	კითხვები ფიქრისა და განსჯისათვის	207
	ბიბლიოგრაფია	208

<b>თავი 9</b>	<b>პროგრამის დაგეგმვა და შეფასება</b>	<b>210</b>
	გარე ფაქტორები	210
	შედევებზე პასუხისმგებლობა	211
	პროგრამის დაგეგმვა	222



შეფასება	229	
შეჯამება	236	
კითხვები ფიქრისა და განსჯისათვის		236
ბიბლიოგრაფია	237	

**თავი 10 ნივთიერებათა ავადმომხარების პრევენცია 238**

პრევენციის კონცეფცია	238	
პრევენციის ზოგადი მოდელი	241	
პრევენციის მიზნის განსაზღვრა	252	
კაუზალური მოდელის შემუშავება	244	
ცვლილების გამონვევა	245	
პრევენციის პროგრამების ეფექტიანობა		253
შეჯამება	256	
კითხვები ფიქრისა და განსჯისათვის		257
ბიბლიოგრაფია	257	

**დანართები 261**

**დანართი A:** ფსიქოსოციალური და ნივთიერებათა მოხმარების ისტორია 262

**დანართი B:** ქცევის სანჯისი შეფასება და ფუნქციური ანალიზი 272

**დანართი C:** ალკოჰოლის მოხმარების კომპლექსური პროფილი 278

**დანართი D:** ოჯახში ალკოჰოლის მოხმარების კვლევა 301

**დანართი E:** სასარგებლო ვებ-საიტები 304

**დანართი F:** მკურნალობის მნიშვნელოვანი სახელმძღვანელოები 306



## ამ გამოცემის სიხალეები

ოცდამეერთე საუკუნის კონსულტაციები ნივთიერებათა ავადმობხმარების თემაზე მართლაც რომ ძირეულად განსხვავდება წარსულის გაბატონებული მოდელებისგან. ეს სფერო პარადიგმის ცვლილების შუა პროცესშია, იცვლება უმთავრესი შეხედულებები, რომლებიც კონსულტანტის მუშაობას წარმართავენ. კონსულტაციის პრაქტიკაში მომხდარმა ამ რევოლუციამ გამოიწვია ის, რომ პროგრამები და ექიმები იძულებიან მიდრეკილი მეთოდების ნაცვლად სულ უფრო მეტად ანიჭებენ უპირატესობას თანამშრომლობას, შიშის ჩამწერგავი პრაქტიკის ნაცვლად გაძლიერებას ენდობიან, ლეგენდების ნაცვლად მეცნიერულ ფაქტებს ეყრდნობიან.

გვჯერა, თქვენთვის შემოთავაზებული წიგნის „კონსულტირება ნივთიერებათა ავადმობხმარებისას“ ეს გამოცემა არა მხოლოდ ეხმიანება ამ პოზიტიურ ცვლილებებს, არამედ მათ შემდგომ განვითარებასაც უწყობს ხელს. წინა სამ გამოცემაში ჩვენ ხაზს ვუსვამდით კვლევასა და პრაქტიკას შორის არსებული ნაპრალის ამოვსების, კლიენტის პატივისცემით და ღირსეულად მოპყრობის, ნივთიერებათა ავადმობხმარების სოციალური კონტექსტის გაგების და მულტიკულტურული პერსპექტივის გამოყენების აუცილებლობას. წარსულში ზოგი ეს იდეა ადიქციასთან დაკავშირებული მკურნალობის მოდელთა მეინსტრიმისგან განზე მდგარად მიიჩნეოდა. ამჟამად ნივთიერებათა ავადმობხმარების სფერო მივიდა მძიმე გარჯით მოპოვებულ კონსენსუსამდე, რომ ცვლილება საჭიროა, და ჩვენი მეოთხე გამოცემაც ამ მოძრაობის მონინავეთა შორისაა.

ნივთიერებათა ავადმობხმარების ახალი პარადიგმა ცნობს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის უმთავრესობას და აღიარებს პატივისცემით აღზევდილი თანამშრომლობის ცენტრალურ როლს. ამ ორი ფაქტორის შერწყმამ მოტივაციური ინტერვიუება მიღებულ პრაქტიკათა ცენტრში მოაქცია და მისი ჩატარების უნარების ქონა წარმატების აუცილებელ პირობად აქცია. ეს გამოცემა შეიცავს ახალ თავს, რომელიც მთლიანად ამ მნიშვნელოვან თემას ეძღვნება, მასში განმარტებულია მოტივაციური ინტერვიუების კონცეფციები და პრაქტიკული ხერხები და აღწერილია მაგალითები ისეთი განსხვავებული სფეროებიდან, როგორცაა სისხლის სამართალი, ჯანდაცვა და ოჯახური თერაპია. აგრეთვე, ყურადღება მეტად გავამახვილეთ კვლევისა და იმპლემენტაციის ურთიერთდაკავშირებაზე, ინდივიდუალურ, ჯგუფურ და ოჯახურ თერაპიებში მტკიცებულებაზე დაფუძნებული პრაქტიკის უფრო თანამედროვე

გამოყენების განხილვაზე. ჩვენ დიდი ხნის წინაც ვაღიარებდით ნივთიერებათა ავადმომხმარების სოციალურ კონტექსტს, შედეგად, ამ გამოცემაში წარმოგიდგენთ ახალ პრინციპს, რაც აქამდე არ გამოჩენილა ლიტერატურაში ნივთიერებათა ავადმომხმარების კონსულტირების თემაზე: ეს გახლავთ მოსაზრება, რომ კლიენტის ადვოკატობა კონსულტანტის როლის უმთავრესი შემადგენელი ნაწილია. ჩვენ განვიხილავთ კომპეტენციებს, რომლებიც საჭიროა ეფექტიანი ადვოკატობის გასაწევად და აღვწერთ მათ პრაქტიკულ გამოყენებას ნივთიერებათა ავადმომხმარების კონსულტანტის მუშაობაში. რასაკვირველია, კლიენტი, მისი ინტერესების დაცვა და განსხვავებულობის პატივისცემა გვერდიგვერდ მიაბიჯებენ და ჩვენი მთელი წიგნიც მულტიკულტურული პერსპექტივიდანაა დანახული.

## მადლობას ვუხდით

რომ არა ბევრი ადამიანის მიერ განეული მუშაობა, შესაძლოა, წიგნის ამ გამოცემას მზის სხივი ვერ ეხილა. ჩვენი სტუდენტები და კოლეგები გუბერნატორის სახელმწიფო უნივერსიტეტსა და მენის უნივერსიტეტში დიდად გვეხმარებოდნენ იმით, რომ ახალ პერსპექტივებს გვთავაზობდნენ და გვაძლევდნენ შესაძლებლობას, მათთან ჩვენს ადრეულ მოსაზრებებზე გვემსჯელა. განსაკუთრებით გვსურს აღვნიშნოთ დოქ. ჟაკ ელდერი (Dr. Jacque Elder), გუბერნატორის სახელმწიფო უნივერსიტეტის პროფესორის წევრი, ვინც გულისხმიერად გაგვიზიარა თავისი პროფესიული ცოდნა მოტივაციური ინტერვიუების თაობაზე.

ასევე მადლობა გვსურს გადავუხადოთ წინა გამოცემების რეცენზენტებს, რომელთა ბრძნულმა რჩევებმაც მნიშვნელოვანი გაუმჯობესებებისკენ გვიბიძგა. და ბოლოს, ნიჭიერ თანამშრომლებს, რომლებმაც ამ პროექტს ხორცი შეასხეს. განსაკუთრებით ვალში ვართ სეთ დობრინის (Seth Dobrin) წინაშე. ავტორებისგან ხშირად გაიგონებთ, რომ მათი ესა თუ ის წიგნი ვერ გამოიცემოდა მათი რედაქტორის დახმარებისა და მხარდაჭერის გარეშე. სეთ დობრინის შემთხვევაში ამის აღნიშნვა ჩვეულებრივზე უფრო მეტადაც შეესაბამება სიმართლეს. ჩვენგან ასევე მადლობა ეკუთვნის მერი ტ. სტონს (Mary T. Stone), უნარიანი ხელმძღვანელობის და მხარდაჭერისთვის.

*ჯუდიტ ა. ლუისი  
რობერტ ე. დანა  
გრეგორი ა. ბლევინსი*

## აპოლონა შესახებ

**დოქ. ჯუდიტ ა. ლუისი** (Dr. Judith A. Lewis) 2008 წელს პენსილაში გავიდა გუბერნატორის სახელმწიფო უნივერსიტეტიდან, სადაც იგი ადიქციის კვლევების და ბიჰევიორული ჯანმრთელობის პროფესორად და კათედრის გამგედ მუშაობდა. იგი ამერიკის კონსულტანტთა ასოციაციის (American Counseling Association, ACA) და ქორწინების და ოჯახების კონსულტანტთა საერთაშორისო ასოციაციის (International Association of Marriage and Family Counselors) ყოფილი პრეზიდენტია. იგი თანაავტორია სამი ტექსტისა Brooks/Cole გამომცემლობისთვის, რომელთა შორისაა „კონსულტაციის განწევა ნივთიერებათა ავადმომხმარების თემაზე, სოციალური სამსახურების პროგრამების მართვა“ (Substance Abuse Counseling, Management of Human Service Programs) და „თემის კონსულტირება: გამაძლიერებელი სტრატეგიები მრავალფეროვანი საზოგადოებისთვის“ (Community Counseling: Empowerment Strategies for a Diverse Society). დოქ. ლუისმა სადოქტორო ხარისხი მიჩიგანის უნივერსიტეტში მოიპოვა და ილინოისში ლიცენზირებული ფსიქოლოგია.

**დოქ. რობერტ ქ. დანა** (Robert Q. Dana) მენის უნივერსიტეტის სტუდენტების საქმეთა განყოფილების ვიცე-პრეზიდენტია. მას პირდაპირი პასუხისმგებლობა აქვს კამპუსის ცხოვრების ყველა პროგრამაზე, რომელთა შორისაა სტუდენტური საძმოები, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების საგანმანათლებლო პროგრამები, საერთო საცხოვრებლის ღონისძიებები, საკონსულტაციო მომსახურებები და მთელი კამპუსის კრიზისის მართვის სამსახურები.

დოქტორის წოდება მიღებული აქვს თემაში „კონსულტირება ადამიანის განვითარების საკითხებში (ადიქციური ქცევა)“ ვანდერბილტის უნივერსიტეტში (Vanderbilt University in Nashville, Tennessee). დოქტორმა დანამ თავისი კარიერის დიდი წილი გალია, როგორც ადიქციური ქცევის მკვლევარმა და პრაქტიკოსმა კონსულტანტმა. ხშირად წერს ნივთიერებათა ავადმობმარების თემაზე და ჩატარებული აქვს მრავალი კვლევა ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების ავადმობმარების ეპიდემიოლოგიისა და ეტიოლოგიის სფეროში. დანა მუშაობდა საშტატო და ფედერალურ ორგანიზაციებში მინვეულ მიმომხილველად, ასევე – ჟურნალ „ადიქციურ ქცევათა“ (Addictive Behaviors) მიმომხილველად. უძღვება ადიქციის სასწავლო კურსებს და მენის უნივერსიტეტის პროფესორის წევრია.

დოქ. გრეგორი ა. ბლევინსი (Gregory A. Blevins) არის ჯანდაცვისა და სოციალური სამსახურების კოლეჯის (College of Health and Human Services) დროებითი დამხმარე დეკანი, ადიქციური კვლევების და ბიჰევიორული ჯანმრთელობის დეპარტამენტის თავმჯდომარე და ადიქციური კვლევების პროფესორი. დასავლეთ მიჩიგანის უნივერსიტეტში (Western Michigan University) 1974 წელს მიიღო დიპლომი ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ავადმობმარების დარგში და 1979 წელს დაამთავრა დოქტორანტურა. დოქტორი ბლევინსი არის ნივთიერებათა ავადმობმარების პედაგოგთა საერთაშორისო კოალიციის დამაარსებელი და სამუდამო წევრი და 1988 წლიდან მუშაობს ტრენერად ინდოეთის ჯანდაცვის ბემიჭის რეგიონის ოფისში. დოქ. ბლევინსი უკვე 30 წელია, დაქორწინებულია ვიკი ლინზე და ჰყავს ასული, სახელად სტეისი.





შესავალი

ნაწილი

I





## კონსულტირება ნივთიერებათა ავადმოსხმარებისას 21-ე საუკუნეში

ნივთიერებათა ავადმოსხმარების თემაზე კონსულტირების 21-ე საუკუნის პრაქტიკა ძირეული ცვლილებების წინაშე დგას. შეიძლება ითქვას, რომ ეს დარგი სწრაფი ტემპით მიემართება პარადიგმის შეცვლისკენ, რაც მე-20 საუკუნის მოდელებს დრომოჭმულს გახდის. ახლა, წარსულისკენ რომ ვიხედებით, ძნელი დასაჯერებელია, რომ სულ რამდენიმე წლის წინ ამერიკული „საყოველთაოდ მიღებული სიბრძნე“ ნივთიერებათა ავადმოსხმარების შესახებ ლეგენდებს უფრო ემყარებოდა, ვიდრე მეცნიერებას.

ეს მითები ეფუძნებოდა შეხედულებას, რომ ადამიანები, რომლებიც ადიქციის ან ნივთიერებათა ავადმოსხმარების პრობლემებს ებრძვიან, ლამის სხვა სახეობის წარმომადგენლები არიან. ამ ლეგენდების შედეგია ის, რომ კლიენტთან ურთიერთანამშრომლობა და პარტნიორობა, რომლის ჩამოყალიბებაც კონსულტანტისთვის სასურველია, უცებ გვერდზე უნდა გადაიდოს, როცა საქმეში ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკების თემა შემოიჭრება. სტერეოტიპი, თუ რა ფორმით უნდა მუშაობდეს კონსულტანტი ნივთიერებათა ავადმოსხმარების თემაზე, გახდა თვით-გამაძლიერებელი და საკუთარი თავის მკვებავი „საყოველთაოდ მიღებული სიბრძნე“. იგი ბადებს თავგამოდებულ შეხედულებებს, რომლებსაც არანაირი ფაქტობრივი საფუძველი არ გააჩნია. (Lewis & Elder, in press)

ფართო საზოგადოების შეხედულებებს დამხმარე პროფესიონალთა საზოგადოების ბევრი წარმომადგენელიც შეუერთდა. მათ სჯეროდათ, რომ წარმატებული ინტერვენცია მოითხოვდა „აგრესიულ კონფრონტაციას, ყველა დამცავი ზღუდის ჩამოგლეჯას, იძულებას და სიფრთხილეს, რათა არ მოექყუებიან და ეშმაკობაში არ ეჭობა“ (Miller, 1996, გვ. 840).

ამის საპირისპიროდ, 21-ე საუკუნის ნივთიერებათა ავადმოსხმარების კონსულტანტებმა იციან, რომ კლიენტისთვის თანამშრომლობის შეთავაზება და პატივისცემით მოპყრობა მუშაობის არა მხოლოდ ჰუმანური, არამედ ეფექტიანი ხერხიც არის. მათ გაცნობიერებული აქვთ, რომ ყველაზე უფრო ეფექტიანი ინ-

ტერვენცია სწორედ ისაა, რომელიც საუკეთესოდ მიესადაგება კონკრეტული კლიენტის ამჟამინდელ ცხოვრების სიტუაციებსა და სიძნელეებს. ისინი კლიენტს განიხილავენ კონტექსტში, რომელსაც შეადგენს ოჯახი, საზოგადოება და ეროვნული პოლიტიკაც კი. ისინი კვლევასა და პრაქტიკას შორის არსებული ნაპრალის ამოვსებას ლამობენ. როგორც აღნიშნავდნენ მილერი და კეროლი (Miller and Carrol, 2006, გვ. 310): „კარგა ხანია დადგა დრო, რომ ნარკოტიკებთან დაკავშრებულ პრობლემებზე მეცნიერებამ თვალსაზრისების და იდეოლოგიის ნაცვლად ინტერვენციის ფორმები შეიმუშაოს.“

სწრაფვა ნივთიერებების ავადმომხმარებელთა კონსულტაციის პრაქტიკის განვითარებისკენ არ გახლავთ მხოლოდ ინტელექტუალური ვარჯიში. ეს არის რეალური გზა რეალური ადამიანების ცხოვრებათა გაუმჯობესებისკენ. გაეცანით ქვემოთ მოყვანილ მაგალითებს და შემდეგ დაფიქრდით, რა ტიპის დახმარება იქნება საუკეთესო ამ ადამიანების საჭიროებათა დასაკმაყოფილებლად.

- მარვინი დააკავს მცირე რაოდენობის კოკაინის რეალიზაციის გამო და ერთხანს ციხეში იხდიდა სასჯელს. გათავისუფლების მერე გადაწყვიტა, ცხოვრების ის არასასიამოვნო პერიოდი წარსულისთვის ჩაებარებინა. თუმცა, ახლა, როცა უკვე შინ არის, იმედს კარგავს. მისი ოჯახის, მეგობრების და ნაცნობი სამეგობლოს თითქმის ყველა წევრი ნარკოტიკების მომხმარებელია. მარველი ამბობს, რომ გამოსავალს ვერ პოულობს.
- გასულ კვირას კეითის მიერ ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ავადმომხმარებამ სამედიცინო კრიზისი გამოიწვია და იგი საავადმყოფოს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში მოხვდა. ბოლო ორი წლის განმავლობაში მან რამდენჯერმე სცადა, თავი დაენებებინა ნარკოტიკების მოხმარებისთვის, მაგრამ რამდენჯერაც კი ამისთვის დახმარების მოძიება დააპირა, მისი პარტნიორი, რომი, მიტოვებით დაემუქრა. კეითს შეგნებული აქვს, რომ აღდგენა/გამოჯანმრთელების გზა უნდა აერჩია, მაგრამ მისთვის ურთიერთობა მაინც უფრო მნიშვნელოვანია.
- კარლოსი, დამამთავრებელი კლასების წარჩინებული მოსწავლე, მის მიერ პირველ ნომრად არჩეულ უნივერსიტეტში მიიღეს. ის აპირებდა, პირველი ყოფილიყო ოჯახიდან, ვინც სწავლას უმაღლეს სასწავლებელში გააგრძელებდა. მისი წარმატებები მაშინ დასრულდა, როცა სასწავლებელში ფსიქოპათიური ნივთიერების ზემოქმედების ქვეშ გამოცხადდა და ალკოჰოლური ასქმელი შეიტანა. სასწავლებლის ნულოვანი ტოლერანტობის პოლიტიკის საფუძვლზე დროებით გარიცხვა და მის ჯგუფთან ერთად სწავლის აკრძალვა ემუქრება. თავს ისე გრძობს, თითქოს ამ ერთმა შემთხვევამ მთელი მომავალი დაუნგრია.
- ცხრა წლის მელისა ყოველთვის გონიერი, კომუნიკაბელური და კარგად ადაპტირებული ბავშვის შთაბეჭდილებას ტოვებდა. ბოლო დროს, სკოლაში მისული დაქანცული ჩანდა, თვლემდა იმ აქტივობების დროს, რომელშიც ადრე ყოველთვის აქტიურად ერთვებოდა ხოლმე. მელისა ამტკიცებს, რომ ყველაფერი რიგზეა, მაგრამ სინამდვილე ის გახლავთ, რომ მამამისმა რამდენიმეწლიანი თავშეკავების მერე ისევ დაიწყო ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება. რაკი დედის მთელი ყურადღება ამ კრიზისზე გადაერთო, სკოლამდელი ასაკის ორ ძმაზე ზრუნვის პასუხისმგებლობის დიდი წილი მელისას დააწვა მხრებზე.
- მარიანი ძალიან სერიოზულად ეკიდება თავის კარიერას ვაჭრობის სფეროში. მას გააზრებული აქვს „მინის ჭერის“ ფაქტორი, რომელიც მის კომპანიაში ქალებს დაბრკოლებად ეღობება კარიერულად ძალიან წინ რომ არ წაიწიონ; ამიტომ, ყოველ ღონეს ხმარობს, რომ ეს დაბრკოლებები დაძლიოს. როდესაც კოლეგები ბარში ეპატიჟებიან, მიდის მათთან ერთად და, როცა ახერხებს, კლიენტებთან ერთად სადილობს ხოლმე. ბოლო დროს ოფისში შენიშვნა მისცეს, რომ ალკოჰოლური სასმელების მიღებისას ის უკვე ზღვარს გადადის. მარიანი ნუხს, რომ უნებურად სცდება თავის სასურველ კარიერულ გზას.

აღწერილი სიტუაციები მხოლოდ რამდენიმე მაგალითია იმისა, თუ როგორ შეიძლება ნივთიერებათა ავადმობმარებამ ადამიანებს მათთვის მნიშვნელოვანი იმედები და გეგმები წყალში ჩაუყაროს. მარვინის, კეითის, კარლოსის, მელისასა და მარიანის შემთხვევები გვიჩვენებს, თუ რამდენად მრავალფეროვანია ნივთიერებათა ავადმობმარების გარეგნული სახე და გამოვლინება. დახმარების მისაღებად მარვინს, შესაძლოა, პირდაპირ მიემართა ნივთიერებათა ავადმობმარების სპეციალისტისთვის, თუმცა, ასევე მოსალოდნელი იყო, სისტემაში მოხვედრილიყო თემზე დაფუძნებულ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სერვისის ან სისხლის სამართლის სისტემის კონსულტანტთან შეხვედრის შედეგად. კარლოსის ან მელისასთვის, შესაძლოა, სკოლის ან ოჯახის კონსულტანტს მიეცია ყურადღება. კეითი შეიძლება ჯანდაცვის სისტემას ეპოვნა, მაგრამ ასევე შეიძლება, ეფექტიანი დახმარება მიეღო წყვილებთან მუშაობაზე სპეციალიზებული კონსულტანტისგან. მარიანს შეეძლო მიემართა დასაქმებულთა დამხმარე ორგანოსთვის ან კარიერის კონსულტანტისთვის. რა გზითაც არ უნდა უკავშირდებოდეს პიროვნება დამხმარეთა ქსელს, ის კომპეტენტურ ყურადღებას იმსახურებს.

ნაციონალური ინიციატივა, რომელიც გამიზნულია ნივთიერებათა ავადმობმარების მკურნალობის გასაუმჯობესებლად, აღნიშნავს, რომ არ უნდა არსებობდეს მკურნალობამდე მისასვლელი „არასწორი კარი“. „ეფექტიანი სისტემა უნდა უზრუნველყოფდეს, რომ გამოვლინდეს მკურნალობის საჭიროების მქონე პიროვნება, შეფასდეს მისი მდგომარეობა და გაენიოს მკურნალობა – უშუალოდ ან შესაბამისი გადამისამართების გზით, იმის მიუხედავად, თუ საიდან ხვდება ის მომსახურების სფეროში“ (Center for Substance Abuse Treatment, 2000, გვ. 14). ეს განცხადება გულისხმობს, რომ ყველა დამხმარეს, იმის მიუხედავად, მიიჩნევს თუ არა თავს „ადიქციის სპეციალისტად“, ევისრება პასუხისმგებლობა, ირეაგიროს ნივთიერებათა ავადმობმარებასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე. სკოლის კონსულტანტი, ვინც იმედოვნებს, თავიდან აიცილოს მოზარდთა მიერ ნარკოტიკების მოხმარების უარყოფითი შედეგები, ოჯახის ექიმი, რომელსაც ვერ აუხსნია, კონკრეტული ოჯახი რატომ ჩანს ასე რიგიდული და ჩაკეტილი, ფსიქიკური ჯანმრთელობის კონსულტანტი, რომელიც კლიენტის მდგომარეობის სტაბილურ გაუარესებას აკვირდება – ეს ადამიანები ყოველდღე აწყდებიან ნივთიერებათა ავადმობმარების პრობლემებს. ისინი შეძლებენ ჯეროვნად გაუმკლავდნენ ამ პრობლემებს, თუ ისწავლიან ალკოჰოლის და სხვა ნარკოტიკების ავადმობმარების ამოცნობას და თავიანთ საკონსულტაციო თუ გადამისამართების კომპეტენციებს მოიხმარენ ისე, როგორც ამას კლიენტის ინტერესები მოითხოვს.

ამ წიგნის მიზანია, დაეხმაროს კონსულტანტებს საბაზისო ცოდნის და უნარის შექენაში, რომელიც დასაჭირდებათ ნივთიერების ავადმობმარების იმ პრობლემებთან გასამკლავებლად, რომლის წინაშეც დგას მათი კლიენტი. ზოგი კონსულტანტი მოინდომებს ამ დარგში სპეციალიზაციას და თავის პროფესიულ კარიერას ძირითადად ნივთიერებათა ავადმობმარების პრობლემებს დაუკავშირებს. მოცემული ტექსტი მათ სთავაზობს ზოგად ჩარჩოს, რომელიც ერთგვარი საფუძველი იქნება ცოდნის შემდგომი გაღრმავებისას. სხვა პრაქტიკოსები არჩევენ უფრო ზოგადი პროფილით დარჩენას, იმუშავებენ მრავალფეროვან კლიენტურასთან და როცა ნივთიერებათა ავადმობმარების შემთხვევებს გადააწყდებიან, კლიენტის შესაბამის გადამისამართებას უზრუნველყოფენ. ეს კონსულტანტები ამ წიგნში იპოვიან მითითებებს, რომელთა დახმარებითაც შეძლებენ, თავიანთი უნარები და მეთოდები მოარგონ ნივთიერებაზე დამოკიდებული კლიენტების სპეციალურ საჭიროებებს. ჩვენ არ გვაქვს განზრახული, რომელიმე ერთი თეორია სხვათა ხარჯზე წავნოთ წინ, არამედ, ჩვენი მიზანია, აღვწეროთ მეთოდები, რომლებსაც ყველაზე მეტად ამყარებს თანამედროვე კვლევები და, უპირველეს ყოვლისა, წავახალისოთ ინდივიდუალიზებული მიდგომა, რომელიც თითოეული კლიენტის უნიკალურ საჭიროებებს ემყარება.

## ნივთიერებათა ავადმომხმარება: სამუშაო განსაზღვრება

კონსულტანტმა, რომელსაც სურვილი აქვს, ჩაატაროს სათანადო შეფასება და ითანამშრომლოს კლიენტთან სამოქმედო გეგმის შედგენისას, საჭიროა, თავდაპირველად ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სამუშაო განსაზღვრება მაინც ჩამოაყალიბოს. ზოგადი საკონსულტაციო თვალსაზრისით, პრობლემა ნივთიერებათა ავადმომხმარებას ეხება, თუ კლიენტის მიერ ალკოჰოლის ან სხვა გუნებ-განწყობის შემცველი ნარკოტიკის მოხმარებას მის ცხოვრებაზე ან სხვა ადამიანების ცხოვრებაზე არასასურველი გავლენა აქვს. ნივთიერების უარყოფით ეფექტებს შორის შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალური თუ შრომითი ფუნქციების გაუმართაობა. ჩვენს სამუშაო განსაზღვრების მიხედვით, მომხმარებლის გუნებ-განწყობის ან ქცევის შემცველი ნარკოტიკების მოხმარება უპირობოდ არ ჩაითვლება ნივთიერებათა ავადმომხმარებად, თუ მომხმარებლის ფუნქციონირებაზე ამას უარყოფითი გავლენა არ აქვს. ჩვენ, აგრეთვე, ერთმანეთისგან ვასხვავებთ ნივთიერებათა ავადმომხმარებას და დამოკიდებულებას – კლიენტის მდგომარეობა მხოლოდ იმ შემთხვევაში განისაზღვრება დამოკიდებულებად, თუ შეიმჩნევა ალკოჰოლის მდგომარეობის ან ტოლერანტობის ფიზიკური სიმპტომები. ავადმომხმარებასთან ან დამოკიდებულებასთან ასოცირებულ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა შორის მოიაზრება ალკოჰოლი, სედაციური საძილე საშუალებები, ოპიოიდები, ამფეტამინები, კანაფი, კოკაინი და თამბაქო. (II თავში მოცემულია ამ ნარკოტიკებისა და მათი ფსიქოლოგიური ეფექტების მოკლე მიმოხილვა.)

ყველა იმ ნივთიერებას შორის, რომელიც შეიძლება პრობლემატური გახდეს კლიენტისთვის, ყველაზე გავრცელებულია ალკოჰოლი. ალკოჰოლის ავადმომხმარებას მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს მომხმარებელთა ფიზიკურ ჯანმრთელობაზე. ამას გარდა, ის დიდ როლს თამაშობს საზოგადოებისთვის მნიშვნელოვანი უამრავი პრობლემის წარმოქმნაში, როგორცაა, მაგალითად, ავტოსაგზაო შემთხვევები, ძალადობა, დანაშაულებრივი ქმედება, ოჯახური პრობლემები და პროდუქტიულობის დაკარგვა. ცხადია, რომ ასეთი მასშტაბის პრობლემა იმდენ კლიენტს და იმდენნაირად შეეხება, რომ მასზე თვალს ვერც ერთი კონსულტანტი დახუჭავს.

ასევე, კონსულტანტი, ფაქტობრივად, ნებისმიერ გარემოში მუშაობისას უნდა მოელოდეს, რომ შეხვდება კლიენტების დიდ რაოდენობას, რომლებიც ალკოჰოლისგან განსხვავებული ნივთიერების ზემოქმედებას განიცდიან. ბევრი ადამიანი რეგულარულად მოიხმარს მარიხუანას, კოკაინს, სტიმულატორებს, სედატივებს და ტრანკვილიზატორებს; მილიონობით ადამიანს აქვს ნიკოტინზე დამოკიდებულება. როგორც უკვე ვთქვით, ნარკოტიკების უბრალო მოხმარება ავტომატურად პრობლემური არ არის. კონსულტანტის დახმარება სჭირდებათ იმ მომხმარებლებს, რომლებსაც ნივთიერებათა მოხმარების გამო გაუჩნდათ საყოფაცხოვრებო პრობლემები ან მათი ჯანმრთელობა რისკის ქვეშ მოექცა. ამგვარად, კონსულტანტს უნდა შეეძლოს ნივთიერების მომხმარებელ კლიენტებს შორის ინდივიდუალური განსხვავებების გარჩევა და ეცადოს, ნარკოტიკის მოხმარების საკითხი კლიენტის ცხოვრების მანძილზე ფუნქციონირების ტრილში განიხილოს.

## 21-ე საუკუნეში ნივთიერებათა ავადმომხმარებანა კონსულტირების პრინციპები

ნივთიერებათა ავადმომხმარების საკითხზე კონსულტაციის განწევის ახლად განვითარებული პარადიგმა ახლებურ მიდგომას და თვალსაზრისებს გვთავაზობს. ფართო პერსპექტივის მიუხედავად, იგი პრაქტიკულ გაიდლინადაც კარგად გამოდგება იმპლემენტაციისთვის. მოწინავე პრაქტიკოსი კონსულტანტები, როგორც წესი, შემდეგ მთავარ პრინციპებს მისდევნენ:



## 6 თაპი I

1. მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკაზე ფოკუსირება;
2. ყველა კლიენტთან თავაზიანი და პოზიტიური მიდგომის გამოყენება;
3. ნივთიერებათა ავადმყოფობის პრობლემების განხილვა უწყვეტ სპექტრში (კონტინუუმში) უპრობლემოდან პრობლემურ მოხმარებამდე – და არა როგორც „ან ერთი/ან მეორე“ სიტუაცია;
4. ცვლილების ინდივიდუალიზებული გეგმის შესადგენად კლიენტებთან თანამშრომლობა;
5. ინტერვენციის აგება იმის აღიარების ფონზე, რომ ნივთიერებათა ავადმყოფობა სოციალურ კონტექსტში ზის;
6. მულტიკულტურული პერსპექტივის გამოყენება კლიენტთა მრავალფეროვანი ჯგუფების საჭიროებათა დასაკმაყოფილებლად;
7. აღიარება იდენისა, რომ კლიენტის ინტერესების დაცვა კონსულტანტის როლის უმთავრესი შემადგენელი ელემენტია.

ამ პარაგრაფის დანარჩენ ნაწილში განხილულია, როგორ შეიძლება ამ პრინციპების ყოველდღიურ პრაქტიკაში გამოყენება.

### მდკიხეხულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა

წარსულში ნივთიერებათა ავადმყოფობის მკურნალობის ერთ-ერთი მთავარი ნაკლი გახლდათ ერთგვარი სიხისტე მეთოდების არჩევაში - სამკურნალო ცენტრების მიდრეკილება გადაჭრით დაყრდნობოდნენ ნაცნობ პრაქტიკას ახალი შესაძლებლობების უგულებელყოფის ხარჯზე. თუმცა კი შეერთებული შტატების ზოგ რეგიონში მკურნალობის ალტერნატიული არჩევანი ხელმისაწვდომია, ბევრ რეგიონში ის სავალალოდ შეზღუდულია და იმ კლიენტებს, ვისაც ვერ ესადაგება მიღებული მიდგომები, ძალიან მცირე არჩევანი აქვთ. განსაკუთრებით, ალკოჰოლიზმის დასაძლევად მოხმარებული საშუალებები ისე ფართოდ გავრცელებული აღმოჩნდა, რომ მზრუნველები, მენეჯერები, თემის წევრები და თავად კლიენტებიც კი მზად არიან, ეს პრაქტიკა უსიტყვოდ მიიღონ. არადა, ეს მეთოდები არც თეორიას და არც ბიპვეიორულ კვლევებს არ ეფუძნება. მაგალითად, ბევრ კონსულტანტს მიაჩნია, რომ „კლიენტის განათლება ალკოჰოლიზმის შესახებ“ აუცილებელი და იქნებ საკმარისი მექანიზმიც კი არის ცხოვრების ფხიზელი წესის გამოსანჯევად; მაგრამ ძალიან გაგიჭირდებათ, მონახოთ რეალური მტკიცება იმ განზოგადებისთვის, რომ ინფორმაციის მიწოდება დამოკიდებულებას ან ქცევაში სასურველ ცვლილებას იწვევს. ასევე, კონსულტანტის კონფრონტაციულმა ქცევამ, რომელიც დიდი ხნის განმავლობაში მიიჩნეოდა დამოკიდებულების მკურნალობის ძირითად კომპონენტად, ვერ დაამტკიცა თავისი ეფექტიანობა. შეიძლება ითქვას, რომ მეთოდებს, რომლებიც განიზრახავდა კლიენტების დარწმუნებას, რომ მათი ქცევა საზიანოა, ახასიათებდა არა მხოლოდ წინააღმდეგობა კლიენტების მხრიდან, არამედ – ქცევის ცვლილების უკმარობაც.

კვლევასა და პრაქტიკას შორის მჭიდრო კავშირის ჩამოყალიბება ნივთიერებათა ავადმყოფობის სფეროს პრიორიტეტული ამოცანაა. დროში განსვლა ემპირიულ აღმოჩენასა და მის პრაქტიკულ გამოყენებაში დანერგვას შორის ჯერ კიდევ სასურველზე მეტია, მაგრამ სხვადასხვა მოდალობის ეფექტიანობის კვლევის მასალებიდან ბოლო წლებში ამ მხრივ უდიდესი გაუმჯობესება ჩანს და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკის არსებობა ფართოდ არის აღიარებული (Center for Substance Abuse Treatment, 2000).

ზოგადად, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკა არის „პრევენციის ან მკურნალობის მიდგომები, რომლებსაც ზურგს უმაგრებს რამე სახის დოკუმენტირებული მეცნიერული მტკიცებულება... იმ მიდგომათა საპირისპიროდ, რომლებიც ეფუძ-

ნება ტრადიციას, მიღებულ ხერხებს, რწმენებს ან მონათხრობზე დაფუძნებულ მტკიცებულებებს“ (ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის სამსახურის ადმინისტრაცია, Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2009a). როდესაც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პროფესიონალი იღებს გადაწყვეტილებას, გამოიყენოს თუ არა ესა თუ ის მეთოდი, ის, როგორც წესი, ითვალისწინებს, გამოსაყენებელი პროცედურები „დაეფქმდებარა თუ არა რანდომიზებულ კლინიკურ კვლევას ან ექსპერიმენტული კვლევის სხვა ფორმას და აღმოჩნდა თუ არა "ჩვეულებრივ მკურნალობაზე" უფრო ეფექტიანი“ (Eliason, 2007, გვ.22). ამას გარდა, მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკას უნდა ახლდეს პროცედურათა ზუსტი ჩამონათვალი, რომელიც ვრცელდება სახელმძღვანელოს სახით და რომელიც იძლევა ზუსტად გამეორების შესაძლებლობას.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკაზე ფოკუსირება არ გულისხმობს მკურნალობათა კონკრეტული ჩამონათვალის არსებობას, რომელიც ყველა კლიენტის შემთხვევაში იქნება მოხმარებული და ახალ „ჩვეულებრივ მკურნალობად“ იქცევა. სინამდვილეში, მტკიცებულებაზე ფოკუსირება უფრო მოსალოდნელია, წარმოგვიდგეს თვალსაზრისად, რომელიც პრაქტიკოსებს შესაძლებლობას აძლევს, წინასწარ საგულდაგულოდ გაიაზრონ თავიანთი სამკურნალო გადაწყვეტილებანი, ხელმისაწვდომი სამეცნიერო ინფორმაციის აწონ-დანონვით და კლიენტების საჭიროებათა გათვალისწინებით. მეცნიერული მიდგომის ხსენება უკვე გულისხმობს, რომ ნებისმიერი „რაც მუშაობს“ ჩამონათვალი გამუდმებით იცვლება ახალი მონაცემების გამოჩენისას. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის კონსულტანტისთვის წარმატების გასაღებია, უბრალოდ თვალი ადევნოს სიახლეებს ამ სფეროში და ეს სიახლეები თავის პრაქტიკაში ჩართოს.

სრული დატვირთვით მომუშავე პროფესიონალებს, მათ შორის, კონსულტანტებს, მუდამ უჭირთ, რეგულარულად იკითხონ სამეცნიერო ჟურნალები და არ ჩამორჩნენ კვლევებს. თუმცა ლოგიკურია, მოველოდეთ, რომ ინტერნეტის წვდომის წყალობით სპეციალისტები სულ უფრო უკეთ იქნებიან ჩახედული მიმდინარე კვლევებში. გაიხსენეთ, მაგალითად, SAMHSA-ს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პროგრამების და პრაქტიკების ნაციონალური რეესტრის (National Registry of Evidence-Based Programs and Practices – SAMHSA, 2009b) მიერ მოტანილი უდიდესი სარგებელი. საძიებო სისტემით აღჭურვილ ამ ონლაინ რეესტრში აღნუსხულია ინტერვენციები, რომლებმაც მრავალმხრივი შემოწმების პროცედურა გაიარეს. ყოველ ჩამონათვალს ახლავს არა მხოლოდ აღწერითი მასალები პროგრამის შესახებ, არამედ, შედეგების კვლევის მაჩვენებლებიც, გავრცელებული მასალები და შესწავლილი პოპულაციის მონაცემები. აღნუსხულთაგან ზოგი პროგრამა განკუთვნილია კონკრეტული ჯგუფებისთვის, მაგალითად, მოზარდებზე ფოკუსირებული პროგრამები. ასეთია *მოზარდთა თემის გაძლიერება* (Adolescent community Reinforcement; Dennis et al., 2004) და *მრავალგანზომილებიანი ოჯახური თერაპია* (multidimensional Family Therapy – Liddle, Rowe, Dakov, Henderson, & Greenbaum, 2009). მაღალი რეიტინგის მქონე ზოგად ინტერვენციათა შორისაა *მოტივაციის გაზრდის თერაპია* (Motivational Enhancement Therapy – Ball et al., 2007), *მოტივაციური ინტერვიუება* (Motivational Interviewing – Carroll et al., 2006), *რეციდივის პრევენციის თერაპია* (Relapse Prevention Therapy – Marlatt, Parks, & Witkiewitz, 2002), *თორმეტნაბიჯიანი დახმარება* (Twelve-step Facilitation – Nowinski, 2006), *ბიჰევიორული წყვილთა თერაპია* (Behavioral Couples Therapy – Fals-Stewart, Birchler, & Kelley, 2006), და *უნარების გავარჯიშება* (Skill Training – Rohsenow et al., 2004). ამ მიდგომათაგან თითოეული, როგორც წესი, ხვდება ხოლმე „რაც მუშაობს“ ჩამონათვალში, მაგრამ ეს რეესტრი მოიცავს ისეთ სარეზერვო მონაცემებს და ლიტერატურის მიმოხილვას, რის ხელთ ქონასაც მეცნიერებაზე ორიენტირებული კონსულტანტი მუდამ ისურვებს.

## თავაზიანი და პოზიტიური მიდგომა

ამჟამად უკვე ეჭვქვეშ არის დაყენებული შეხედულება, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტებს არ აქვთ უნარი, მათი საკუთარი მკურნალობის დაგეგმვაში მონაწილეობდნენ. ამის საპირისპიროდ, დღევანდელი თვალსაზრისი ხაზს უსვამს იმ იდეას, რომ „მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს ინდივიდის პატივისცემასა და გაძლიერებაზე“ (Center for Substance Abuse Treatment, 2000, გვ. 20). კონსულტანტებმა ისწავლეს, რომ თავაზიანი და მხარდამჭერ მიდგომას უკეთესი შედეგების მოტანა შეუძლია, ვიდრე აგრესიულს. ფაქტობრივად, თავაზიანი და პოზიტიური მიდგომის გამოყენება მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკაა. როგორც მილერი და კეროლი აღნიშნავენ (Miller and Carrol, 2006):

შემთხვევითი შერჩევით დაკვირვებისას ჩანს, რომ სხვადასხვა კონსულტანტების კლიენტებს ხშირად ძალიან განსხვავებული შედეგები აქვთ მაშინაც კი, თუ ისინი აშკარად ერთი და იმავე სახელმძღვანელო პრინციპით აგებულ მკურნალობას იღებენ. იმ კონსულტანტებთან, რომლებიც უფრო მეტ სითბოს და მიზანში მოხვედრილ თანაგრძობას იჩენენ, კლიენტებს ნარკოტიკის მოხმარებისა და მასთან დაკავშირებული პრობლემების გაუმჯობესების უკეთესი მაჩვენებელი აქვთ. უკვე მეორე სეანსზევე, კლიენტის მიერ კონსულტანტთან სამუშაო ურთიერთობის შეფასების მიხედვით, წინასწარ შეიძლება განვსაზღვროთ მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგები (გვ. 301).

მოტივაციური ინტერვიუების დამასაბუთებელი კვლევის მასალები უფრო თვალსაჩინოდაც კი გვიჩვენებს თანამშრომლობითი ურთიერთობის ძალას. *მოტივაციური ინტერვიუება* არის „მიმართულების მაჩვენებელი, კლიენტზე ფოკუსირებული კონსულტირების სტილი, რომელიც მიზნად ისახავს ქცევის ცვლილების გამოწვევას იმით, რომ კლიენტს წინააღმდეგობათა გამოკვლევასა და გადაჭრაში ეხმარება“ (Rollnick & Miller, 1995). მოტივაციური ინტერვიუების *არსი* ეყრდნობა იდეას, რომ მოტივაცია ცვლილების მოსახდენად უჩნდება კლიენტს, ხოლო მოტივაციას აღძრავს და კლიენტს ეხმარება განაფული და ხელშემწყობი ინტერვიუერი, რომელიც მიიჩნევს, რომ საკუთარ ცხოვრებაში გადაწყვეტილების მიღების პასუხისმგებლობა თავად კლიენტს აკისრია. მოტივაციური ინტერვიუს ჩამტარებელმა იცის, რომ ცვლილების გადაწყვეტილებას აჩენს არა კლიენტის ძირითადი დამახასიებელი თვისებები, არამედ კლიენტისა და კონსულტანტის ინტერაქცია. დიდი და მზარდი რაოდენობით ლიტერატურა გვიჩვენებს, რომ ეს თითქოსდა მარტივი ინტერვენცია შედეგად მნიშვნელოვან ცვლილებებს იძლევა (Hattema, Steele, & Miller, 2005; Rubak, Sandboek, Lauritzen, & Cristensen, 2005).

კლიენტებში არსებობს ტენდენცია, კონსულტირების პროცესში ჩართვისას, ცვლილების მიმართ ამბივალენტური დამოკიდებულება ჰქონდეთ; კონსულტანტს ნამდვილად არ უნდა სურდეს, შექმნას სიტუაცია, რომელიც კლიენტის მხრიდან თავდაცვას იწვევს. მით უფრო, რომ ადამიანები, რომლებიც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემებს უმკლავდებიან, ხშირად მკურნალობას იწყებენ მაშინ, როცა უკეთესი ცხოვრების იმედი ლამის გადანურული აქვთ. მათ ძალიან არგებთ ოპტიმიზმის გარკვეული დოზა, შესაძლებლობის დანახვა და შეგრძნება, რომ ღირს მათი ცხოვრების გადარჩენა. გაიხსენეთ ამ თავის დასაწყისში აღწერილი შემთხვევები. მარვინმა, მაგალითად, ძალიანაც კარგად იცის თავისი პრობლემა, რომელიც, რაც თავი ახსოვს, სულ თან სდევს. მისი უიმედობის გრძნობიდან გამომდინარე, ცვლილების შესაძლებლობა მაშინ გაიზრდება, თუ იგი წარმატების ვიზუალიზაციის ახალი უნარის გამომუშავებას შეძლებს.

კონსულტანტს, რომელიც პატივისცემით ეპყრობა ადამიანებს, ვინც ადიქციას ებრძვის, შეგნებული აქვს, რომ კლიენტის აღდგენა/გამოჯანმრთელებაზე პასუხისმგებლობის უდიდესი წილი თავად კლიენტს აწევს. ამ გამოწვევის მისაღებად კლიენტის ნაქმება არა მხოლოდ ჰუმანური საქციელია – მისი შედეგიანობა

გამოცდილებითაც არის დადასტურებული. ადამიანები, რომლებსაც სწამთ, რომ შეუძლიათ საკუთარი ცხოვრების კონტროლი, როგორც ჩანს, უკეთ ახერხებენ ჯანმრთელობის გასაუმჯობესებელი ქცევების შექმნას, მათ შორის, ნივთიერებათა ავადმომხარეხის შემთხვევებში. ფაქტობრივად, „ადამიანების რწმენა, რომ მათ შეუძლიათ საკუთარი თავის მოტივირება და საკუთარი ქცევის რეგულირება, გადამწყვეტ როლს თამაშობს, სულერთია, ისინი მხოლოდ ფიქრობენ ჯანმრთელობისთვის მავნე ჩვევების შეცვლას თუ უკვე ჩართული არიან სარეაბილიტაციო აქტივობაში“ (Bandura, 1997, გვ. 119).

პიროვნების რწმენას, რომ თავად შეუძლია, გადაწყვიტოს პრობლემა, გადატრას ამოცანა ან წარმატებით შეძლოს ფუნქციონირება, ბანდურამ (1997) თვითეფექტურობა უწოდა. ეფექტურობა გულისხმობს პიროვნების შესაძლებლობას, გაუმკლავდეს გარემოს მიერ მისთვის დასმულ ამოცანებს და შეძლოს იმ კოგნიტური თუ ბიჰევიორული უნარების მობილიზება, რაც რთული სიტუაციების მოსაგვარებლად არის საჭირო. თვითეფექტურობის აღქმა ადამიანებში იწვევს საკუთარ გამკლავების უნარზე აზრის შექმნას. ეს შექმნილი აზრი გავლენას ახდენს საქმიანობის ყველა ასპექტზე: ისინი, ვისაც არასაკმარისი თვითეფექტურობა აქვს, როგორც წესი, გობრბიან გამოწვევებს და წინააღმდეგობის შეხვედრისას ადვილად ყრბიან ფარხმალს. ამის საპირისპიროდ, ის ადამიანები, რომლებიც დარწმუნებული არიან, რომ ამა თუ იმ ამოცანის შესრულების ძალა შესწევთ, უფრო ძნელად იხევენ უკან.

ეს რწმენა გავლენას ახდენს იმაზე, თუ ქმედების რა კურსს აირჩევს ადამიანი, რამდენ ძალისხმევას ჩადებს მოცემულ მცდელობაში, რამდენ ხანს შეეჭიდება გზაზე წარმოქმნილ დაბრკოლებას თუ განცდილ მარცხს, სიძნელეების შემდეგ აღდგენის უნარზე, იმაზე, ადამიანის აზროვნების მოდელი თვით-დამაბრკოლებელი იქნება თუ თვით-დამხმარე, რამდენად სტრესულად ან დამორგუნველად იმოქმედებს მათზე რთული გარემო მოთხოვნები და მათ მიერ რეალიზებულ მიღწევებზე (Bandura, 1997, გვ. 3).

ამგვარად, ცხოვრებისეულ პრობლემასთან გამკლავებისას კლიენტები სავარაუდოდ უფრო წარმატებით შეძლებენ ქცევის ცვლილების მიღწევას და შენარჩუნებას, თუ საკუთარ თვითეფექტურობას დადებითად შეაფასებენ. როდესაც ისინი ნივთიერებათა ავადმომხარეხის პრობლემებს ებრძვიან, თვითეფექტურობის, როგორც რეციდივის პრევენციის საშუალების, მნიშვნელობა იზრდება კიდევ. პოზიტიური ქცევის ჩამოყალიბებისთვის და რეციდივის პრევენციისთვის თვითეფექტურობის მნიშვნელოვნებიდან გამომდინარე, კონსულტანტი ყოველ კლიენტს უნდა უძლიერებდეს შეგრძნებას, რომ კონტროლი შესაძლებელია. მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს კლიენტისთვის იმ გრძნობის გასაძლიერებლად, რომ თავად მართავს სიტუაციას, ეს განსაკუთრებით უნდა გაკეთდეს მისთვის შესაძლებლობის მიცემით, დაგეგმოს და პრაქტიკაში გაატაროს სათანადო გამკლავების ქცევა.

**ნივთიერებათა ავადმომხარეხის დიაგნოზი:  
კონსულტირება და არა კონსულტირება**

მკურნალობა ზოგჯერ ზედმეტად ამარტივებს ნივთიერებათა ავადმომხარეხის პრობლემების შეფასებას, ქმნის დიქტომიას, რომელსაც არ შეუძლია დიაგნოსტიკური პროცესის არაერთგვაროვნებასთან შეჭიდება. ასე ზედმეტად გამარტივება განსაკუთრებით ჩვეულებრივი მოვლენაა ალკოჰოლის პრობლემებთან მუშაობის დროს. ბევრი ადამიანი მიიჩნევს, რომ შეიძლება, ალკოჰოლიზმი განისაზღვროს, როგორც უნიტარული დაავადება და რომ მას შემდეგ, რაც ეს განსაზღვრება გაკეთდება, შესაძლებელია მკურნალობის კონკრეტული კურსის აღწერაც. სინამდვილეში კი ის, რასაც *ალკოჰოლიზმს* უწოდებენ, მრავალმხრივი სინდრომია. ალკოჰოლის მომხმარებლები განსხვავდებიან მოხმარების, ფიზიკური სიმპტომების,



მოხმარების ქცევითი პატერნების, მათ ცხოვრებაზე სასმელის მოხმარების გავლენის, პირადი თვისებების, სოციალური გარემოს, გენდერის, კულტურის და მრავალი სხვა ფაქტორის თვალსაზრისით. პიროვნებებს შორის განსხვავებების გათვალისწინებით, მკურნალობის ვერც ერთი გეგმა და ვერც ერთი იარაღი ვერ გამოდგება ყველა კლიენტისთვის.

ადიქციასთან დაკავშირებული პრობლემების დიქტომიური – კი ან არა – კლასიფიკაციის სირთულეების მიზეზი გახლავთ მის მიერ წინასწარ ნაგულისხმევი დაშვება: რაკი ვიცით, რომ ესა თუ ის კლიენტი „ალკოჰოლიკი“ ან „დამოკიდებული“ არის, მამასადამე, ვიცით კიდევ, რა გზით ვუმკურნალოთ მას. თუ გვსურს ჯეროვანი სამკურნალო გადაწყვეტილებების მიღება, უნდა გვაკეთოთ ბევრად მეტი, ვიდრე კლიენტის დისფუნქციაზე იარაღის მიკვრებაა. დიქტომიური დიაგნოზის გამოყენება, იქნება ეს ალკოჰოლიზმის თუ ნამალდამოკიდებულების შემთხვევაში, ინდივიდუალური განსხვავებების მიჩქმალვით რეალურად ხელს უშლის მკურნალობის დაგეგმვას. შეფასებასთან ეს პრიმიტიული მიდგომა აგრეთვე ამცირებს მკურნალობის პოტენციურ ეფექტიანობას იმით, რომ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების პრობლემური მოხმარების შემთხვევაში აბრკოლებს ადრეულ ჩარევას. ან/ან დიაგნოსტიკურებს უსათუოდ მივყავართ განზოგადებულ, გაბნეულ სამკურნალო პაკეტამდე, რომელიც უარეს შემთხვევაში არაეფექტიანი აღმოჩნდება, უკეთეს შემთხვევაში კი მხოლოდ სერიოზული, ქრონიკული, ხანგრძლივი ავადმოხმარებით გამოწვეული აშლილობის მქონე პიროვნებებს არგებს. „ალკოჰოლიზმის“ ცალსახა დიაგნოზის მოთხოვნის გამო, მაგალითად, მკურნალობისგან თავს შეიკავებენ ისეთი ადამიანები, რომლებიც არ არიან აუცილებლად დამოკიდებულები ალკოჰოლზე, მაგრამ ვისთვისაც სასარგებლო იქნებოდა დახმარების მიღება ალკოჰოლის ავადმოხმარების საწყის ეტაპზე ცხოვრებაში გაჩენილი სიმძიმეების გამო. ჩვენ თუ დავიცდით, სანამ არ მივიღებთ „ალკოჰოლიზმის“ ან „დამოკიდებულის“ დიაგნოზს, შესაძლოა, ხელიდან გავუშვათ შესაძლებლობა, დავეხმაროთ ადამიანებს მაშინ, როდესაც მკურნალობა მათთვის საუკეთესო შედეგის მომტანი იქნებოდა. მილერი და კეროლი (Miller and Carrol, 2006) აღნიშნავენ, რომ „არ არსებობს განსაზღვრული მომენტი, როდესაც ადამიანი "ხდება" დამოკიდებული“ და რომ „კონტინუუმის ერთი რეგიონისთვის მართებული ინტერვენცია შეიძლება უსარგებლო ან საზიანოც კი იყოს განვითარების სხვა ეტაპზე“ (გვ. 296).

დავუშვათ, იმის ნაცვლად, რომ ნივთიერებათა ავადმოხმარების დარღვევებს ვიაზრებდეთ მარტივად, როგორც არსებულს ან არარსებულს, ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის ავადმოხმარება განვიხილოთ კონტინუუმის მთელ სიგრძეზე, არაპრობლემურიდან ძლიერ პრობლემურამდე, როგორც ეს 1.1 დიაგრამაზეა ნაჩვენები. დიაგრამაზე, მარცხნიდან მარჯვნივ, წარმოდგენილია ნივთიერებათა მოხმარების ექვსი კატეგორია.

ეს კონტინუუმი არ გულისხმობს აუცილებელ პროგრესირებას. პიროვნება, რომელსაც ეწყება პრობლემები, აუცილებლად როდი გადაინაცვლებს კონტინუუმში მარცხნიდან მარჯვნივ. პირიქით, კონტინუუმზე სხვადასხვა წერტილები შეიძლება შეესაბამებოდეს სხვადასხვა პიროვნებებს, რომელთაგან ზოგი შესაძლოა უფრო მცირე პრობლემებიდან უფრო მძიმეზე გადადიოდეს, ზოგი ერთ ადგილას რჩებოდეს განუსაზღვრელი დროის განმავლობაში და ზოგიც შეიძლება წინ და უკან ინაცვლებდეს ნივთიერების პრობლემურ და არაპრობლემურ მოხმარებათა წერტილებს შორის.

იმის გამო, რომ ძნელია წინასწარ განჭვრეტა, როგორი იქნება ნივთიერებათა მოხმარების მიმართულება რომელიმე ერთი პიროვნებისთვის, კონსულტანტები პირველი კონტაქტისას, კლიენტის საჭიროების გაცნობის დროს, რაც შეიძლება მეტი სარგებლის მომტანი უნდა იყვნენ. შენიშვნა, რომ ნივთიერებათა ავადმოხმარების პრობლემები დროთა განმავლობაში სულ უფრო დამძიმდება, გასაგები მიზეზების გამო რთული მოსასმენია იმ კლიენტებისთვის, რომლებიც ჯერ მცირე პრობლემების

წინაშე დგანან. მრავალი მკურნალი კლიენტის ყოყმანს „უარყოფად“ განსაზღვრავს და იცდის, სანამ პიროვნებას განუვითარდება პრობლემათა საკმარისი რაოდენობა, მისთვის გარანტირებულად რომ შეიძლებოდეს „ალკოჰოლიკის“ ან „დამოკიდებულის“ იარლიყის მიკვრა. უფრო მართებული იქნებოდა, კონსულტანტს ეცადა, შეემუშავებინა მკურნალობის გეგმა, რომელიც კლიენტის მიმდინარე სიმძლეების ხასიათს და სიმძიმეს შეესაბამებოდა. გაიხსენეთ, მაგალითად, კარლოსის შემთხვევა, რომელიც ამ თავის დასაწყისში გაგაცანით. უეჭველია, კარლოსს ძალიან არგებდა დახმარება ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებულ საყოფაცხოვრებო პრობლემებთან გამკლავებაში. გაცილებით ნაკლებად თვალსაჩინოა, რომ კარლოსის მიერ სასმელის მიღებას შეიძლება „ალკოჰოლიზმი“ დაერქვას. მის შემთხვევაში კონსულტანტის მცდელობა უნდა ყოფილიყო მიმართული იმაზე, რომ ამ სტუდენტს თავისი ცხოვრების ძველ კალაპოტში ჩასაყენებლად გადაწყვეტილებები მიეღო და გეგმები დაესაბა. დაჟინებული მოთხოვნა, რომ დიაგნოზი მკაცრად უნდა იყოს განსაზღვრული, შეიძლება ამ პროცესისთვის საზიანო აღმოჩნდეს.

არ მოხმარს	ზომიერი, არაპრობლემური მოხმარება	მძიმე, არაპრობლემური მოხმარება	მძიმე მოხმარება, ზომიერი პრობლემები	მძიმე მოხმარება, სერიოზული პრობლემები	დამოკიდებულება, საყოფაცხოვრებო და ჯანმრთელობის პრობლემები
------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	---

**ღიაბრაზა 1.1. | ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის კონტინუუმი**

კონსულტანტს შეუძლია, გამოიკვლიოს კლიენტის ცხოვრებისეული სიტუაცია და გაარკვიოს, სად იმყოფება პიროვნება კონტინუუმზე ნარკოტიკების არაპრობლემურიდან მძიმედ პრობლემურ მოხმარებამდე. მაგრამ არც ერთი ობიექტური შეფასების გზით არ არის შესაძლებელი, ზუსტად განისაზღვროს, კონკრეტულ კლიენტს დახმარება უნდა გაეწიოს თუ არა. ის ფაქტი, რომ ტრადიციული მკურნალობის მიდგომები ამჟღავნებდა ტენდენციას, შესაფერისი ყოფილიყო მხოლოდ კონტინუუმის მარჯვენა კიდებზე მოგროვილი კლიენტებისთვის, ნიშნავს, რომ ამ სერვისზე უარი ეთქმოდა იმ ადამიანებს, რომლებსაც მცირე ან ზომიერი პრობლემები აღენიშნებოდა. სად არის გავლებული ის ზღვარი, რომლის იქითაც კლიენტს მომსახურებაზე უარი უნდა ეთქვას? ვიღაც, რომლებსაც ნარკოტიკების მოხმარების გამო მრავალი საყოფაცხოვრებო პრობლემა აქვს, აშკარად საჭიროებს დახმარებას, მაგრამ შესაძლოა, პიროვნებისთვის, რომლის პრობლემებიც საწყის სტადიაზეა, შესაძლოა, ასევე სასარგებლო იყოს დახმარება, თუმცა უფრო ნაკლებად ინტენსიური ხასიათის. ამგვარად, პიროვნება, რომელიც დააკავებს ალკოჰოლური ზემოქმედების ქვეშ ყოფნისას მანქანის ტარების გამო, იმსახურებს შანსს, ისწავლოს, თუ როგორ არეგულიროს სისხლში ალკოჰოლის შემცველობა. ახალგაზრდა, რომელსაც წამოეჭრება ნივთიერების დაუდევარ მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები, იმსახურებს შანსს, ისწავლოს პასუხისმგებლიანი გადაწყვეტილებების მიღება. პიროვნება, რომელიც მიეჩვია ნარკოტიკების ავადმომხმარებას მწუხარებასთან ან სტრესთან გასამკლავებლად, იმსახურებს კონსულტანტის მომსახურებას, რომელიც მას უფრო მისაღებ გამკლავების მეთოდებს გააცნობს. ამ კლიენტებს სჭირდებათ დახმარება, რომელიც არ იქნება წამხდარი იარლიყების მიკვრების პროცესით ან აუცილებელი პირობის დაყენებით, რომ მათი პრობლემების გაღრმავება წინასწარვე იოლად განიჭვრიტება. მათ სჭირდებათ, რომ მათ მიიჩნევდნენ პიროვნებად, რომლებსთვისაც დახმარების გაწევა შესაძლებელია ისეთი დიაგნოზის იძულებითი დასმის გარეშე, რომელიც მათ მიუღებლად ეჩვენებათ.

## სვლილქაის ინდივიდუალური გეგმები

კონსულტანტები, რომლებიც დაშორდნენ დიქტომიურ დიაგნოსტიკებს, ამჩნევენ, რომ სულ უფრო უკეთ ახერხებენ თავიანთი კლიენტების ინდივიდუალურ საჭიროებებზე მორგებული დახმარების განვლას. როდესაც ადამიანებს, რომლებსაც ვემსახურებით, ჩვენ რთულ, მრავალსახოვან პიროვნებად ვხედავთ, მაშინ ვახერხებთ, ჩვენს კლიენტებთან თანამშრომლობით ვიმუშაოთ და ამ გზით შევიმუშაოთ ცვლილების გეგმა, რომელიც ისევე უნიკალური იქნება, როგორც თვითონ კლიენტები არიან. ეს პროცესი შესაძლებელი გახდება, თუ კონსულტანტს აღიარებული ექნება, რომ სავარაუდოდ, არ არსებობს ისეთი მიზანი თუ მკურნალობის გამოსავალი, რომელიც ზედგამოჭრილი იქნებოდა ყოველი კლიენტისთვის.

კლიენტის ნივთიერებათა ავადმომხმარება განხილული უნდა იყოს სხვა საყოფაცხოვრებო პრობლემებთან კონტექსტში, თუმცა არაა აუცილებელი, ეს მიზეზ-შედეგობრივი კონტექსტი იყოს. ნივთიერებათა ავადმომხმარება, როგორც წესი, სხვადასხვა სოციალურ, ფსიქოლოგიურ, ოჯახურ და ფინანსურ პრობლემებთანაა შეჭიდული. კონსულტანტისთვის აუცილებელი არაა, განსაზღვროს, ეს პრობლემები ნივთიერებათა ავადმომხმარების მიზეზია თუ შედეგი. კლიენტის ყველა ძირითად პრობლემას უნდა მივუდგეთ, როგორც კონსულტაციის პროცესის ნაწილს, იმ დაშვებით, რომ სასურველი შედეგი გულისხმობს გაუმჯობესებას ცხოვრების რამდენიმე სფეროში. კომპლექსურად მკურნალობა შეიძლება შესაძლებელი გახადოს მხოლოდ თანამშრომლობაზე დაფუძნებულმა შეფასების პროცესმა, რომელიც ინდივიდუალიზებულ მიზნებს სახავს და ითვალისწინებს ინდივიდუალურ ძლიერ თუ სუსტ მხარეებს. ამგვარად, ყოველი კლიენტის ცვლილების გეგმა უნდა შეიცავდეს გრძელ- თუ მოკლევადიან მიზნებს, რომლებშიც ასახული იქნება პიროვნების პასუხისმგებლობებიც და დადებითად იმოქმედებს როგორც ნივთიერებათა ავადმომხმარებაზე, ასევე სხვა პრობლემებზეც. ზოგად საყოფაცხოვრებო სფეროებს შორის, რომლებზე მუშაობაც, პიროვნების პრობლემებიდან გამომდინარე, შესაძლოა საჭირო გახდეს, გვხვდება შემდეგი:

- კანონის დარღვევასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრა ან თავიდან აცილება;
- ფინანსური სტაბილურობის მიღწევა;
- სტაბილურობის მიღწევა ოჯახურ ურთიერთობებში;
- კარიერული მიზნების დასახვა და მიღწევა;
- სოციალური უნარების გაუმჯობესება;
- ასერტულობის უნარების გაუმჯობესება;
- ფიზიკური ჯანმრთელობის და კარგ ფიზიკურ ფორმაში ყოფნა;
- სტრესთან გამკლავების უფრო ეფექტიანი მეთოდების შესწავლა;
- პრობლემის გადაჭრის და გადაწყვეტილების მიღების უფრო ეფექტიანი უნარების განვითარება;
- რელაქსაციის უნარების სწავლა;
- გრძნობების ამოცნობის და გამოხატვის სწავლა;
- სამსახურში ან სკოლაში უფრო ეფექტიანი ადაპტირება;
- სოციალური მხარდაჭერის სისტემების განვითარება;
- რეკრეაციულ და სოციალურ საქმიანობებში ჩართულობის გაზრდა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებთან გამკლავება;
- საკუთარი თავის პატივისცემის და თვითეფექტურობის გაზრდა.

ცხადია, ყველა კლიენტს არ დასჭირდება მიზნების დასახვა თითოეულ ამ სფეროში. შეფასების პროცესში უნდა გამოვლინდეს პრობლემები, რომლებზეც შეიძლება მუშაობა მკურნალობის გზით, ამის შემდეგ კი განხორციელდეს სპეციფიკურ სასურველ შედეგებზე მორგებული ინტერვენცია.

შეფასების პროცესის შედეგად კონსულტანტმა და კლიენტმა უნდა მიიღონ ინდივიდუალიზებული მიზნების კრებული, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება მომავალში ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის საკითხი. ნივთიერებათა ავადმომხმარებაზე კონსულტაციის განცვის ერთ-ერთი მიზანი, არსობრივად, გახლავთ პრობლემური მოხმარებიდან არაპრობლემურზე გადანაცვლება (აბსტინენცია ან პასუხისმგებლობით მოხმარება). მაგრამ ეს ერთი განზოგადებაც კი სხვადასხვა კლიენტზე ინდივიდუალურ მორგებას უნდა ექვემდებარებოდეს. ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში კლიენტმა და კონსულტანტმა ერთად უნდა იმუშაონ და გადაწყვიტონ, რა იქნება მათთვის ყველაზე უფრო სასურველი შედეგი ნივთიერებათა ავადმომხმარების მხრივ. ეს გადაწყვეტილება განსაკუთრებით რთულია, როდესაც მოხმარებული ნივთიერება ალკოჰოლია. უკვე მრავალი წელია, არ ცხრება დავა, შესაძლებელია თუ არა, ადამიანი, რომელსაც ალკოჰოლის მოხმარების პრობლემები აქვს, მის ზომიერ მოხმარებაზე გადავიდეს; მაგრამ „კონტროლირებადი მოხმარების“ კონცეფციის ირგვლივ წამოჭრილია აზრთა დიდი სხვადასხვაობა. კონტროლირებადი მოხმარების საშიშროების თემასთან დაკავშირებით ავტორები და კლინიცისტები, როგორც წესი, სვამენ კითხვას: არის თუ არა ალკოჰოლიკისთვის შესაძლებელი ამ მიზნის მიღწევა. ამის ნაცვლად, კითხვა დასმული უნდა იყოს ასე: „სადარაუდოდ, რა შედეგი იქნება ყველაზე შესაფერისი რა ტიპის კლიენტისთვის რა სიტუაციაში?“ ცხადია, არსებობენ კლიენტები, ვისთვისაც კონტროლირებადი მოხმარება შეუფერებელი მიზანია, რადგანაც ამ პიროვნებებს სადარაუდოდ რეციდივი ექნებათ, თუ ისინი ზომიერად სმას შეეცდებიან. ის პიროვნებები, რომლებსაც ალკოჰოლთან დაკავშირებით დიდი ხნის პრობლემები აქვთ, ვისაც ამჟამად მოხმარებასთან დაკავშირებული ბევრი საყოფაცხოვრებო პრობლემა უჩნდებათ, რომლებსაც ალკოჰოლზე ფიზიკური დამოკიდებულების ნიშნები აღენიშნებათ, ვისაც აქვთ ჯანმრთელობის პრობლემები, რასაც შეიძლება ამწავებდეს ალკოჰოლის მოხმარება ან ვინც უკვე განიცადა წარუმატებლობა ზომიერად მოხმარებაზე გადასვლის მცდელობისას, არ არიან შესაფერისი კანდიდატები ზომიერ მოხმარებაზე გადასასვლელად და უნდა ვუბიძგოთ, რომ თავშეკავება არჩიოს.

გასაკვირი არ არის, რომ ისინი, ვინც ალკოჰოლიზმს მკურნალობენ, როგორც წესი, კონტროლირებად მოხმარებას გადაწყვეტილებად არც განიხილავენ. ბოლო დრომდე თითქმის ყველა კლიენტს, რომელიც ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების გამო ითხოვდა დახმარებას, არგებდნენ პროფილს, რომლისთვისაც ერთადერთი საიმედო მიზანი სრული თავშეკავება იყო! მაგრამ ახლა კლიენტების ჯგუფი უფრო არაერთგვაროვანი გახდა. ახლა, როცა სამკურნალოდ მოსულთა შორის ვხედავთ უფრო ახალგაზრდა, ნაკლებად სერიოზული პრობლემების მქონე კლიენტებს, საჭიროა, განვიხილოთ მათი ჩართვის შესაძლებლობა სამკურნალო სურვილების განსაზღვრაში. კლინიცისტებს, რომლებსაც აფრთხობთ კონტროლირებადი მოხმარების კონცეფცია, სჭერათ, რომ ზომიერი მოხმარების მიზნად დასახვით ბევრ ადამიანს მიაღებება ზიანი, მაშინ, როცა სრული აკრძალვის მისაღწევად მუშაობა დიდად არავის ავნებს. თუმცა, სინამდვილეში, „არადამოკიდებული პიროვნებებისთვის, თუ განსხვავება საერთოდ არსებობს, რეციდივის რისკი უფრო დაბალია კონტროლირებადი მოხმარების შემთხვევაში, ვიდრე თავშეკავებისას“ (Miller, 1985, გვ. 590). თუ მოხმარებელი ახალგაზრდა და ჯანმრთელია, თუ არ აღენიშნება ალკოჰოლზე ფიზიკური დამოკიდებულების ნიშნები, თუ მათი პრობლემური მოხმარება არცთუ დიდი ხანია, რაც გრძელდება, თუ ალკოჰოლის მოხმარების გამო მცირე საყოფაცხოვრებო პრობლემები წამოეჭრება და თუ ისინი უარს ამბობენ თავშეკავებაზე, მაშინ შესაძლოა, მათ მოხმარების ზომიერ ფარგლებში მოქცევა უფრო გამოუვიდეთ.

ყველა შემთხვევაში, არსებითი ფაქტორი, მიზნის ერთგულად სვლისთვის, კლიენტის უნარებია. ამ მნიშვნელოვან საკითხში მიზნების დასახვის ამოსავალი წერტილი არის გაცნობიერება, რომ სხვადასხვა შედეგი არა მხოლოდ მიღწევადია,



არამედ შესაძლოა კიდევაც ჯობდეს ხისტ მოთხოვნას, რომ ყოველი კლიენტი კონსულტანტის მიერ წინასწარ დასახულ იდეალს უნდა შეესაბამებოდეს. მარლატის (Marlatt, 1998) მსჯელობა ზიანის შემცირებაზე სასარგებლო კონცეპტუალიზაციას გვთავაზობს. ამბობს რა, რომ „ზიანის შემცირების მიდგომა თავშეკავებას იდეალად მიიჩნევს, მაგრამ მისთვის მისაღებია ალტერნატივებიც, რომლებიც ზიანს ამცირებს“ (გვ. 50), მარლატი აღნიშნავს, რომ დახმარების მიღების წინაპირობად სრული თავშეკავების მიღწევის დასახვამ შესაძლოა მკურნალობის დაწყებისკენ მიმვალ გზაზე არასასურველი ბარიერი გააჩინოს. ამის ნაცვლად გვთავაზობს, რომ ადამიანები მათი საკუთარი პირობებით მივიღოთ და ამის შემდგომ პოზიტიური ცვლილებისკენ პატარა-პატარა ნაბიჯების გადასადგმელად ვუბიძგოთ.

კონსულტანტს, რომელმაც კლიენტთან ერთად გონივრული მიზნები დასახა, მათ მისაღწევად რიგი ტექნიკების გამოყენება შეუძლია. ნივთიერებათა ავადმომხმარების სფეროში ყველაზე ხშირად გამოყენებულ კონსულტაციის მეთოდებს შორისაა ქცევითი თვითკონტროლის ტრენინგი (კლიენტებისთვის საკუთარი ქცევის ცვლილების მონიტორინგის ტექნიკის სწავლება); გაუთვალისწინებელი გარემოებების მართვა (ისეთი გარე ვითარებების გამოორჩევა, რომლებიც აჯილდოებენ ან სტიმულირებენ ავადმომხმარების ქცევას, და მათით მანიპულირება), რელაქსაცია, ასერტულობის და სოციალური უნარების ტრენინგი; წყვილთა და ოჯახური თერაპია; კონსულტაცია პროფესიულ საქმიანობასთან დაკავშირებით; კოგნიტური რესტრუქტურალიზაცია (დახმარება, კლიენტებმა შეცვალონ საკუთარი თავის და გარემოს მათეული შეფასება); პრობლემების გადაჭრასა და გადაწყვეტილებების მიღებაში დახმარება; ავერსიული განპირობება (ნივთიერებათა ავადმომხმარების შეჭიდება ნამდვილ ან წარმოსახვით არასასიამოვნო განცდებთან); სტრესის მართვის ტრენინგი; ჯგუფური კონსულტაცია; ცხოვრების წესის და დასვენების დაგეგმვა; ინფორმაციის მიწოდება ფსიქოპაქტიური ნარკოტიკების ზემოქმედების შესახებ; და გადამისამართება თვითდახმარების ისეთ ორგანიზაციებში, როგორცაა „ანონიმი ალკოჰოლიკები“ და „ანონიმი ნარკომანები“. რა თქმა უნდა, კონსულტირების პროცესი ხშირად ჩართულია ისეთ საშუალებებშიც, რომლებიც ფარმაკოლოგიურ მეთოდებსაც მიმართავს.

კონკრეტული კლიენტისთვის ზემოთ აღნიშნული მეთოდების ნებისმიერი კომბინაცია შეიძლება გახდეს გამოსადეგი. ოღონდ, ნივთიერებათა ავადმომხმარე ყველა კლიენტისთვის ეფექტის მომტანი არ იქნება ინტერვენციათა მთელი კრებულის, როგორც პაკეტის, გამოყენება. პრობლემებზე მუშაობა ნივთიერებათა ავადმომხმარების ქცევათა ვიწრო ჯგუფის ფარგლებს გარეთაც მნიშვნელოვანი სტრატეგიაა, მაგრამ მხოლოდ იმ შემთხვევაში იმუშავებს, თუ თითოეული კლიენტის არსებულ საჭიროებებზე იქნება მორგებული.

## სოციალური კონტაქტი

*ატრიბუციის ფუნდამენტური შეცდომა* (FAE) გავრცელებული შეცდომაა, რომელიც საზოგადოების მიერ ადამიანის ქცევის ახსნის გზას ამახინჯებს. ატრიბუციის ფუნდამენტური შეცდომის განხილვისას გლედველმა (Gladwell, 2000) განმარტა, რომ ჩვენ ყველას გვაქვს მიდრეკილება, მოვლენები ავხსნათ მიკერძოებულად, „დისპოზიციურად“, იმის ნაცვლად, რომ ჩვენეული ახსნა კონტექსტზე იყოს დაფუძნებული. „როცა საქმე სხვათა ქცევის ახსნაზე მიდგება, ადამიანები უცილობლად უშვებენ შეცდომას იმით, რომ გადამეტებულ მნიშვნელობას ანიჭებენ უმთავრეს ხასიათის თვისებებს და ზედმეტად აკნინებენ სიტუაციისა და კონტექსტის მნიშვნელობას (Gladwell, 2000, გვ. 160).

საუბედუროდ, დახმარების გამწვავა პროფესიულ სფეროში მომუშავე ადამიანებიც სხვებივით არიან მიდრეკილი, უმართებულოდ მიაწერონ ქცევას ესა თუ ის მოტივი; ხოლო ტენდენცია, უგულებელყოფილი იყოს გარემო ფაქტორების როლი,

კონსულტირების და მკურნალობის ბევრ მიდგომას მსჭვალავს. დამხმარეები, კლიენტის საზიანოდ, ჭერაც მეტ ყურადღებას აქცევენ ნეგატიურ სუბიექტურ მახასიათებლებს, ვიდრე იმ სოციალურ, კულტურულ, პოლიტიკურ და ეკონომიკურ ფაქტორებს, რომლებიც გავლენას ახდენენ მათი კლიენტების ცხოვრებაზე. მეტიმეტად ხშირია, რომ კონსულტირებისას ყურადღება გამახვილებულია კლიენტის დიაგნოზებზე – მათი ძლიერი მხარეების ნაცვლად, და მათ პირად მონყვლადობაზე – მათი გარემო პირობების ნაცვლად. შედეგად, კლიენტები სულ უფრო უსუსურად გრძნობენ თავს.

ტენდენცია, რომ პრობლემები განხილული იქნეს, როგორც კლიენტის შინაგანი პრობლემები, განსაკუთრებით ფართოდაა გავრცელებული ნივთიერებათა ავადმომხმარების მკურნალობისას, სადაც ადიქციური ქცევა ხშირად განიხილება იმ პიროვნული თვისებების შედეგად, რომლებიც ცვლილებას ძნელად დაჰყვებიან. სინამდვილეში კი ნივთიერებათა ავადმომხმარების ქცევებზე ძალიან დიდ გავლენას ახდენს სოციალური კონტექსტი. მუსმა (Moos, 2006) გამოიკვლია ოთხი თეორიული თვალთახედვა, რომლებიც ხსნიან სოციალური კონტექსტის როლს ნივთიერებათა ავადმომხმარების მოვლენაში. *სოციალური კონტროლის თეორია* (Social control theory) ხაზს უსვამს, თუ რამდენად „ოჯახთან, სკოლასთან, სამსახურთან, რელიგიასთან და ტრადიციული საზოგადოების სხვა სფეროებთან მჭიდრო კავშირი აძლევს პიროვნებებს მოტივს, ჩაებან პასუხისმგებლურ ქცევებში და თავი შეიკავონ ნივთიერებათა ავადმომხმარებისგან“ (Moos, 2006, გვ. 182). და პირიქით, ამ კავშირების არარსებობა ნივთიერებათა ავადმომხმარებას უფრო მოსალოდნელს ხდის. მსგავსად ამისა, *ქცევის არჩევანის თეორია* (behavioral choice theory) მიიჩნევს, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარება ნაკლებად არის მოსალოდნელი, თუ პიროვნებას გარემო სთავაზობს დამატებით ძალებს, რომლებიც ნივთიერებათა ავადმომხმარებისგან მიღებული გამაძლიერებელი ეფექტების ალტერნატივად გამოდგება. *სოციალური დასწავლის თეორია* (Social learning theory) ხაზს უსვამს, რომ ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ატიტუდები და ქცევები პიროვნების გარემოცვაში საძიებელი. *სტრესისა და გამკლავების თეორია* (Stress and coping theory) განმარტავს, რომ სოციალურ გარემოცვაში არსებულმა სტრესის ფაქტორებმა – სხვა, უფრო ჭანსალი გამკლავების უნარების არარსებობის შემთხვევაში – შესაძლებელია, პიროვნებას ნივთიერებათა ავადმომხმარებისკენ უბიძგოს. საბოლოოდ, რასაც ეს ოთხი თვალთახედვა ცხადყოფს, არის ის, რომ პიროვნების სოციალურ გარემოს – იქნება ეს ოჯახი, თემი თუ საზოგადოებრივი ასპარეზი – შეუძლია, გაზარდოს ნივთიერებათა ავადმომხმარების რისკი ან დაიცვას პიროვნება მისგან. კონსულტაციის პროცესი, რომელიც ითვალისწინებს სოციალურ კონტექსტს, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას ანიჭებს როგორც კლიენტის გაძლიერებას, ასევე – მრავალგანზომილებიან მკურნალობას.

**გამაძლიერებელი სტრატეგიები.** კონსულტანტებისთვის რა მნიშვნელოვანიც არ უნდა იყოს სოციალური გარემოს გავლენის აღიარება, უფრო მეტად მნიშვნელოვანია, ეს მათმა კლიენტებმა შეიგნონ. ადამიანები, რომლებიც ვერ ახერხებენ თავიანთი პრობლემების უფრო ფართო კონტექსტში დანახვას, ხშირად საკუთარი თავის დადანაშაულების ჭაობში ეფლობიან და უმწეოები ხდებიან. ადამიანის ცხოვრების ფართო კონტექსტში დანახვა მართლაც რომ დიდი ძალის მომცემია. როგორც ლუისი (Lewis et al. 2002) აღნიშნავდა, კონსულტანტებს, რომლებიც კლიენტებთან მუშაობისას გამაძლიერებელ მიდგომას ხმარობენ, უნდა შეეძლოთ:

- კლიენტებისა და სტუდენტების ძლიერი მხარეებისა და რესურსების განსაზღვრა;
- კლიენტებზე/სტუდენტებზე გავლენის მქონე სოციალური, პოლიტიკური, ეკონომიკური და კულტურული ფაქტორების განსაზღვრა;
- იმ ნიშნების ამოცნობა, რომლებიც აჩვენებს, რომ პიროვნების ქცევები და ნუხილი ასახავს სისტემურ თუ ინტერნალიზებულ ზენოლაზე რეაგირებას;

- განვითარების სათანადო ეტაპზე, დაეხმაროს პიროვნებას ამოიციოს გარე დაბრკოლებები, რაც მის განვითარებაზე ახდენს გავლენას;
- სტუდენტებისა და კლიენტებისთვის თვით-ადვოკატობის უნარების გავარჯიშება;
- სტუდენტებისა და კლიენტებისთვის თვით-ადვოკატობის სამოქმედო გეგმის შემუშავებაში დახმარება;
- სტუდენტებისა და კლიენტებისთვის დახმარების განწვევა სამოქმედო გეგმების განხორციელებაში.

**მრავალგანზომილებიანი მკურნალობა.** როცა კლიენტები თავს აღწევენ ნივთიერების პრობლემურ ავადმობხმარებას, ზოგჯერ გაცხადებული რჩებიან, რომ მათი პრობლემები არ ქრება. ზოგი პრობლემა ადრინდებურად აქტუალური რჩება ან იმის გამო, რომ მათი ეტიოლოგია არ იყო დამოკიდებული ნივთიერებათა ავადმობხმარებაზე, ან იმის გამო, რომ მრავალი წლის განმავლობაში ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარებამ შექმნა უამრავი და ძალიან სერიოზული საყოფაცხოვრებო სიძნელე, რომლებიც ერთი ხელის მოსმით არ გადაიჭრება. ამის გამო, კონსულტირება მრავალგანზომილებიანი უნდა იყოს, მისი ყურადღების ცენტრში უნდა ექცეოდეს ნარკოტიკების მოხმარების სპეციფიკური ქცევები, მაგრამ ეს ქცევები უნდა განიხილებოდეს კლიენტის ფსიქოლოგიური, სოციალური და პროფესიული ფუნქციონირების კონტექსტში.

კონსულტანტები, რომლებსაც სჭერათ ინდივიდუალიზებული, ძალების შემძენი მკურნალობის, როგორც წესი, პიროვნების სპეციფიკური ნივთიერებათა ავადმობხმარების ქცევების გარდა რიგი სხვა ფაქტორების მნიშვნელობასაც ითვალისწინებენ. მათ შეგნებული აქვთ, რომ ხანგრძლივ პერსპექტივაში კლიენტის აღდგენა/გამოჯანმრთელება დამოკიდებულია არა მხოლოდ მათ პიროვნულ თვისებებზე, არამედ – მათი სოციალური გარემოს ბუნებასა და მათი უნარების არსენალზე, რომლებიც „რეალურ სამყაროსთან“ გამკლავებაზე აგებენ პასუხს, სამყაროსთან, რომლისთვისაც კლიენტმა ფხიზელი თვალის გასწორება უნდა შეძლოს.

სოციალური, კულტურული, ბიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ფაქტორები ურთიერთგავლენას ახდენენ როგორც ეტიოლოგიაში, ასევე ნივთიერებათა მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრის საქმეში. უმთავრესი, რასაც ეს თვალსაზრისი გულისხმობს, ის გახლავთ, რომ ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების ქცევის შესაცვლელად გამიზნული, პრევენციასა და რეაბილიტაციაზე დახარჯული ძალისხმევა შეიძლება არ იყოს მაქსიმალურად ეფექტიანი, თუ მათი ყურადღების არეალი დავინროებულია და მასში მოქცეულია მხოლოდ თავისთავად ნივთიერებათა ავადმობხმარების ქცევა ან პიროვნების ცხოვრების რომელიმე გამოცალკევებული სფერო.

ამ თავის დასაწყისში, მაგალითად, ჩვენ შევხვდით მარიანს, რომლის სამუშაო განრიგს თან ახლდა ალკოჰოლის ხშირი მოხმარება. ოდესღაც კონსულტანტები ჩათვლიდნენ, რომ მარიანის მიერ ალკოჰოლის მოხმარება მხოლოდ მისი შიდა მექანიზმებით არის გამოწვეული. ისინი ალბათ დაასკვნდნენ, რომ იგი მხოლოდ ალკოჰოლიზმის გამო სვამდა და რომ მისი განცხადებები სამუშაო გარემოს შესახებ უბრალოდ თავის მართლება იყო. ამ თვალსაზრისით აღდგენა/გამოჯანმრთელების მაჩვენებელი იქნებოდა, რომ იგი მოხმარებისგან თავს შეიკავებდა იმის მიუხედავად, თუ როგორი იქნებოდა მისი გარემო. დღეს, გამოცდილი კონსულტანტები უფრო გადაიხრებოდნენ აზრისკენ, რომ ამ ქცევას იწვევს როგორც შიდა, ასევე გარე ფაქტორები. რასაკვირველია, მარიანმა უნდა გამოიკვლიოს თავისი მოწყვლადობა ადიქციის მიმართ, ასევე, თავისი პიროვნული მხარეები, როგორიცაა სულიერება, ფიზიკური ჯანმრთელობა, შემეცნება, ქცევები და განწყობები. მაგრამ იმავდროულად მან და მისმა კონსულტანტმა უნდა მიხედონ გარე ფაქტორებსაც, დასვან კითხვა, თუ რა უნარები დასჭირდება მას სამუშაოსთან დაკავშირებულ იმ რისკ ფაქტორებთან

გასამკლავებლად, რომლებიც ფხიზელ ცხოვრებას უშლიან ხელს. შეიძლება, იმის გადწყვეტაც კი მოუხდეს, საერთოდ ღირს თუ არა ეს სამუშაო ამ რისკად და ხომ არ უნდა განიხილოს პროფესიული საქმიანობის სხვა ვარიანტებიც.

აღდგენა/გამოჯანმრთელების მრავალგანზომილებიანი ბუნების გათვალისწინება უდიდეს გავლენას ახდენს საკონსულტაციო პროცესზე. უპირველესად, მკურნალობის მიზნებში გათვალისწინებული უნდა იყოს არა მხოლოდ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქცევები, არამედ რეაბილიტაციაც ისეთ სფეროებში, როგორცაა პროფესიული საქმიანობა, ფსიქოლოგიური კეთილდღეობა და სოციალური ჩართულობა. მეორეც, ამ ცხოვრებისეულ ასპექტებში პიროვნების ფუნქციონირების ხარისხი შეიძლება ძლიერ გავლენას ახდენდეს მის უნარზე, გამოიმუშაოს ჯანსაღი ახალი ქცევები. სოციალურ და ფიზიკურ გარემოს, რომელიც ყველა ადამიანის გარშემო არსებობს, აქვს პოტენციალი, ხელი შეუწყოს ჯანმრთელობას ან რისკქვემ დააყენოს იგი. მარიანის მსგავსად, ნებისმიერმა პიროვნებამ, რომელიც ცდილობს, თავის ცხოვრებაში რთული ცვლილება შეიტანოს, უნდა მიაგნოს ხერხებს, რომლითაც თავიდან აირიდებს სიფხიზლისთვის განსაკუთრებით სახიფათო სტრესულ სიტუაციებს და გაუმკლავდება დანარჩენებს, ნაკლებად სამძიმოებს.

იმგიათია ისეთი საკონსულტაციო პაკეტი, რომელიც წარმატებით გადაჭრის ამ ამოცანებს და მკურნალობის მერე კლიენტებს მათ გარემომცველ სოციალურ და ეკონომიკურ რეალობასთან პირისპირ დასარჩენად მოამზადებს. თუმცა, მკურნალობის ასეთი პროგრამები მაინც არსებობს და მისი ერთ-ერთი საუკეთესოდ დოკუმენტირებული მაგალითია *თემის გაძლიერების პროგრამა* (Community Reinforcement Program. Meyers & Smith, 1995). ეს პროგრამა უჩვეულოდ მრავალმხრივი და საფუძვლიანია და კლიენტებს სთავაზობს თერაპიას, რომელიც შემდეგ კომპონენტებს მოიცავს:

- კონსულტაციის განევა სამსახურის მოძებნაში დასახმარებლად;
- წყვილთა კონსულტირება;
- რესოციალიზაცია და რეკრეაცია;
- პრობლემის პრევენციის რეპეტიცია;
- ადრეული გაფრთხილების სისტემა (ყოველდღიური „ბედნიერების სკალა“);
- მხარდაჭერი ჯგუფური სესიები;
- „მეგობრული“ პროცედურები, რომლებშიც ერთგებიან აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში მყოფი თანასწორი მრჩეველები (peer advisors);
- წერილობითი კონტრაქტები, რომლებშიც კონსულტანტისა და კლიენტის ვალდებულებებია განწერილი.

*თემის გაძლიერების პროგრამის* მსგავსი მრავალგანზომილებიანი მიდგომა ეფუძნება იმას, რომ მასში აღიარებულია ის საკმაოდ ხელშესახები წნეხი, რომელსაც კლიენტები ნაცნობ სოციალურ თუ სამუშაო გარემოში დაბრუნებისას აწყდებიან. პოზიტიური სოციალური მხარდაჭერის სისტემების გაფართოება და ჯანმრთელობის ხელშემწყობი პირადი რესურსების შექმნა და გაძლიერება ყველა კლიენტისთვის უმთავრესი გამონევა და მნიშვნელოვანი შესაძლებლობაა.

## მულტიკულტურული პერსპექტივა

მულტიკულტურული პერსპექტივა ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის საკითხებზე კონსულტირების კომპეტენტური პრაქტიკის მთავარი კომპონენტია. ამ თვალსაზრისის ხაზგასმის მიზეზი ეფუძნება ამ სფეროში არსებულ რამდენიმე ამჟამინდელ რეალობას, მათ შორისაა – კლიენტების პოპულაციის სულ უფრო მზარდი მრავალფეროვნება, ყველა კლიენტისთვის კონტექსტის მნიშვნელოვნება, ახალი პერსპექტივების გამოჩენის საჭიროება და მოქნილობის საჭიროება.



- *კლიენტების მრავალფეროვანი პოპულაცია*. ადიქციაზე მომუშავე კონსულტანტები მუშაობენ კლიენტების პოპულაციასთან, რომელიც დღითიდღე სულ უფრო მრავალფეროვანი ხდება. რადგან კლიენტები ასე განსხვავებულები არიან, კონსულტანტებს მრავალნაირი სტრატეგია უნდა ჰქონდეთ მომარტვებული. ის, რასაც შედეგი მოაქვს ერთი კლიენტისთვის, ან თუნდაც კლიენტების ჯგუფისთვის, აუცილებლად როდი გამოდგება სხვისთვისაც.
- *კონტექსტის მნიშვნელოვნება*. ყველა კლიენტზე გავლენას ახდენს არა მარტო საკუთარი ადიქცია, არამედ მის გარშემო არსებული სამყაროც. მულტიკულტურული პერსპექტივა ეხმარება კონსულტანტებს, გაიაზრონ, თუ რამდენად დიდ გავლენას ახდენს ყოველ ჩვენგანზე ჩვენი კულტურული კონტექსტი, კონსულტაციის სტრატეგიები უნდა ითვალისწინებდეს იმ გარემოს რეალობას, რომელშიც დაბრუნდება აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში მყოფი კლიენტი. ერთ-ერთი ასეთი რეალობა გახლავთ, რომ ჩავკრა და შევიწროება ფართოდ გავრცელებული მოვლენაა.
- *ახლებური პერსპექტივები*. ადიქციის მკურნალობის ყველაზე ხშირად გამოყენებული მეთოდები თავდაპირველად შემუშავებული იყო კლიენტების ჰომოგენური ჯგუფის საჭიროებების მიხედვით. ახლა კი გვჭირდება ახალი მოდელები, ინოვაციური ტექნიკა და ადრე უცნობი პერსპექტივები.
- *მოწინააღმდეგეობის საჭიროება*. კონსულტანტები უნდა აცნობიერებდნენ, რომ თავიანთი კულტურული წანამძღვრები გავლენას ახდენს მათ მსოფლმხედველობაზე. გარემოს ჩვენეული შეფასება ყოველთვის როდი ემთხვევა სხვების თვალსაზრისს. ყველა ადამიანს აქვს თავისი მრავალფეროვანი კულტურული იდენტობა, რომელიც გავლენას ახდენს ადიქციის რისკ ფაქტორებზე, კლიენტების მიერ მკურნალობის სხვადასხვა მეთოდების მიმღებლობაზე და აღდგენა/გამოჯანმრთელების მათ პერსპექტივაზე. თუ ყურადღებით მოვუსმენთ ჩვენს კლიენტებს, შევძლებთ, მუშაობა მათ სპეციფიკურ მიზნებსა და საჭიროებებს მოვარგოთ.

ბოლო დრომდე ნივთიერებათა ავადმომხმარების მკურნალობის შესახებ ინფორმაციის მთავარი წილი თეთრკანიანი მამაკაცი სუბიექტების შემთხვევებს ეფუძნებოდა. აქედან გამომდინარე, მრავალი განზოგადება, რომელიც მიღებულად ითვლებოდა ნივთიერებათა ავადმომხმარების საკითხებზე კონსულტანტებს შორის, უადრესად შეზღუდული ბუნების იყო. კონსულტანტების უმრავლესობა ახლა უკვე აღიარებს ფაქტს, რომ მათი კლიენტები შეიძლება უკიდურესად განსხვავებული ჯგუფების წარმომადგენლები იყვნენ და მათი მიზნები, საჭიროებები და მათზე მოქმედი სოციალური წნეხი ძალიან განსხვავდებოდას ერთმანეთისგან. ამგვარი წინაპირობის ფონზე, წარმატებული პრაქტიკა მულტიკულტურულ კომპეტენციას მოითხოვს. როგორც სიუ, არედონდო და მაკდავისი (Sue, Arredondo, and McDavis 1992) ამბობენ, ეს მულტიკულტურული კომპეტენციები სამ მთავარ ველად იყოფა. ესენია: კონსულტანტის მიერ საკუთარი შეფასებების, ფასეულობების და მიკერძოებების გაცნობიერება; კონსულტანტის მიერ კულტურულად განსხვავებული კლიენტების მსოფლმხედველობის წვდომა; და კონსულტანტის უნარი, შეიმუშაოს სათანადო ინტერვენციის სტრატეგია და ტექნიკა. მულტიკულტურული პერსპექტივის მოპოვება კონსულტანტებისთვის ის პროცესია, რომელიც მრავალი თვალსაზრისით მთელ მათ ცხოვრებას ცვლის, უბიძგებს მათ, ღრმა ცვლილებები შეიტანონ საკუთარ ძირეულ შეფასებათა სისტემაში და დააკვირდნენ როგორც საკუთარ მსოფლმხედველობას, ასევე მათი კულტურისთვის დამახასიათებელ მიკერძოებულობასაც, რომელიც საკონსულტაციო პრაქტიკის ძირითად მიმართულებებშიც იმალება.

მულტიკულტურულ პერსპექტივას ბევრი რამ აქვს საერთო სოციალური კონტექსტის გათვალისწინებასთან, რომელიც ზემოთ ჩამონათვალში რიგით მეხუთე პრინციპში იყო ხაზგასმული.

როდესაც კონსულტირებასთან დაკავშირებულ ჩვენს ურთიერთობებს მულტი-კულტურის პრინციპში ვუცქერთ, მაშინ საკუთარ თავს და ჩვენს კლიენტებს გარემოს კონტექსტში აღვიქვამთ. კონტექსტის ასეთი გათვალისწინება გვაძლევს შესაძლებლობას, საკუთარ შეხედულებების შიგნით ეფექტიანი გადანაცვლება განვახორციელოთ – თუ აქამდე ჩვენი კლიენტების პრობლემები მხოლოდ ინტრაფსიქიკური ან შიდა ოჯახური ფაქტორებით მიგვაჩნდა გამოწვეული, ახლა აღვიქვამთ, რომ პოლიტიკური, სოციალური და ეკონომიკური ფაქტორებით ასხნა ხშირად უფრო ზუსტია... ჩვენ ვამჩნევთ ზენოლას. (Lewis & Arnold, 1998, გვ. 52)

წნეხის შემცველი გარემო ისეთი გარემოა, რომელშიც რომელიმე ამა თუ იმ ჯგუფის წევრობა პიროვნებას უზღუდავს საშუალებას, ხელი მიუწვდებოდეს იმ უფლებებზე, რესურსებსა და სარგებელზე, რომლებიც ჩვეულებრივ ხელმისაწვდომია უფრო პრივილეგირებული ჯგუფების წევრებისთვის. ამ ტიპის ჩაგვრა დღევანდელ მსოფლიოში ყველგან გვხვდება, შესაბამისად, ალბათ ყველა კონსულტანტი ნააწყდება მათ შედეგებს თავის კლიენტებთან და მოუწევს მათზე მუშაობა. „კულტურული გარემოს გავლენის გააზრებიდან ჩვენი კლიენტების ცხოვრებაში წნეხის როლის შემჩნევამდე სულ მცირე ნაბიჯია“ (Lewis & Arnold, 1998, გვ. 51).

მაგალითად, გვი, ლესბოსელ, ბისექსუალ და ტრანსგენდერ კლიენტებთან მუშაობისას კონსულტანტი მზად უნდა იყოს, რომ ნააწყდება ჰეტეროსექსუალის ფაქტორს, როგორც სტრესის მიზეზს, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ეს წნეხი გამოვლინდება რელიგიური განკიცხვის სახით (Pecoraro, 2000). ქალებთან მუშაობისას კონსულტანტმა უნდა გაითვალისწინოს მაღალი ხარისხის კორელაცია ადიქციასა და სქესობრივი ძალადობის მსხვერპლად ყოფნას შორის. ყურადღება უნდა მიექცეს იმასაც, რომ მკურნალობის პროცესზე გავლენას ახდენს გენდერიც, რადგან ბევრი სამკურნალო საშუალება არ ითვალისწინებს ქალის სპეციფიკურ ჯანმრთელობის პრობლემებს, ბავშვზე ზრუნვის საჭიროებას ან იმ ფაქტს, რომ ძალიან ბევრი ქალი ღარიბი და არასაკმარისად დაზღვეულია.

რასობრივ დისკრიმინაციას და სოციალურ უთანასწორობას, რასაკვირველია, „ფესვი აქვს გადგმული ჩვენი საზოგადოების სოციალურ მოწყობაში“ (Holcomb-McCoy & Mitchell, 2007, გვ. 137) და კონსულტაციის განვიცხას ის არასოდეს უნდა გამოგვრჩეს მხედველობიდან.

ზენოლა კონსულტაციის კონტექსტში აღნიშნავს იმ არასახარბიელო მდგომარეობას და უსამართლობას, რომელსაც ადამიანები განიცდიან – არა იმიტომ, რომ რაღაც ტირანული ფენომენი ძალადობს მათზე, არამედ საზოგადოების ყოველდღიური წესების გამო. ამ მნიშვნელობით გაგებული ჩაგვრა ჩაშენებულია იმ ნორმებში, ჩვევებსა და სიმბოლოებში, რომლებსაც ეჭვქვეშ არავინ აყენებს, ძირეული ინსტიტუციური ნორმების ამოსავალ დებულებებში, და კოლექტიურ შეთანხმებაში, რომ ეს წესები უნდა შესრულდეს. (Holcomb-McCoy & Michell, 2007, გვ. 137)

ცხადია, ეფექტიანი პირისპირ, ოჯახური ან ჯგუფური კონსულტაციის პროცესი დამოკიდებულია კონსულტანტის მზადყოფნაზე, გადაჭრით შეუტეოს რასიზმის თუ ჩაგვრის სხვა პრობლემების გამოვლენას, რომლებიც მისი კლიენტის კეთილდღეობაზე მოქმედებენ. დიდი ხანია, წარსულს ჩაბარდა ის დრო, როცა კლიენტს აიძულებდნენ, მხოლოდ თავის შინაგან თვისებებზე ყოფილიყო ფოკუსირებული.

ზენოლასთან დაკავშირებული საკითხების უშუალოდ კლიენტის მომსახურებაში ინტეგრირების გარდა, კონსულტანტები კარგად უნდა იყვნენ გაცნობიერებულები, თუ რა გავლენა მოახდინა მათი კლიენტების განვითარებაზე სოციალურმა უთანასწორობამ. გამოვარჩევთ ამგვარი უთანასწორობის ორ შემთხვევას, რომელთა ზემოქმედებაც ნივთიერებათა ავადმომხმარებასა და ჯანმრთელობაზე განსაკუთრებით აღსანიშნავია. ესენია ჯანდაცვის უთანასწორობა და არაჯეროვანი მკურნალობა სისხლის სამართლის სისტემაში.

უთანასწორობა ჯანდაცვის ხელმისაწვდომობის კუთხით. თუმცა ადამიანთა უთანასწორობის არსებობა ჯანმრთელობის შედეგების, მათ შორის, სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობის თვალსაზრისით, ყველას კარგად მოეხსენება, მათი განმაპირობებელი ფაქტორების გამო შეუთანხმებლობა მაინც არსებობს. ზოგი ავტორი მიიჩნევს, რომ ამ უთანასწორობაზე პასუხისმგებელი შეიძლება იყოს ის, რომ არსებობს პოპულაციათაშორის განსხვავება იმაში, თუ როგორია ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქცევები და ექიმის დახმარებისთვის მიმართვის ფორმები. მაგრამ წინამდებარე კვლევა, როგორც ჩანს, მიანიშნებს, რომ განუვლი მომსახურების ხარისხი და რაოდენობა მართლაც განსხვავდება პაციენტების რასობრივი და ეთნიკური კუთვნილების ნიშნით. მედიცინის ინსტიტუტის (Institute of Medicine, IOM) კვლევამ საფუძვლიანად დაადასტურა, რაც ჯანდაცვის სპეციალისტებმა უკვე მანამდეც იცოდნენ: არსებობს აშკარა განსხვავება რასობრივი და ეთნიკური უმცირესობების წარმომადგენელთა და თეთრკანიანი პაციენტების მიერ მიღებულ ჯანდაცვის მომსახურებებს შორის.

IOM-ის კვლევითმა კომიტეტმა მიმოიხილა 100-ზე მეტი კვლევა, რომლებიც აფასებდნენ ჯანდაცვის ხარისხს სხვადასხვა რასობრივი და ეთნიკური უმცირესობების ჯგუფებისთვის. ამ დროს კვლევაში მონაწილეთა დაზღვევის სტატუსის, პაციენტის შემოსავლის და საექიმო მომსახურების ხელმისაწვდომობაზე მოქმედი სხვა ფაქტორების ვარიაციები ერთგვაროვანი რჩებოდა. ამ კვლევათაგან ბევრი აგრეთვე აკონტროლებდა სხვა პოტენციურ ამრევ ფაქტორებსაც, როგორებიცაა რასობრივი განსხვავებები დაავადების სიმძიმეში ან დაავადების განვითარების ეტაპები, პარალელურად მიმდინარე დაავადებების არსებობა, მკურნალობის მიღების ადგილი (საჭარო თუ კერძო სავადმყოფოები და ჯანმრთელობის სისტემები) და სხვა დემოგრაფიული განსხვავებები, როგორიცაა პაციენტის ასაკი და გენდერი. ზოგი კვლევა, რომლებიც უფრო მკაცრ კვლევით გეგმებს მისდევდნენ, პაციენტებს პროსპექტულად ადგენდნენ თვალყურს, იყენებდნენ პაციენტების ანკეტებიდან ამოღებულ კლინიკურ მონაცემებს – და არა დაზღვევის მოთხოვნისთვის გამოყენებულ ადმინისტრაციულ მონაცემებს. კვლევითი კომიტეტი გაოგნებული დარჩა კვლევების დასკვნათა ერთგვაროვნებით: ყველაზე საუკეთესოდ კონტროლირებულ კვლევებშიც კი მონაცემთა უდიდესი წილი მიუთითებდა, რომ თეთრკანიან პაციენტებს მეტი შანსი აქვთ, მიიღონ მათთვის საჭირო მომსახურება, მათ შორის – კლინიკურად აუცილებელი პროცედურები, ვიდრე უმცირესობის წარმომადგენლებს. ეს უთანასწორობა არსებობს მრავალ დაავადებასთან მიმართებაში, მათ შორის – კიბოს, გულსისხლძარღვთა დაავადებების, აივ/შიდსის, დიაბეტის, ფსიქიკური დაავადებების შემთხვევაში, და გვხვდება რიგი პროცედურების დროს, მათ შორის, ჩვეულებრივი ჯანმრთელობის პრობლემების რუტინული მკურნალობისას. (Institute of Medicine, 2002, გვ. 2)

ჯანდაცვის უთანასწორო მისაწვდომობის პრობლემა პაციენტის ჯანმრთელობის ყველანაირ კონდიციასა და მკურნალობის პროცესს მსჭვალავს და გამონაკლისი არც ნივთიერებათა ავადმომხმარებაა. ნარკოტიკების ავადმომხმარების ეროვნულ ინსტიტუტს (NIDA) დიდი ძალისხმევა აქვს განუვლი უმცირესობების წარმომადგენელი პოპულაციების უთანასწორო მკურნალობისა და მისი შედეგების პრობლემათა აღმოსაფხვრელად. NIDA-ს ანგარიში ხაზს უსვამს ფაქტს, რომ სტიგმა, რომელიც ზოგადად ნარკოტიკების მომხმარებლებს დალად აზის, რეალურად ძლიერდება აფროამერიკელებისა და ლათინოსებისთვის.

რასული/ეთნიკური უმცირესობის პოპულაციებს ალბათ ყველაზე მძიმედ აწევთ ეს სტიგმა და მისი ეფექტები; ეს კი, თავის მხრივ, იწვევს მცდარ წარმოდგენებს უმცირესობათა თემებში ნარკოტიკების ავადმომხმარების და დამოკიდებულების შესახებ. ... მაგალითად, გავრცელებული შეხედულება გახლავთ, რომ უმცირესობის წარმომადგენლები, განსაკუთრებით შავკანიანები და ლათინოამერიკელები, უფრო ხშირად მოიხმარენ ნარკოტიკებს, ვიდრე თეთრკანიანები – თუნდაც რომ ეპიდემიოლოგიური მონაცემები მოხმარებაში მცირე რასობრივ/ეთნიკურ განსხვავებას გამოავლენდეს. სინამდვილეში, ზოგ შემთხვევაში მოსალოდნელია, რომ უმცირესობათა ჯგუფები უფრო ნაკლებად მოიხმარდნენ კანონიერ თუ არაკანონიერ ნარკოტიკებს. თუმცა რასული/ეთნიკური

უმცირესობებისთვის ნარკოტიკების მოხმარების შედეგები ძალიან განსხვავებულია და წარმოშობს მწვავე საჭიროებას, უკეთ იქნეს გაგებული ამ თემების უნიკალური საჭიროება პრევენციის, მკურნალობის და ჯანმრთელობის დაცვის სერვისების სფეროებში. (National Institute on Drug Abuse, 2004)

**უთანასწორობა სისხლის სამართლის სისტემაში.** ათწლეულების მანძილზე გაგრძელებულმა „ნარკოტიკებთან ომმა“ ძალიან გაზარდა პატიმართა რაოდენობა აშშ-ს ფედერალურ თუ შტატის ციხეებში. *სასჯელის შეფარდების პროექტის* (Sentencing Project) თანახმად,

„ნარკოტიკებთან ომით“ გამოწვეული სასჯელის შეფარდების პოლიტიკის შედეგად მკვეთრად გაიზარდა ნარკოდანაშაულის ბრალდებით დაპატიმრებულთა რიცხვი. ფედერალურ დონეზე, ციხეში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ბრალდებით მოხვედრილების რიცხვი პატიმრების სრული რაოდენობის ნახევარია, ხოლო შტატის ციხეებში 1980 წლიდან ნარკოდანაშავეთა რიცხვი ცამეტჯერ გაიზარდა. ამ პიროვნებების უმრავლესობა არ არის ნარკოტიკებით ვაჭრობის მსხვილი მოთამაშე და მათ უმრავლესობას არ გააჩნია ნასამართლეობა ძალადობრივი დანაშაულისთვის. (Sentencing Project, 2009)

საჯარო პოლიტიკაში რაღაც ცვლილებები მნიშვნელოვანია. ერთ-ერთი სახელმწიფო ოფიციალური პირი, თეთრი სახლის ნარკოტიკებთან ბრძოლის დეპარტამენტის უფროსი, გილ კერლიკოვსკი (Drug Czar Gil Kerlikowske) აცხადებს, რომ კონცეფცია „ომი ნარკოტიკების წინააღმდეგ“ უნდა შეიცვალოს. „რაც არ უნდა ვცადოთ, აუხსნათ ხალხს, რომ ეს ომი 'ნარკოტიკების წინააღმდეგაა' ან 'შედეგების წინააღმდეგაა', ხალხი ყველა ომს აღიქვამს, როგორც ომს მათ წინააღმდეგ“, თქვა მან, „ჩვენ არ ველოებით ამ ქვეყნის მცხოვრებლებს“ (Fields, 2009, გვ. A3). იმის გათვალისწინებით, თუ რა გავლენა მოახდინა „ომმა ნარკოტიკების წინააღმდეგ“ ფერადკანიანთა თემებში, ცხადი გახდა, რა უკიდურესად საჭიროა ახალი აქცენტის დასმა იმაზე, რომ ნარკოპრობლემები უნდა მოგვარდეს ჯანდაცვის სისტემის და არა სისხლის სამართლის სისტემის მიერ. ნარკოპოლიტიკის ალიანსის (Drug Policy Alliance 2002) მიხედვით,

- თუმცა შეერთებულ შტატებში აფროამერიკელები შეადგენენ ნარკოტიკების ყოველთვიურად მომხმარებელთა 13 %-ს, ისინი წარმოადგენენ ნარკოტიკების შენახვისთვის დაკავებულთა 35 %-ს, ბრალდებულთა 55 %-ს და ნარკოტიკების შენახვისთვის პატიმრობამისტილთა 74 %-ს;
- 1986 წელს ამოქმედებული ფედერალური კანონმდებლობით, კრეკ კოკაინი და კოკაინის ფხვნილი დაახლოებით 1/100 შეფარდებით იწვევს თანაბარ სავალდებულო მინიმალურ განაჩენს. 1995 წელს, თუმცა ამერიკელ კრეკ კოკაინის მომხმარებელთა 52% იყო თეთრკანიანი და 38% - აფროამერიკელი, კრეკთან დაკავშირებული სამართალდარღვევების გამო მისტილთა 88% შავკანიანები იყვნენ, თეთრები კი – მხოლოდ 4,1%.
- თითქმის 1,4 მილიონ აფროამერიკელ მამაკაცს, ანუ ზრდასრული შავკანიანი მამრი მოსახლეობის 14%-ს, ჩამორთმეული აქვს სამოქალაქო უფლებები, როგორც მსჯავრდებულებს სისხლის სამართლის დანაშაულის გამო. შეერთებულ შტატებში სამოქალაქო უფლებაჩამორთმეული მამრი მოსახლეობის 36% შავკანიანები არიან.

ამ ტიპის სტატისტიკა ცხადს ხდის, რომ „მულტიკულტურული პერსპექტივა“ საკმაოდ სცდება კულტურების მრავალფეროვნებაში ჩახედულობას, რაც არ უნდა მნიშვნელოვანი იყოს ესეც, და კლიენტების ცხოვრებაში წნეხის როლის გააზრებასაც გულისხმობს. „მას მერე, რაც დავიწყებთ სისტემური წნეხის შემჩნევას, აქედან უკვე ერთი პატარა ნაბიჯიღა რჩება იქამდე, რომ ვალიდაროთ საკუთარი პასუხისმგებლობა



სოციალურ ქმედებაზე“ (Lewis & Arnold, 1998, გვ. 51). ნივთიერებათა ავადმომხმარებლობაზე კონსულტაციის განწვევის ახალი პარადიგმა კონსულტანტის პროფესიულ ცხოვრებაში უშუალოდ მომსახურების კომპონენტს ადვოკატის როლსაც ამატებს.

### აღვნიშნული

ყველა ადამიანზე უდიდეს გავლენას ახდენს მისი სოციალური კონტექსტი, მაგრამ კლიენტებზე, რომლებიც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სიძნელეებს ებრძვიან, ხშირად ზემოქმედებს გარემოდან მომდინარე იმგვარი სტრესორები, რომელიც ბევრად აჭარბებს ნორმას. უპირველესად, მათი ნარკოტიკების მოხმარების ჩვევები წარმოშობილია ისეთ პირობებში, რომელიც ხელს უწყობდა ამ ტიპის ექსპერიმენტებს ან, სულ ცოტა, ვერ იცავდა კლიენტს ჯანმრთელობის ამ პრობლემისგან. მეორეც, პრობლემის წარმოშობის მერე, ისინი ხდებოდნენ იმ სტიგმის მატარებლები, რომელსაც საზოგადოება ხშირად ადებს ნარკოტიკების მოხმარებლებს. მე-სამეც, მათი მცდელობები, ამ სიძნელეების დასაღწევად დახმარება მიიღონ, დაბრკოლებებს აწყდებიან, რადგან დახმარება, რომელიც მათ ამ ეტაპზე სჭირდებათ, კომპლექსური და მრავალსახოვანია. სიძნელეები, რომლებიც ხვდებათ მათ უშუალო გარემოცვაში – ოჯახებში, სკოლებში და თემებში – კიდევ უფრო ფართო სოციალურ, კულტურულ, ეკონომიკურ და პოლიტიკურ ატმოსფეროშიც არსებობს. ამ უფრო ვრცელ ასპარეზზე ისინი შესაძლოა გახდნენ წნეხის ობიექტები და მათზე დანამდვილებით მოახდენს გავლენას საზოგადოებრივი პოლიტიკა, რომელიც ეფუძნება ნეგატიურ წამოდგენას ნივთიერებების ავადმომხმარებელთა ცხოვრებაზე, იმის ნაცვლად, რომ ეყრდნობოდეს მათში ცვლილების პოტენციალის დანახვის პოზიტიურ თვალთახედვას.

იმის გამო, რომ კლიენტები შესაძლოა ყოველთვის წარმატებით ვერ არ-თმევდნენ თავს მანკიერ გარემოში ლავირებას, კონსულტანტები ხშირად მიიჩნევენ, რომ საჭიროა ადვოკატობა გაუწიონ თავიანთ კლიენტებს ანუ დაიცვან მათი ინტერესები. ადვოკატობის პრაქტიკა შეიძლება ვარიანდებს ერთი კლიენტისთვის საჭირო დახმარების განწვევიდან – საზოგადოებრივ პოლიტიკაში ცვლილებების ხელშეწყობამდე, რაც ყველაზე მოახდენდა გავლენას. ამერიკული საკონსულტაციო ასოციაციის (ACA) ადვოკატობის კომპეტენციები (American Counseling Association's (ACA) Advocacy Competencies, Lewis et al., 2002) გამოარჩევს სამ სფეროს, რომელშიც შეიძლება ადვოკატობა განხორციელდეს: ინდივიდუალური, სასწავლებელი ან თემი და უფრო ვრცელი საზოგადოებრივი ასპარეზი. ინდივიდუალურ დონეზე ადვოკატობა შეიძლება გულისხმობდეს კლიენტთან ერთად მუშაობას გამაძლიერებელი მეთოდებით ან კლიენტის *სარგომ* მოქმედებას, რაც გულისხმობს: მომსახურების სისტემებთან მოლაპარაკებას; კლიენტის დახმარებას რესურსებზე წვდომის მოპოვებაში; კლიენტის კეთილდღეობის დამაბრკოლებელი ბარიერების განსაზღვრას; და ცვლილების გეგმის შემუშავებას და განხორციელებას. სასწავლებლის ან თემის დონეზე კონსულტანტი შეიძლება გაერთიანდეს ჯგუფებთან, რომლებიც მუშაობენ ცვლილებების მოსახდენად ან თავად გაუძღვეს სხვებს თემში საჭირო ცვლილებებისკენ. უფრო ფართო საზოგადოებრივ ასპარეზზე კონსულტანტმა შეიძლება თავისი გამოცდილება მოახმაროს საზოგადოებაში სასარგებლო ინფორმაციის გავრცელებას. თუმცა ზოგჯერ კონსულტანტი შეიძლება მიხვდეს, რომ ადვოკატობა სწორედ მან უნდა გასწიოს. ACA-ის კომპეტენციები ამ არეში გახლავთ შემდეგი:

ფართო საჯარო ასპარეზზე საზოგადოებრივ პოლიტიკაზე გავლენის მოსახდენად ადვოკატობაზე ორიენტირებულ კონსულტანტებს შეუძლიათ

- გამოარჩიონ პრობლემები, რომელთა გადაჭრაც სოციალური/პოლიტიკური ქმედებებით ჯობს;
- განსაზღვრონ სათანადო მექანიზმები და გზები ამ პრობლემების მოსაგვარებლად;
- მოძებნონ და გაერთიანდნენ პოტენციურ მოკავშირეებთან;
- დაეხმარონ ცვლილებაზე მომუშავე არსებულ გაერთიანებებს;

- მოკავშირეებთან ერთად შეკრიბონ ცვლილებისთვის საჭირო დამატებელი მონაცემები და მოამზადონ რაციონალური საფუძვლები;
- მოკავშირეებთან ერთად ლობირება გასწიონ კანონმდებლებსა და სხვა პოლიტიკის განმსაზღვრელებთან;
- განაგრძონ ღია დიალოგი თემის წარმომადგენლებსა და კლიენტებთან, რათა დარწმუნებული იყვნენ, რომ სოციალურ/პოლიტიკურ დონეზე ინტერესების დაცვა შეესაბამება თავდაპირველ მიზნებს.

უფრო ვრცელ საჭარო ასპარეზზე უამრავი გამოწვევაა ადვოკატობისთვის. რიგი პოლიტიკური საკითხებისა მოითხოვს ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის საკითხებში ჩახედული სპეციალისტების მიერ ადვოკატობას. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ბევრი კონსულტანტი აქტიურად ცდილობს, ხელი შეუწყოს პოლიტიკას, რომელიც წაახალისებდა ზიანის შემცირების ძალისხმევას, როგორცაა, ვთქვათ, შპრიცების გაცვლის პროგრამები; მხარს უჭერს მცდელობებს, ნარკოტიკებთან დაკავშირებით პირველადი დაკავებისას კანონდამრღვევებს დაპატიმრების ნაცვლად მკურნალობის შესაძლებლობა მიეცეს; და იბრძვის ისეთი კანონების გასაუქმებლად, რომლებიც უსამართლოდ იღებს მიზანში უმცირესობათა წარმომადგენლებს, მათ შორის, განსხვავებულ სასჯელს აკისრებს კოკაინის ფხვნილის თუ კრეკის შენახვისთვის. მომავალში გამოჩნდება დამატებითი გარემოებითი გამოწვევები, რომელთა მოგვარებაც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის კონსულტანტებისგან ადვოკატურულ კომპეტენციებს მოითხოვს.

## კონსულტანტის როლი და საშუაო გარემო

ყველა იმ პრინციპისთვის, რომლებზეც ახლახანს ვმსჯელობდით, საერთო მახასიათებელია ფოკუსირება ინდივიდუალიზებულ, მრავალგანზომილებიან და კულტურული თვალსაზრისით კომპეტენტურ პრაქტიკაზე. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლებზე კონსულტირება, რომელიც ამ პრინციპებს მისდევს, როგორც წესი, ორიენტირებულია პიროვნების გაძლიერებაზე და ზეგავლენის მომხდენ გარე ფაქტორებზე მუშაობაზე.

იოლად შესამჩნევია, რომ ჩვენ მიერ შემოთავაზებული მიდგომა ვერ შემოიფარგლება რომელიმე ერთი გარემოთი ან საკონსულტაციო სპეციალობით. სინამდვილეში, ყოველი კლიენტის კონკრეტულ საჭიროებებზე მუშაობა მოითხოვს რიგ ალტერნატიულ გარემოებებში ოპერირებას და მკურნალობის სხვადასხვა ფორმების გამოყენებას. თუ ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის მოხმარება განიხილება, როგორც კლიენტის ქცევების და მახასიათებლების უნიკალური კრებულის ერთი რომელიღაც ასპექტი, ეს კონსულტანტის როლს ორ მთავარ მოთხოვნას წაუყენებს. პირველი გახლავთ ის, რომ ფართო სპექტრის საკითხების კონსულტანტებისგან უნდა მოველოდეთ, რომ ისინი ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის შემთხვევებს მოეკიდებიან რუტინულად, ისევე, როგორც მოეკიდებოდნენ მათი კლიენტების კეთილდღეობაზე ზემოქმედების მქონე ნებისმიერ სხვა ქცევით თუ ჯანმრთელობის პრობლემებს. მეორე, ადიქციის სპეციალისტებს შეგნებული უნდა ჰქონდეთ საკუთარი პასუხისმგებლობა იმ ფსიქოლოგიურ, სოციალურ და პროფესიულ პრობლემებთან გამკლავების საქმეში, რომლებიც შეიძლება უკავშირდებოდეს ნარკოტიკების მოხმარებას. მათ არ უნდა ჩათვალონ, რომ დასაშვებია, მათი შეფასება და ინტერვენცია მხოლოდ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიღების ქცევებით შემოიფარგლებოდეს.

სამუშაო გარემო არსებით გავლენას ახდენს კონსულტანტის წინაშე მდგარ პრობლემებზე და როლებზე, რომელთა შესრულებაც ყოველდღიურად უწევთ. ამ ნაწილში განვიხილავთ თემში არსებულ ზოგადი პროფილის დანესებულებებს და სხვადასხვა სახის სპეციალიზებულ დანესებულებებს, რომლებიც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პროფილით მუშაობენ.

## ზოგადი პროფილის სათემო დანახაბულებები

ჯანმრთელობის დაცვის ცენტრებში, სათემო სააგენტოებში და სასწავლო დაწესებულებებში მომუშავე კონსულტანტები უდიდეს როლს თამაშობენ თავიანთ კლიენტებში ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ამოცნობასა და მასთან ბრძოლაში. ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემის მქონე კლიენტის ჯეროვანი ამოცნობა და გადამისამართება შეიძლება იყოს სწორედ ის, რაც რეალური პრობლემის დროულად მიხედვას განასხვავებს იმ ფუჭი, მრავალსაათიანი თერაპიისგან, რომელიც ვერ ახერხებს მთავარი საზრუნავის მოგვარებას.

*ნაციონალური ხარისხის ფორუმის (National Quality Forum, 2005) მოწვეულ* ექსპერტთა ჯგუფმა გადახედა მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ სამკურნალო მიდგომებს, რომლებიც ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი გამომწვეული აშლილობის მქონე კლიენტებთან გამოიყენებოდა და შეიმუშავა რეკომენდაცია, რომ მკურნალობა უნდა მიმდინარეობდეს კონტინუუმში, რომელიც მოიცავს: (ა) სკრინინგს, დიაგნოსტიკას და შეფასებას; (ბ) აქტიურ მკურნალობას; და (გ) ხანგრძლივ ქრონიკულ ზრუნვას. ფორუმმა ყურადღება გაამახვილა სკრინინგსა და ხანმოკლე ინტერვენციებზე ჯანდაცვის დაწესებულებებში და დადო რეკომენდაცია, რომ „ყველა პაციენტი ზოგადი პროფილის და ფსიქიკური ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულებებში... შემოწმდეს ალკოჰოლის არასწორად მოხმარებაზე, როცა კი ამის შესაძლებლობა იქნება“ და რომ „ყველა პაციენტი, ვისაც სკრინინგის პასუხი დადებითი ექნება, უნდა ჩაუტარდეს ხანმოკლე ინტერვენცია ამ ტექნიკაში განაფული ჯანდაცვის პრაქტიკოსის მიერ“ (გვ. viii). რიგმა კვლევებმა აჩვენა სკრინინგისა და ხანმოკლე ინტერვენციების ეფექტიანობა, განსაკუთრებით – ალკოჰოლის ავადმომხმარებელი პაციენტებისთვის (Maisto et al., 2001; Miller, 2000). ხანმოკლე ინტერვენციების ჩატარება აგრეთვე ჩვეულებრივი მოვლენა ხდება სხვა სახის ზოგადი პროფილის დაწესებულებებში, მაგალითად, განათლების (Burke, Da Silva, Vaughan, & Knight, 2005; Monti, Colby, & O’Leary, 2004; Mun, White, & Morgan, 2009) და სისხლის სამართლის სისტემაში (Ginsburg, Mann, Rotgers, & Weekes, 2002).

ამგვარად, კონსულტანტებმა, რომლებიც ისეთ განსხვავებულ ასპარეზებზე მუშაობენ, როგორებიცაა ჯანდაცვა, სოციალური სამსახურები, განათლება და სისხლის სამართალი, უმნიშვნელოვანესი როლი უნდა შეასრულონ არა მხოლოდ კლიენტების გადამისამართებით სპეციალიზებული მკურნალობისთვის, არამედ ადგილზე, საკუთარი ძალებით ხანმოკლე მომსახურების განწვეთაც. რადგან სერიოზულად დაშავებულ კლიენტთა უმრავლესობას სპეციალიზებული მკურნალობა მაინც ესაჭიროება, „გონივრული და ამავე დროს პრაქტიკულია, რომ არასპეციალისტებმა შესთავაზონ ზოგადი ხასიათის ხანმოკლე ინტერვენცია“ (Institute of Medicine, 1990, გვ. 37).

როგორც ალკოჰოლის, ასევე ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის შემთხვევაში, კლიენტის სამკურნალო საჭიროებების თაობაზე პირველადი გადაწყვეტილება მიიღება არა ნივთიერებათა ავადმომხმარებელზე სპეციალიზებულ დაწესებულებებში, არამედ სათემო სააგენტოებში, რომელთაც კლიენტებიც ზოგად პოპულაციიდან არიან. კონსულტანტებს, რომლებიც თავს მიიჩნევენ ზოგად სპეციალისტებად და არა ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ვიწრო სპეციალისტებად, უდიდესი პასუხისმგებლობა აწევთ როგორც თავდაპირველი დიაგნოზის დასმის, ასევე კლიენტებისთვის ყველაზე უფრო შესაფერისი სამკურნალო სტრატეგიის შერჩევის საქმეში.

## ნივთიერებათა ავადმომხმარებელზე სპეციალიზებული დანახაბულებები

ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის კონსულტანტები მუშაობენ სხვადასხვა დაწესებულებაში, რომელთაგან თითოეული მიმართულია კლიენტის რომელიმე კონკრეტულ საჭიროებაზე. იქ შეთავაზებული ზრუნვის ხარისხზე სხვადასხვა სახის

პრეტენზიების გამოთქმა შესაძლებელი. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელზე მიმართულ ყველაზე გავრცელებულ დანესებულებათა შორისაა დეტოქსიკაციის ცენტრები, სტაციონარულ პაციენტთა რეაბილიტაციის ცენტრები, თერაპიული საზოგადოებები, მეთადონის პროგრამები, ამბულატორიული საკონსულტაციო დანესებულებები და თანამშრომელთა დახმარების პროგრამები.

**დეტოქსიკაციის ცენტრები.** დეტოქსიკაცია მოკლევადიანი მკურნალობაა. მისი მიზანია უზრუნველყოს, რომ კლიენტისთვის უსაფრთხო იყოს იმ ნივთიერებისთვის თავის დანება, რომელზეც დამოკიდებულება ჩამოუყალიბდა. იმის მიუხედავად, ავადმომხმარებელი ნივთიერება ალკოჰოლია თუ სხვა ნარკოტიკი, აბსტინენციის თავდაპირველი პერიოდი შეიძლება ძალიან დიდი დისკომფორტის მომტანი იყოს და შეიძლება, ზოგს სამედიცინო ჩარევაც დასჭირდეს.

მიუხედავად იმისა, რომ დეტოქსიკაცია ფიზიოლოგიური ფენომენია, რომლის დროსაც პიროვნების ორგანიზმი თავისუფლდება ავადმომხმარებელი ნივთიერებისგან, მას ახლავს ფსიქოლოგიური და სოციალური შედეგებიც, რომლებთან გამკლავებაც კონსულტანტისგან დიდ ძალისხმევას მოითხოვს. დეტოქსიკაციის ცენტრებში კონსულტანტის მნიშვნელოვან მოვალეობებში შედის:

- კლიენტთან მუშაობა შესაფერისი მკურნალობის გეგმის შესამუშავებლად;
- კლიენტის დაკავშირება სათანადო სააგენტოს და თემის რესურსებთან;
- კლიენტის პროგრესზე დაკვირვება და საჭიროებისამებრ გადამისამართება სამედიცინო დახმარების მისაღებად;
- კლიენტისთვის პერსონალური/ემოციური მხარდაჭერის შეთავაზება;
- კლიენტის და მის ოჯახის წახალისება, დეტოქსიკაციის კრიზისი გამოიყენონ, როგორც ცვლილების შესაძლებლობა;
- კლიენტის საჭიროებისა და პოტენციალის შეფასება შემდგომი მკურნალობის მიზნით.

აღბათ, დეტოქსიკაციის ცენტრებში მომუშავე კონსულტანტებისთვის უმთავრესი კითხვაა, თუ რომელ კლიენტებს დასჭირდებათ დეტოქსიკაცია ისეთი მკაცრი მეთვალყურეობით, რამდენის საშუალებასაც ეს დანესებულებები იძლევა. დეტოქსიკაციის ცენტრები შეიძლება იყოს სამედიცინო მიმართულების, სადაც მეთვალყურეობას/სუპერვიზიას სამედიცინო თვალსაზრისით მომზადებული პერსონალი ახორციელებს, ხშირად საავადმყოფოს პირობებში. ამ ცენტრებში ექიმებს შეუძლიათ, ყოველდღიურად უზრუნველყონ კლიენტი მედიკამენტებით და ასე გაზარდონ მისი უსაფრთხოება და კომფორტი. ამის საპირისპიროდ, არასამედიცინო, ანუ სოციალური დეტოქსიკაციის ცენტრები კონსულტაციებს, დახმარებას და მეთვალყურეობას კლიენტებს საავადმყოფოს გარეთ სთავაზობს. ასეთი მომსახურებისას სამედიცინო პერსონალიც მზად იქნება დასახმარებლად, მაგრამ ბევრი სოციალური დეტოქსიკაციის ცენტრი თავს არიდებს მედიკამენტების დანიშნვას და აღკვეთის არაფარმაცოლოგიურ მეთოდს იყენებენ.

ანუ კლიენტებს შეუძლიათ, აირჩიონ დეტოქსიკაციის სულ ცოტა, სამი სახიდან ერთ-ერთი: დარჩნენ შინ, მიმართონ არასამედიცინო დეტოქსიკაციის ცენტრს ან სამედიცინო დანესებულებაში იმკურნალონ. გადანყვეტილების მიღებისას მათ უნდა გაითვალისწინონ რიგი გარემოებები, მათ შორის – თავიანთი სახლის სიტუაციის სტაბილურობა და მათთვის ხელმისაწვდომი პერსონალური თუ სოციალური მხარდაჭერა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მათი ფიზიკური მდგომარეობის სიმძიმის საკითხი და აღბათობა, რომ აღკვეთა ჯანმრთელობისთვის სერიოზულ საფრთხეს შექმნის. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი ბევრი კლიენტი განურჩევლად თავსდება სტაციონარულ დეტოქსიკაციის პროგრამაში, დამატებითი მკურნალობის დანიშნვამდე. სინამდვილეში, მეთვალყურეობის ქვეშ დეტოქსიკაცია სჭირდება



მხოლოდ მათ, ვისაც ნარკოტიკზე ფიზიკური დამოკიდებულება აღენიშნება. და ამ კლიენტებსაც კი, თუ მათი მდგომარეობა სამედიცინო თვალსაზრისით სტაბილურია, შესაძლოა არასამედიცინო გარემოში ჩაუტარდეთ ეფექტიანი მკურნალობა. ამგვარად, პრინციპი, რომ მკურნალობა უნდა იყოს შეძლებისდაგვარად ნაკლებად თავსმოხვეული, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ხდება, როცა ვმსჯელობთ დეტოქსიკაციის როლზე კლიენტზე ზრუნვის ზოგად კონტინუუმში.

ამ არეალში მომუშავე კონსულტანტებისთვის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი საკითხი გახლავთ ინდივიდუალური ზრუნვა. დეტოქსიკაცია ვერასოდეს იქნება მკურნალობის და გამოჯანმრთელების გზაზე გადადგმულ პირველ ნაბიჯზე მეტი. კლიენტებთან ამ ეტაპზე მომუშავე კონსულტანტმა სრული შეფასება უნდა მოახდინოს და შეიმუშაოს ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმა, რომელშიც ასახული იქნება როგორც გრძელვადიანი, ასევე მოკლევადიანი მიზნები.

**ჩეხილენდული სარეაბილიტაციო პროგრამები.** დეტოქსიკაციის მსგავსად, რეაბილიტაციის პროგრამები შეიძლება განხორციელდეს ან საავადმყოფოებში, ან არასამედიცინო გარემოში. ფაქტობრივად, მკურნალობის ალტერნატივათა რიცხვი იზრდება, რადგან მისი მომწოდებლები სხვადასხვა ექსპერიმენტულ მეთოდებს ცდიან, როგორცაა ნაწილობრივ ჰოსპიტალიზაცია (პაციენტისთვის სრული სარეაბილიტაციო პროგრამის შეთავაზება დღის განმავლობაში, ღამის გასათევად კი მისი შინ გაშვება) და საავადმყოფოში დარჩენის სხვადასხვა ხანგრძლივობა. თუმცა, საბოლოო ჯამში სარეაბილიტაციო პროგრამებს, როგორც წესი, ბევრი რამ აქვთ საერთო. იმის მიუხედავად, ამ საშუალებას მიმართავს ზოგადი პროფილის საავადმყოფო, ცალკეული სამედიცინო სამკურნალო განყოფილება თუ სოციალური დაწესებულება, თავდაპირველი აქცენტი, როგორც წესი, ისმება უფრო ფსიქოლოგიურ, ვიდრე ფიზიოლოგიურ ფაქტორზე, და უფრო განათლებაზე, ვიდრე მედიცინაზე.

სარეაბილიტაციო პროგრამის მთავარი მიზანია, დაეხმაროს ადამიანებს, ჩანდნენ საკუთარ პრობლემებს, და მოამზადოს ისინი აღდგენა/გამოჯანმრთელების ხანგრძლივი პროცესისთვის. იდეალურ შემთხვევაში, სარეაბილიტაციო გარემოში გატარებული დრო კლიენტს უნდა აძლევდეს შესაძლებლობას, ჩამოაყალიბოს პერსონალური აღდგენა/გამოჯანმრთელების მიზნები, ისწავლოს რეციდივის ასარიდებელი ხერხები, მოემზადოს თემში რესოციალიზაციისთვის და დაგეგმოს და განახორციელოს აბსტინენციური ცხოვრების ნირი. ამგვარი პროგრამების მიზნებში შედის კლიენტისთვის სოციალური ფორმატის სწავლების შეთავაზება ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული საკუთარი ქცევების გასააზრებლად, მოხმარებით გამოწვეული საკუთარი პრობლემების შესაფასებლად, მოხმარების ნაწამდღვრების განსასაზღვრად; ასწავლის, რა ხერხით შეინარჩუნონ აბსტინენცია, გააძლიერონ იგი, და ასწავლის რეციდივის მართვას.

სამწუხაროდ, ზოგი სარეაბილიტაციო პროგრამა ამგვარ ყურადღებას არ აქცევს ინდივიდუალურ შეფასებას, ხერხების სწავლებას და რეციდივის პრევენციას. ძალიან ხშირად, სტაციონარულ პაციენტებს აიძულებენ, ჩაერთონ წინასწარ განსაზღვრულ და ყველასთვის ერთგვაროვან ქმედებებში, რომლებიც შეიძლება საერთოდაც არაფრით უკავშირდებოდნენ მათ უნიკალურ პირად საჭიროებებს. ასეთი პროგრამები განსაკუთრებით პრობლემურია, როცა ისინი ფოკუსირებულია მხოლოდ დიდაქტიკურ მეთოდებზე და მიიჩნევენ, რომ თუ კლიენტები „განათლებიან“ საკუთარი დაავადების შესახებ, ამას რეაბილიტაცია თავისთავად მოჰყვება. სინამდვილეში კი კლიენტებს სჭირდებათ მეტი, ვიდრე ეს მათთვის აბსტინენციის იდეის მიყიდვაა. ამას გარდა, მათ სჭირდებათ დახმარება იმ უნარებისა და რესურსების განსავითარებლად, რომლებსაც შეუძლიათ, გაზარდონ მათი კონტროლი საკუთარ ცხოვრებაზე. მათ სჭირდებათ, იცოდნენ არა მხოლოდ ის, თუ რატომ არის აბსტინენცია სასურველი, არამედ ისიც, თუ როგორ შეიძლება მისი მიღწევა.

კიდევ ერთი საჭირობოროტო საკითხი ნებისმიერი სტაციონარული გარემოსთვის – ეს მისი შესაფერისობის საკითხია ინდივიდუალური კლიენტისთვის. ზოგადად, ამბულატორიული მკურნალობა ან ნაწილობრივ ჰოსპიტალიზაცია სჭობს სრულ ჰოსპიტალიზაციას, რადგან ამგვარად კლიენტებს ეძლევათ შესაძლებლობა, რეალურ საყოფაცხოვრებო გარემოში მოსინჯონ ის, რაც ისწავლეს. იმ კლიენტებმა, რომლებიც კვირების განმავლობაში იყვნენ იზოლირებული სამსახურისგან, ოჯახისგან და სოციალური კავშირებისგან, შეიძლება სწორად ვერ შეაფასონ საკუთარი მდგომარეობის გაუმჯობესება და გამკლავების უნარები. თუ კლიენტი სოციალურად სტაბილური, ფიზიკურად ჯანმრთელი და საკმარისად მოტივირებულია, მაშინ მის ჰოსპიტალიზაციას უნდა ვერიდოთ, ხოლო თუ პიროვნებას მართლაც სჭირდება სტაციონარული მკურნალობა, მაშინ ყველა ღონე უნდა ვიხმაროთ მისთვის თემში დაბრუნების პროცესის გასაადვილებლად.

**თერაპიული საზოგადოებები.** შედარებით ხანმოკლე სტაციონარული სარეაბილიტაციო პროგრამებისგან განსხვავებით, რომელიც ალკოჰოლიზმის მკურნალობიდან მომდინარეობს, თერაპიულმა საზოგადოებებმა ფართო გავრცელება ჰპოვა, როგორც ნარკოტიკების ავადმყოფმარების წინააღმდეგ, განსაკუთრებით – ოპიატების ადიქციის წინააღმდეგ ინტერვენციის საშუალებამ. თუმცა ადრეული თერაპიული საზოგადოებები აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში მყოფი ყოფილი წამალდამოკიდებული ადამიანებისგან შედგებოდა, წლების მერე მათ საქმიანობაში სულ უფრო მეტი პროფესიონალი კონსულტანტი ჩაერთო. თუმცა, მის უმთავრეს ფასეულობად, მაინც ურთიერთდახმარება რჩება.

თერაპიული საზოგადოების განვითარების კვლად ჩამოყალიბდა აზრი, რომ მის წევრებს ძალიან დიდხანს – მთელი წლით ან უფრო მეტ ხანს უნდა ეცხოვრათ ამ იზოლირებულ გარემოში. ამ მოდელის ეფექტურობა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენად აქვს თითოეულ ინდივიდს შეგნებული თავისი ვალდებულება მთელი საზოგადოების წინაშე.

კოენი (Cohen, 1985) ჩამოთვლის 12 მახასიათებელს, რომლებიც, როგორც წესი, საერთოა თერაპიული საზოგადოებებისთვის. ესენია: (ა) საზოგადოებაში მიღების რთული პოლიტიკა, (ბ) ქარიზმატული ლიდერები, (გ) აქცენტის დასმა პერსონალურ პასუხისმგებლობაზე, (დ) ორმხრივი ურთიერთდახმარება, (ე) თვითშეფასება და აღმსარებლობა, (ვ) სტრუქტურის და დისციპლინის არსებობა, (ზ) დაჯილდოების და დასჯის სისტემის არსებობა, (თ) დიდი ოჯახის სტატუსი, (ი) სოციუმისგან გაცალკევება, (კ) საშტატო პერსონალი, რომლებიც არ მიიჩნევიან ავტორიტეტებად, (ლ) ისეთი მხასიათებლების წახალისება, როგორიცაა არაძალადობა და პატიოსნება, და (მ) აქცენტის დასმა მუშაობაზე.

თერაპიულ საზოგადოებებთან დაკავშირებული შემფოთების მიზნები ნაწილობრივ ეს მახასიათებლებიც გახლავთ. ამ მოდელის ნაკლი მდგომარეობს იმაში, რომ მისი არსობრივი ფასეულობებია სოციუმისგან გამოცალკევება, ხანგრძლივი იზოლაცია და დაძალება, რომ წევრი კოლექტიურ ერთობას ემორჩილებოდეს. მაშინ, როცა სხვა სამკურნალო გარემოში ეფექტიანობის უმთავრეს ფაქტორად რჩება ინდივიდუალური კლიენტისთვის შესაფერისი მდგომარეობის შერჩევა.

**მეთადონით ჩანაცვლებაში პროგრამები.** ჰეროინზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ მეთადონის გამოყენება დოულმა და ნისვანდერმა (Dole and Nyswander, 1965) დაიწყეს 1960-იან წლებში, ნიუ-იორკში. ამ სინთეტიკური ოპიატის გამოყენება მიზნად ისახავდა პაციენტის რეაბილიტაციას, ნაცვლად აბსტინენციისა – რათა ადამიანებს, თუ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულებას თავს ვერ დააღწევდნენ, პროდუქტიული ცხოვრება მაინც ჰქონოდათ.

მეთადონით ჩანაცვლების, როგორც მკურნალობის სახეობის, მნიშვნელობა განსაკუთრებით გაიზარდა უკანასკნელ ათწლეულებში, ნაწილობრივ მაინც იმ მი-

გზით, რომ ის განიხილება ხერხად, კლიენტს ჩამოსცილდეს იმ ცხოვრების ნირის საშიშროებები და არასტაბილურობა, რომელიც უკანონო ნარკოტიკის მოპოვებასა და გამოყენებასთან არის დაკავშირებული. იდეალურ შემთხვევაში, მეთადონი „ათავისუფლებს კლიენტს უკანონო ჰეროინის მოპოვების წნეხისგან, ინექციის საშიშროებებისგან და ემოციურ უკიდურესობებს შორის რყევისგან, რასაც ოპი-ატების უმრავლესობა წარმოშობს“ (Polich, et al., 1984, გვ. 95). ამგვარად, მისი გამოყენება შესაძლებელს ხდის გარკვეული დონის ფიზიკური, სოციალური თუ ემოციური სტაბილურობის მოპოვებას, რაც ვერ მოხერხდებოდა, ჰეროინის მოხ-მარება რომ გაგრძელდებოდა. ამ სტაბილურობას კიდევ უფრო უწყობს ხელს ის ფაქტი, რომ მეთადონის მოქმედება ჰეროინისაზე უფრო დიდხანს გრძელდება და ეს შესაძლებელს ხდის, თითოეული დოზა კლინიკური მეთვალყურეობის ქვეშ იქნეს მიღებული.

წლების განმავლობაში წამოიჭრებოდა კითხვები არა იმდენად მეთადონის გამოყენების მართებულობაზე, არამედ კონტექსტზე, რომელშიც იგი გამოიყენებოდა. თავდაპირველად ბევრი დაწესებულება მეთადონით ჩანაცვლებას ერთგვარ ვაკუუმში ახდენდა, ისე, რომ არანაირი სხვა მკურნალობა აუცილებლად არ მიიჩნეოდა. ახლა კი აღიარებულია, რომ საჭიროა, ეს მეთოდი ჩაისვას მკურნალობის გეგმის კონტექსტში, რომელშიც ჩართული იქნება კონსულტაციები და რეაბილიტაციის მიღწევის სხვა მცდელობები. აღიარებული იქნა ისიც, რომ მეტი ყურადღება უნდა მიექცეს საკითხს: მეთადონით ჩანაცვლება პრობლემის მოკლევადიანი გადაწყვეტა თუ გრძელვადიანი პანაცეა.

**ამბულატორიული საკონსულტაციო დაწესებულებები.** ამბულატორიული კონსულტირება ნივთიერებათა ავადმობმარების თემაზე მრავალნაირ გარემოში წარმოებს, დაწყებული მრავალპროფილიანი სათემო ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებიდან, კერძო პრაქტიკოსების ოფისებით დამთავრებული; უაღრესად ინტენსიური ყოველდღიური ჯგუფური შეხვედრებიდან ვიდრე თვეში ორჯერ ჩატარებულ ინდივიდუალურ სესიებამდე; და ხანმოკლე ინტერვენციებიდან ხან-გრძლივ მკურნალობამდე. თუმცა კი ამბულატორიული კონსულტირება განსხვავდება სხვადასხვა კონსულტანტებთან და დაწესებულებებში, მისი პოზიტიური ასპექტები საკმაოდ თანმიმდევრული ჩანს.

უპირველესად, ამბულატორიული კონსულტირება მაღალი ხარისხის ინდი-ვიდუალიზების შესაძლებლობას იძლევა. რასაკვირველია, სტაციონარული კონსულტანტები ყოველთვის ცდილობენ, მკურნალობის გეგმა რაც შეიძლება ინდივიდუალიზებული გახადონ. თუმცა, რეალობაში, ჯგუფზე ორიენტირებული მკურნალობა და ყოველდღიური სტრუქტურის ჩამოყალიბების საჭიროება ნამდვილ დიფერენციას ხშირად არაპრაქტიკულს ხდის. ამბულატორიული კონსულტირება, პირიქით, მთლიანად დაფუძნებულია შეხედულებაზე, რომ ყოველი ინტერვენცია შეიძლება დაიგეგმოს კონკრეტული კლიენტის საჭიროების გათვალისწინებით.

მეორე, ამბულატორიული კონსულტირება წახალისებს ისეთი სამკურნალო გეგმების შემუშავებას, რომლებიც ეფუძნება როგორც გრძელ, ასევე მოკლევადიან მიზნებს. ისევ და ისევ, სტაციონარული პაციენტებისთვის და მათი კონსულტანტებისთვის ძნელია, შორეულ მომავალზე იფიქრონ. შორეული მიზნები დასახულია, როგორც იდეალი, მაგრამ რადგანაც ტიპურ სარეაბილიტაციო პროგრამას მხოლოდ უახლოესი მიზნების გადაჭრა შეუძლია, როგორც კონსულტანტები, ასევე კლიენტებიც, როგორც წესი, ფოკუსირებას ახდენენ კონკრეტულ, იოლად მისაღწევ დასასრულზე. ამბულატორიულ კონსულტანტებს, პირიქით, შეუძლიათ იმუშაონ კლიენტებთან მანამ, სანამ თანდათანობით მათ ყველა საჭიროებას არ მიხედავენ. შეიძლება, ამ დროს უპირატესობა მიანიჭ მოკლევადიან მიზნებს ეთმობოდეს, მაგრამ კონსულტანტსა და კლიენტს შეუძლიათ, ყოველი შემდეგი მიღწევა საბოლოო მიზნისკენ მიმავალ მორიგ საფეხურად განიხილონ.

მესამეც, ამბულატორიული კონსულტირება კლიენტებს აძლევს შესაძლებლობას, ჩვეულ გარემოში მოსინჯონ ახალი ქცევა. ნივთიერებათა ავადმომხარეობის მკურნალობის ეფექტიანობის დიდი წილი დაფუძნებულია იმაზე, რომ კლიენტს ეძლევა შესაძლებლობა, გადახედოს ჩვეულ ქცევებს, შეისწავლოს გარემოს მინიშნებები, რომლებიც, როგორც წესი, გავლენას ახდენენ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარებაზე და გამოიმუშაოს გამკლავების ქცევების უფრო ფართო რეპერტუარი. ამბულატორიული კონსულტირება აძლიერებს ამ პროცესს იმით, რომ პიროვნებას აძლევს შესაძლებლობას, მოსინჯოს ახალი ქცევები და პოზიციები, ისე, რომ იმავდროულად იცოდეს, მორიგ საკონსულტაციო სესიონზე შეეძლება ყოველი ახალი ექსპერიმენტის განხილვა. ამას გარდა, ამბულატორიული კონსულტირება იძლევა მკურნალობის გეგმის იოლად შეცვლის შესაძლებლობას, თუ კლიენტს წინ რამე გაუთვალისწინებელი სირთულე გადაეღობება.

თუმცა ამბულატორიული კონსულტირება უპირატეს მოდელად უნდა იყოს განხილული, ის მაინც არ არის ყველა კლიენტისთვის შესაფერისი. ამბულატორიული ინტერვენციისთვის ყველაზე შესაფერისი კანდიდატი ისაა, ვისაც შეუძლია დამოუკიდებლად ფუნქციონირება ყოველდღიურ რეჟიმში, ვისაც მოელოება ფიზიკური თუ სწორი ცხოვრებისთვის სოციალური მხარდაჭერის რესურსები, ვისი მდგომარეობაც სამედიცინო თვალსაზრისით სტაბილურია და ვისაც აქვს უნარი და მოტივაცია, უარი თქვას ნივთიერებათა ავადმომხარეობაზე, სანამ ცხოვრების ახალი სტილი გაუმყარდებოდეს. რაკი ნივთიერებათა ავადმომხარეობის პრობლემათა ადრეული ამოცნობა თანდათან ნორმად იქცევა, კლიენტების სულ უფრო მეტი და მეტი წილი მოერგება ამ პროფილს.

**თანამშრომელთა დახმარების პროგრამები.** ერთ-ერთი მიზეზი იმისა, რომ ნივთიერებათა ავადმომხარეობის პრობლემები ახლა უფრო ადრეულ ეტაპზე გამოვლინდება, ვიდრე ადრე, ბიზნესსა და ინდუსტრიაში ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის პროგრამების ზრდა გახლავთ. საკონსულტაციო პროგრამები, რომლებიც შექმნილია თანამშრომლებისთვის მათივე სამუშაო გარემოში, ახლა ცნობილია „თანამშრომელთა დახმარების პროგრამების“ სახელით და მათ საქმე აქვთ არა მხოლოდ ნივთიერებათა ავადმომხარეობასთან, არამედ ფსიქიკური და ფიზიკური ჯანმრთელობის სხვადასხვა პრობლემებთან, რომლებიც შესაძლოა სამუშაოს შესრულებაზე ახდენდეს გავლენას. თანამშრომელთა დახმარების კონცეფცია აღმოცენებულია 1940-იანი წლების ინდუსტრიული ალკოჰოლიზმის პროგრამებიდან; ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების პრობლემები კვლავაც უმთავრესია თანამშრომელთა დახმარების კონსულტანტთა საქმეებს შორის, თუ სხვა არა, იმ მიზეზის გამო მაინც, რომ ნივთიერებათა ავადმომხარეობასა და მუშაობის ხარისხის გაუარესებას შორის თვალსაჩინო კავშირი არსებობს. კონსულტანტებს, რომლებიც თანამშრომელთა დახმარების პროგრამაში employee assistance program, EAP) მუშაობენ, მოეთხოვებათ, რომ კარგად იყვნენ ჩახედული და განაფული ნივთიერებათა ავადმომხარეობის პრობლემათა ამოცნობასა და მათთან გამკლავებაში. მათი უმთავრესი როლია შეფასება და გადამისამართება და არა გრძელვადიანი საკონსულტაციო ურთიერთობის აგება.

თანამშრომელთა დახმარების პროგრამის ფარგლებში, იმ კლიენტებს, რომლებსაც აქვთ ჯანმრთელობის სერიოზული ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემები, აკავშირებენ სამკურნალო რესურსებთან მისი დამქირავებელი ორგანიზაციის გარეთ, ასე რომ, ამ პროგრამის კონსულტანტებს არ მოეთხოვებათ მკურნალობის თუ გრძელვადიანი თერაპიის შეთავაზება. როდესაც ისინი თანამშრომლებს კონსულტაციას უტარებენ, მათი მიზანი დროებითი დახმარება და მხარდაჭერაა, რათა კლიენტმა მოიპოვოს ან დაიბრუნოს საკუთარ თავზე პასუხისმგებლობა. თანამშრომელთა დახმარების სპეციალისტები გასცემენ კონსულტაციას ამ სიტყვის პირდაპირი მნიშვნელობით: ეხმარებიან პიროვნებებს,



შეიძინონ უნარები და მოახდინონ საკუთარი რესურსების მობილიზაცია, რათა შეძლონ პრობლემურ სიტუაციებთან გამკლავება და საკუთარი გარემოცვის კონტროლის რაც შეიძლება მაღალ დონეს მიაღწიონ. თანამშრომელთა დახმარების კონსულტანტის მიერ შეთავაზებული დახმარება მოკლევადიანი და პრაგმატულია და პრობლემის გადაჭრაზე ორიენტირებული.

თანამშრომელთა დახმარების პროგრამა, თავისთავად, არ გახლავთ მკურნალობის ხერხი. ის უფრო არის მეთოდი, დახმარება გაეწიოს სამუშაო ორგანიზაციებს, ეფექტიანად და ჰუმანურად გადაჭრან შრომის პროდუქტიულობასთან დაკავშირებული პრობლემები. ასე რომ, EAP-ის კონსულტანტი არის ორგანიზაციისთვის ადამიანური რესურსების შესახებ კონსულტაციის გამწვევიც და თანამშრომლების მომსახურებელიც.

შესაძლოა, ყველაზე უფრო რთული გამოწვევა, რის წინაშეც აღმოჩნდებიან ხოლმე ბიზნესსა და ინდუსტრიაში ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის კონსულტანტები, გახლავთ ის, რომ მათ უნდა შეძლონ ამ ორი როლის ერთდროულად მორგება: გამოიყენონ თავიანთი კლინიკური უნარები და იმავდროულად, იმუშაონ იმის უზრუნველსაყოფად, რომ ორგანიზაცია, როგორც ერთიანი ორგანიზმი, თანამშრომელთა დახმარების კონცეპტს სიძნელეთა მოგვარების ქმედით ხერხად მიიჩნევდეს. ფასეულობათა პოტენციური კონფლიქტი თავიდან იქნება არიდებული, თუ პროგრამა განხილული იქნება ორგანიზაციის ბაზაზე არსებულ სისტემად, რომელიც შემდეგ კომპონენტებს შეიცავს:

- პოლიტიკის დებულებების წერილობით ფორმულირება, რომელშიც ჩანს ორგანიზაციის ვალდებულება პრობლემების მქონე თანამშრომლების გადამისამართებასა და მკურნალობაზე;
- ტრენინგი მეთვალყურესათვის, რომელიც, სამუშაოს შესრულების ხარისხის კრიტერიუმზე დაყრდნობით, ახდენს პერსონალის თანამშრომელთა დახმარების პროგრამაში გადამისამართებას;
- ინფორმაციის მიწოდება თანამშრომლებისთვის, რომელიც მათ ამცნობს კონსულტანტის მიერ შეთავაზებული სამსახურის ხასიათს, მიზნებს და კონფიდენციალობას;
- კონსულტირების, შეფასების და გადამისამართების იმგვარი კონფიდენციალობით უზრუნველყოფა, რომელიც იოლად მისაღებია ყველა თანამშრომლისთვის;
- განათლებაზე და პრევენციაზე მიმართული ძალისხმევა, რომელიც ფოკუსირებული იქნება მთლიანად ორგანიზაციაზე.

თანამშრომელთა დახმარების სპეციალისტები, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ყველა ეფექტიანი კონსულტანტის მსგავსად, აღიარებენ, რომ მნიშვნელოვანია, მათი მეთოდები მოერგოს იმ პიროვნებებს, რომლებსაც ემსახურებიან.

### კონსულტანტის განჯვის კომპეტენციები

როგორც უკვე ვნახეთ, კონსულტაცია, რომელიც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლისა და ადიქციის პრობლემებს ეხება, მრავალგვარ გარემოში მიმდინარეობს ხოლმე. თუმცა, საზოგადოდ, ეფექტიან პრაქტიკასთან ასოცირებული კომპეტენციები, როგორც წესი, ყველა სპეციალისტისთვის ერთი და იგივეა. ადიქციის ტექნოლოგიის სატრანსფერო ცენტრების ნაციონალური კურიკულუმის კომიტეტმა (Addiction Technology Transfer Centers National Curriculum Committee, 2006) დაწვრილებით ჩამოაყალიბა კომპეტენციები, რომლებიც ამ სფეროში წარმატებულ მუშაობას უდევს საფუძვლად და განსაზღვრა პრაქტიკის რვა განზომილება, რომლებიც აუცილებლად მიიჩნია ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის კონსულტაციის ეფექტიანად წარმართვისთვის. პრაქტიკის განზომილებები იყო შემდეგი: (ა) კლინიკური შეფასება, რაც მოიცავს

სკრინინგსა და გამოკვლევას; (ბ) მკურნალობის დაგეგმვა; (გ) გადამისამართება; (დ) სერვისის კოორდინირება; (ე) კონსულტირება, რაც მოიცავს ინდივიდუალურ, ჯგუფურ და ოჯახურ კონსულტაციებს; (ვ) კლიენტის, ოჯახის და თემის განათლება; (ზ) დოკუმენტაციის წარმოება; და (თ) პროფესიული და ეთიკური პასუხისმგებლობა.

თუმცა კი ამ განზომილებათაგან თითოეულის განსახორციელებლად საჭირო კომპეტენციები იქნა განსაზღვრული, ჩვენი წიგნის მიზნებისთვის განსაკუთრებით რელევანტურია ისინი, რომლებიც სპეციფიკურად კონსულტაციის განზომილებებთანაა დაკავშირებული. პიროვნებისთვის კონსულტაციის გასაწევად საჭირო კომპეტენციები, რომლებიც ადიქციის ტერმინოლოგიის სატრანსფერო ცენტრების ნაციონალური კურიკულუმის კომიტეტის (2002, გვ. 101–111) მიერ განისაზღვრა, გახლავთ შემდეგი:

**კონსულტირება**

*განსაზღვრება: თანამშრომლობითი პროცესი, რომელიც ხელს უწყობს კლიენტის წინსვლას ორმხრივი შეთანხმებით დადგენილი მიზნებისკენ სვლაში.*

*კონსულტირება მოიცავს მეთოდებს, რომლებიც სენსიტიურია კონკრეტული კლიენტისთვის და მისთვის მნიშვნელოვან ადამიანებზე ზეგავლენის მიმართ, ისევე, როგორც კლიენტის კულტურული და სოციალური კონტექსტის მიმართ. კონსულტირებაში კომპეტენცია ეფუძნება ადიქციის თემაზე კონსულტაციის განვების სხვადასხვა მეთოდების წვლილის აღიარებას, დაფასებასა და ჯეროვნად გამოყენების უნარებს – რამდენადაც ეს მეთოდები გამოიყენება პიროვნებებზე, ჯგუფებზე, ოჯახებზე, წყვილებზე და მნიშვნელოვან ადამიანებზე ზრუნვის მოძალოებებში.*

ელემენტი: ინდივიდუალური კონსულტაცია

- კლიენტთან ისეთი დამხმარე ურთიერთობის ჩამოყალიბება, რომელიც განმსჭვალული იქნება სითბოთი, პატივისცემით, გულწრფელობით, კონკრეტულობით და ემპათიით;
- მკურნალობისა და აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში კლიენტის ჩართულობის ხელშეწყობა;
- კლიენტთან მუშაობა რეალისტური, შესრულებადი მიზნების დასასახად, რომლებიც შეესაბამება აღდგენა/გამოჯანმრთელების მიღწევის და შენარჩუნების ამოცანას;
- კლიენტის ცოდნის, უნარების და ატიტუდების გაუმჯობესება, რაც წვლილს შეიტანს ნივთიერებათა ავადმყოფობის ქცევის პოზიტიურად შეცვლაში;
- კლიენტის იმ მოქმედებათა წაქეზება და გაძლიერება, რომლებიც მკურნალობის მიზნისკენ სვლისთვის არის გამომწვევი;
- სათანადო მუშაობა კლიენტთან ყველა იმ ქცევის ამოსაცნობად და ხელის შესაშლელად, რაც აფერხებს მკურნალობის მიზნისკენ სვლას;
- ამოცნობა, თუ როგორ, როდის და რატომ ჩავრთოთ კლიენტისთვის მნიშვნელოვანი ადამიანები მკურნალობის გეგმის გაძლიერებასა თუ მხარდაჭერის საქმეში;
- კლიენტის იმ ცოდნის, უნარის და ატიტუდის გაუმჯობესება, რომელიც ხელს უწყობს ჯანმრთელობის შენარჩუნებას და აივ/შიდსის, ტუბერკულოზის, სქესობრივი გზით გავრცელებადი დაავადებების და სხვა ინფექციური დაავადებების პრევენციას;
- აღდგენა/გამოჯანმრთელებასთან ასოცირებული საბაზისო ცხოვრებისეული უნარების ხელშეწყობა და განვითარება;
- კონსულტაციის სტრატეგიების მორგება კლიენტის ინდივიდუალურ მახასიათებლებზე, რომლებშიც იგულისხმება (მაგრამ ამით არ შემოიფარგლება) შემლდული შესაძლებლობა, გენდერი, სექსუალური ორიენტაცია, განვითარების დონე, კულტურა, ეთნოსი, ასაკი და ჯანმრთელობის მდგომარეობა;
- კონსტრუქციული თერაპიული რეაგირება, როცა კლიენტის ქცევა შეუთავსებელია აღდგენა/გამოჯანმრთელების მიზნებთან;
- კრიზისის მართვის უნარების გამოყენება;
- კლიენტის ხელშეწყობა იმ სტრატეგიების განსაზღვრის, ამორჩევის და განხორციელების საქმეში, რომლებიც გაუძლიერებენ მკურნალობის მიღწევის შენარჩუნების და რეციდივის პრევენციისთვის საჭირო ცოდნას, უნარსა თუ ატიტუდს.

კონსულტაციის გაწევის ეს კომპეტენციები შეესატყვისება თემატიკას, რომელიც მომდევნო თავებშია მოცემული.

## შეჯამება

კონსულტანტები კლიენტის პრობლემებს შეიძლება განიხილავდნენ „ნივთიერებათა ავადმომხმარებელსთან“ დაკავშირებულად, თუ ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკის განგრძობით მოხმარება გავლენას ახდენს მის სოციალურ თუ პროფესიულ ფუნქციონირებაზე. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემებთან მუშაობისას კონსულტანტმა უნდა გაითვალისწინოს თავისი კლიენტის ინდივიდუალური განმასხვავებელი ნიშნები. იმ ზოგად პრინციპებს შორის, რომლებიც შეიძლება დაეხმაროს ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის თემაზე მომუშავე კონსულტანტებს ეფექტიან საქმიანობაში, გახლავთ: (ა) მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ პრაქტიკაზე ფოკუსირება; (ბ) ყველა კლიენტთან თავაზიანი და პოზიტიური მიდგომის გამოყენება; (გ) ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემების განხილვა კონტინუუმად არა-პრობლემურიდან პრობლემურ მოხმარებამდე, „ან/ან სიტუაციის“ გამოყენების ნაცვლად; (დ) კლიენტებთან თანამშრომლობა ცვლილების ინდივიდუალური გეგმის შესადგენად; (ე) ინტერვენციის ხასიათის განსაზღვრა იმის გათვალისწინებით, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარება სოციალურ კონტექსტში ზის; (ვ) მულტიკულტურული პერსპექტივის გამოყენება კლიენტების მრავალფეროვანი პოპულაციის საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად; და (ზ) გაცნობიერება იდეისა, რომ კლიენტის ადვოკატობა კონსულტანტის როლის უმნიშვნელოვანესი შემადგენელი ნაწილია.

ამ მითითებებს მივყავართ ისეთი მკურნალობისკენ, რომელიც ინდივიდუალიზებულია და არა დიფუზიური, და რომლის ყურადღების არეალში კონკრეტულად ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარების ქცევის გარდა ცხოვრების სხვა ასპექტებიც ექცევა. კონტექსტები, რომლებშიც შეიძლება ამ სახის კონსულტაციები ტარდებოდეს, არის ზოგადი სათემო გარემო, დეტოქსიკაციის ცენტრები, სტაციონარული რეაბილიტაციის პროგრამები, თერაპიული საზოგადოებები, მეთადონის პროგრამები, ამბულატორიული საკონსულტაციო დაწესებულები და თანამშრომელთა დახმარების პროგრამები. იმის მიუხედავად, კონსულტანტი თავს თვლის ზოგად სპეციალისტად თუ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სპეციალისტად, მას შეუძლია, ამ წიგნში აღწერილი მეთოდები თავისი კლიენტების საჭიროებებს მოარგოს. ჩვენი წიგნის მთავარი მიზანია, აღწეროს მიდგომები, რომლებსაც ბოლოდროინდელი კვლევები ყველაზე მეტად უჭერს მხარს და ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის რთულ პრობლემებთან ინდივიდუალიზებული, მრავალგანზომილებიანი მიდგომა წაახალისოს.

## კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის

1. პირველ თავში გამოთქმულია მოსაზრება, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემები განხილული უნდა იქნეს კონტინუუმში და ადიქცია ან ალკოჰოლიზმი დიქტომიად არ უნდა წარმოვიდგინოთ. აქვე გვთავაზობენ იდეას, რომ ყოველი კლიენტისთვის შერჩეული მკურნალობა ინდივიდუალიზებული უნდა იყოს, მისი საჭიროებების და მიზნების საუკეთესოდ დასაკმაყოფილებლად. რა შედეგის მომტანი შეიძლება იყოს ეს იდეები მორიგი კლიენტისთვის?

ბობს, რომლის ასაკიც 20 წელს გადასცდა, აკავებენ ალკოჰოლის ზემოქმედების ქვეშ მანქანის მართვის გამო. რადგან ეს უკვე მეორე დაკავებაა, უსჯიან ალკოჰოლიზმის მკურნალობის კურსში სავალდებულო მონაწილეობას. კონსულტანტი, რომელსაც მისი შემთხვევა აბარია, უწერს 28-დღიან სტაციონარულ პროგრამას და აძლევს რეკომენდაციას, დაესწროს ანონიმ ალკოჰოლიკთა (Alcoholics Anonymous) შეკრებებს.

ბოლო მართლაც ერთვება ამ პროგრამაში, რადგან იცის, რომ სხვანაირად მართვის უფლებას ვერ დაიბრუნებს. მართვის მონაწილეობა კი სჭირდება სამსახურში, ის ელექტრიკოსია. მაგრამ რამდენიმე დღის მონაწილეობის მერე ის ტოვებს პროგრამას და ამბობს, რომ ეს სამისო საქმე არ არის. მას არასოდეს უგრძობია ალკოჰოლზე დამოკიდებულების ფიზიკური ნიშნები და არ სჯერა, რომ თავის ცხოვრებას ვერ აკონტროლებს. მკურნალობის წამყვანები და ჯგუფის წევრები მას აძალებენ, აღიაროს და ხმამაღლა გამოთქვას, რომ ის ალკოჰოლიკია, მაგრამ ის უარს ამბობს ამის გაკეთებაზე. აცხადებს, რომ, თუ დასჭირდა, მართვის მონაწილის გარეშე დაჯდება საჯესთან და მომავალში შეეცდება, თავი შეიკავოს ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის მართვისგან.

2. ამ თავში გამოთქმულია მოსაზრება, რომ მკურნალობა უნდა იყოს მრავალგანზომილებიანი, თვითფექტიანი და თვით-გამაძლიერებელი, და სენსიტიური კლიენტების განსხვავებულ პოპულაციათა საჭიროებების მიმართ. რა შედეგის მომტანი შეიძლება იყოს ეს იდეები მორიგი კლიენტისთვის?

ჟანინი მოიხმარდა კოკაინს თავისი პირველი ფეხმძიმობის მთელ პერიოდში და თავს ბედნიერად მიიჩნევს, რომ მისი 2,5 წლის შვილი ჯანმრთელია. როდესაც მეორედ დაფეხმძიმდება, დედა დაიყოლიებს, ნარკოტიკისთვის თავის დანებება სცადოს. პროგრამა, რომელიც ფეხმძიმე პაციენტის მიღებაზე დათანხმდება, არცთუ იოლი მოსაძებნი აღმოჩნდება, მაგრამ საბოლოოდ იგი ერთვება საავადმყოფოს პროგრამაში. მისი მეორე შვილი ახლა 3 თვისაა და ჟანინი ძალიან ცდილობს, თავი შეიკავოს ნარკოტიკის მიღებისგან.

მისი კონსულტანტები დიდად იმედიანად არ არიან ჟანინის მომავლის თაობაზე, და ამას რამდენიმე მიზეზი აქვს. ჟანინმა, რომელიც სკოლის დამამთავრებელი კლასების წარმატებული მოსწავლე იყო, დაფეხმძიმების მერე მიატოვა სწავლა. თავისი ნარკოტიკისთვის, არასაკმარისი განათლების და ბავშვზე ზრუნვის გამო სამუშაო ვერ იშოვა. თავისი შვილების არც ერთი მამისგან არ იღებს ემოციურ თუ ფინანსურ დახმარებას. დედა ძალიან ეხმარება, მაგრამ მასაც არცთუ დიდი შესაძლებლობები აქვს. ჟანინს უყვარს თავისი შვილები, მაგრამ ამბობს, რომ ვერ არის ისე კარგი დედა, როგორსაც ისურვებდა, რომ იყოს. ეშინია, რომ დაკარგავს ბავშვებს.

## ბიბლიოგრაფია

- Addiction Technology Transfer Centers National Curriculum Committee. (2006). *Addiction counseling competencies: The knowledge, skills, and attitudes of professional practice* (2nd ed.). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T. L., Van Horn, D., Crits-Christoph, P., et al. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(4), 556–567.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Burke, P. J., Da Silva, J. D., Vaughan, B. L., & Knight, J. R. (2005, December 26). Training high school counselors on the use of motivational interviewing to screen for substance abuse. *Substance Abuse, 26*(3–4), 31–34.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., et al. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence, 1*(3), 301–312.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2000). *Changing the conversation: Improving substance abuse treatment: The national treatment plan initiative*. Vol. 1. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.



- Drug Policy Alliance. (2002). *Effectiveness of the War on Drugs*. Retrieved February 24, 2009, from <http://www.drugpolicy.org/library/factsheets/effectiveness/>
- Dennis, H., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., et al. (2004). The cannabis youth treatment study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(3), 197–213.
- Dole, V. P., & Nyswander, M. E. (1965). A medical treatment for diacetyl morphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadonehydrochloride. *Journal of the American Medical Association*, 193, 64ff.
- Eliason, M. J. (2007). *Improving substance abuse treatment: An introduction to the evidence-based practice movement*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & Kelley, M. L. (2006). Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 579–591.
- Fields, G. (2009, May 14). White House Czar calls for end to War on Drugs. *Wall Street Journal*, A3.
- Ginsburg, J. I. D., Mann, R., Rotgers, F., & Weekes, J. R. (2002). Motivational interviewing with criminal justice populations. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (pp. 333–346). New York: Guilford.
- Gladwell, M. (2000). *The tipping point: How little things can make a difference*. Boston: Little, Brown & Company.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005, April). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111.
- Holcomb-McCoy, C., & Mitchell, N. A. (2007). Promoting ethnic/racial equality through empowerment-based counseling. In C. C. Lee (Ed.), *Counseling for social justice* (pp. 137–157). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academy Press.
- Lewis, J. A., & Arnold, M. S. (1998). From multiculturalism to social action. In C. C. Lee & G. Walz (Eds.), *Social action: A mandate for counselors* (pp. 51–66). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Lewis, J. A., Arnold, M. S., House, R., & Toporek, R. L. (2002). *American Counseling Association Advocacy Competencies*. Retrieved January 15, 2005, from <http://www.counseling.org/Publications>
- Lewis, J. A., & Elder, J. (In press). Substance abuse counseling and social justice advocacy. In M. Ratts, R. Toporek, & J. A. Lewis (Eds.), *ACA Advocacy Competencies: A social justice framework for counselors*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12–25.
- Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., Conigliaro, R. L., & Kelley, M. E. (2001). Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(5), 605–614.
- Marlatt, G. A. (1998). Basic principles and strategies of harm reduction. In G. A. Marlatt (Ed.), *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors* (pp. 49–66). New York: Guilford Press.

- Marlatt, G. A., Parks, G. A., & Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy: A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. Seattle: University of Washington, Addictive Behaviors Research Center.
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community re-inforcement approach*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. (1985). Controlled drinking: A history and critical review. In W. R. Miller (Eds.). *Alcoholism: Theory, research, and treatment* (pp. 583–595). Lexington, MA: Ginn Press.
- Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21, 835–842.
- Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(1), 6–18.
- Miller, W. R., & Carroll, K. M. (2006). Drawing the scene together: Ten principles, ten recommendations. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pp. 293–311). New York: The Guilford Press.
- Moos, R. H. (2006). Social contexts and substance use. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pp. 182–200). New York: The Guilford Press.
- Monti, P. M., Colby, S., & O’Leary, T. (2004). *Reaching teens through brief interventions*. New York: The Guilford Press.
- Mun, E. Y., White, H. R., & Morgan, T. J. (2009). Individual and situational factors that influence the efficacy of personalized feedback substance use interventions for mandated college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 88–102.
- National Institute on Drug Abuse (2004). *National Institute on Drug Abuse: Strategic plan on reducing health disparities*. Retrieved February 25, 2009, from <http://www.drugabuse.gov/StrategicPlan/HealthStratPlan.html>
- National Quality Forum (2005). *Evidence-based treatment practices for substance use disorders: Executive summary*. Retrieved April 30, 2009, from <http://www.qualityforum.org/publications/reports/sud.asp>
- Nowinski, J. (2006). *The twelve step facilitation outpatient program: The Project MATCH twelve step treatment protocol. Facilitator guide*. Center City, MN: Hazelden Foundation.
- Pecoraro, C. (2000, December). Understanding gay, lesbian and bisexual issues in treatment. *Counselor: The Magazine for Addiction Professionals*, 1, 23–32.
- Polich, J. M., Ellickson, P. L., Reuter, P., & Kahan, J. P. (1984). *Strategies for controlling adolescent drug use*. Santa Monica, CA: Rand Corp.
- Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., et al. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99(7), 862–874.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325–334.
- Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- Sentencing Project. (2009). *Drug policy*. Retrieved April 30, 2009, from <http://sentencingproject.org/IssueAreaHome.aspx?IssueID=5>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009a). *What is evidence-based?* Retrieved April 1, 2009, from <http://www.nrepp.samhsa.gov/about-evidence.asp>

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009b). *SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices*. Retrieved April 1, 2009 from <http://www.nrepp.samhsa.gov/listofprograms.asp?textsearch=&ShowHide=1&Sort=1&T5=5>
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. *Journal of Counseling & Development*, 70, 477-486.

## შესავალი

მთელი არსებული ისტორიის მანძილზე ქიმიურ ნივთიერებებს ხან განადიდებდნენ მათი მოტანილი სარგებლის სახელით, ხანაც სწყევლიდნენ მათგან გამოწვეული პრობლემების გამო. ეს შეიძლება დღესაც დავინახოთ, თუნდაც უბრალოდ იმაში, თუ როგორ განარჩევენ ადამიანები ერთმანეთისგან წამლებსა და ნარკოტიკებს. თუმცა, უნდა აღინიშნოს, რომ ზოგიერთი პრობლემა, რომელიც მიეწერება ნარკოტიკების მოხმარებას, დაფუძნებულია უფრო საზოგადოების ფასეულობებზე, მის მიერ ნარკოტიკების მოხმარებისა და მომხმარებლის აღქმაზე, ვიდრე თვით ნარკოტიკების ფარმაკოლოგიურ თვისებებზე. მხოლოდ მაშინ, თუ ჩვენთვის გასაგები იქნება ნარკოტიკების მოქმედება და მათი შესაძლებლობები, შეგვეძლება, დავინყოთ ნარკოტიკების ეფექტების გარჩევა ქცევის სხვა შესაძლო მიზეზებისგან (მაგ., ისეთებისგან, როგორიცაა ფსიქიკური დაავადებები, რასული, კულტურული, გენდერული, ასაკობრივი თუ განვითარების ფაქტორები).

არსებობს რიგი მიზეზებისა, რომელთა გამოც ნივთიერებათა ავადმომხმარების სპეციალისტები კარგად უნდა ერკვეოდნენ ფარმაკოლოგიაში. ეს დაეხმარებათ კლიენტებთან კომუნიკაციაში, რაპორტსა და ემპათიაში, კონსულტაციებსა და გადამისამართებაში სხვა პროფესიონალებთან, აგრეთვე, პროფესიული კომპეტენციის შენარჩუნებაში (თანამედროვეობას მიყოლა). ამას გარდა, ნივთიერებათა ავადმომხმარების სპეციალისტებს შეუძლიათ გავლენა მოახდინონ სოციალურ პოლიტიკაზე ნარკოტიკების მოხმარების და ავადმომხმარების შესახებ არსებული მითების, მცდარი შეხედულებების და არასწორი ინფორმაციის გაქარწყლებით.

## ნარკოტიკების ეფექტებზე მოქმედი ფაქტორები

ნარკოტიკების ეფექტები ყველაზე უკეთ შეიძლება გაგებული იქნეს, როგორც ცვლადების ოთხი ჯგუფის რთული ურთიერთქმედების შედეგი. ეს ცვლადებია: ა) თვით ნივთიერების მახასიათებლები, ბ) მომხმარებლის ფიზიოლოგიური ფუნქციონირება, გ) მომხმარებლის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა და დ) ნარკოტიკის მოხმარების სოციო-კულტურული გარემო. სიმარტივისთვის თითოეულ ამ ჯგუფს განცალკევებულად განვიხილავთ, თუმცა არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ისინი ურთიერთქმედებენ (Meyer & Quenzer, 2005).

## ნარკოტიკების მახასიათებლები

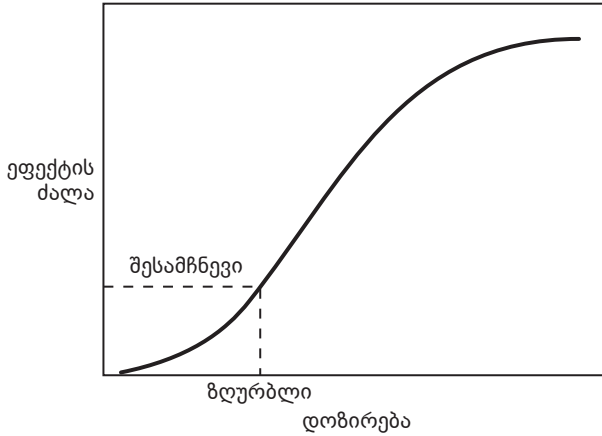
დავინყოთ იმით, რომ განვსაზღვროთ ნარკოტიკი, როგორც ნებისმიერი ნივთიერება, რომელიც ცვლის მომხმარებლის რომელიმე ასპექტის სტრუქტურას ან ფუნქციას. ასეთი განსაზღვრება ფართო დიაპაზონს მოიცავს (Klein & Thorne, 2007). შეიძლება ჩავთვალოთ, რომ იგი მოიცავს არა მარტო ავადმომხმარებელ ნივთიერებებს, რომლებზეც წიგნის ამ თავში გავამახვილებთ ყურადღებას, არამედ ასევე ანტი-ბიოტიკებს, ანტიტოქსინებს, ვიტამინებს, მინერალებს და თვით წყალს და ჰაერსაც კი.

წყალი, ჰაერი და საკვები ორგანიზმებისთვის სასიცოცხლო აუცილებლობად მიიჩნევა და ამიტომაც ნარკოტიკებად არ აღიქმება. თუმცა გავიხსენოთ, როგორ გამოიყენება ჟანგბადი და ლილი ათლექისთვის ძალების აღსადგენად ან როგორ მოქმედებს სანელებლები და საკვები დანამატები სისხლის წნევაზე, გულის ფუნქციონირებაზე, წყლის შეკავებაზე და ალერგიულ რეაქციებზე. ამის მსგავსად, თუმცა ვიტამინები და მინერალები ზოგადად განიხილება, როგორც საკვები დანამატები, მათ შეუძლიათ ტოქსიკური რეაქციების და სხვა ცვლილებების გამოწვევა ფიზიოლოგიურ სტრუქტურაში და ფუნქციონირებაში. სხვა დონეზე, ჯანმრთელობის აღსადგენად და შესანარჩუნებლად გამოყენებული მრავალი ნარკოტიკი ჩვეულებრივ არ განიხილება ავადმომხმარებელ ნივთიერებებად, მიუხედავად იმ რისკისა, რომელიც ახლავს მათ მოხმარებას ან გადაჭარბულ მოხმარებას მგრძობიარე მომხმარებლის მიერ.

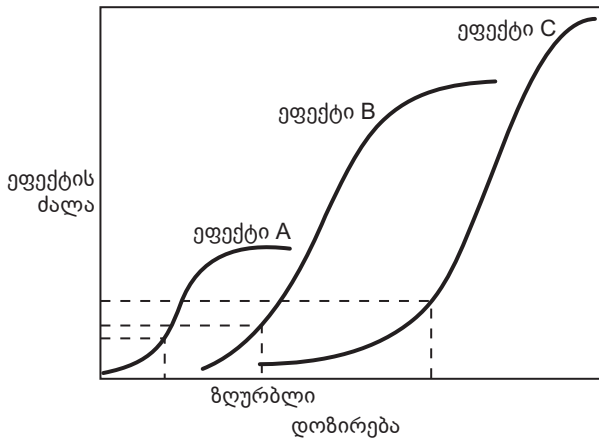
ამგვარად, ნარკოტიკები, ავადმომხმარებელი ნარკოტიკებიც კი, არ არის თავისთავად კარგი ან ცუდი. უფრო სწორად, ნივთიერებათა მოხმარების სარგებელი და რისკები დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენი, რამდენად ხშირად, რა მიზნით და რომელ სხვა ნარკოტიკთან ერთად მოიხმარება.

## ნარკოტიკების დოზირება

საზოგადოდ, ნარკოტიკებს მრავალი ეფექტის გამოწვევა შეუძლია. რომელი ეფექტი იქნება გამოწვეული და რამდენად ძლიერი იქნება ისინი, ნაწილობრივ დამოკიდებულია მოხმარებული ნარკოტიკის რაოდენობაზე. მაგალითად, მცირე დოზით მიღებულ ალკოჰოლს შეუძლია, დაამშვიდოს ადამიანი და მოხსნას შეკავებები, ასევე მოახდინოს შიმშილის სტიმულირება. დიდი დოზებით მიღებისას იგი იწვევს დაღლილობას და გულისრევას. კავშირს ნარკოტიკის დოზასა და მის ეფექტებს შორის ეწოდება დოზა/რეაქციის დამოკიდებულება. როგორც ჩანს 2.1 დიაგრამაზე, „ზღურბლად“ წოდებული გარკვეული დოზის ქვემოთ შესამჩნევი ეფექტი არ არის. დოზის ზრდასთან ერთად ეფექტი უფრო და უფრო ძლიერდება, სანამ არ მიაღწევს გარკვეულ მაქსიმალურ მნიშვნელობას. ის, თუ როგორი მაქსიმალური ეფექტი შეიძლება იყოს მიღწეული, განისაზღვრება ფიზიოლოგიური შესაძლებლობებით (ადამიანი შეიძლება მოღუნდეს ან დაწყნარდეს მხოლოდ გარკვეულ ზღვრამდე, შემდეგ მას დაეძინება).



დიაგრამა 2.1 | დოზა/რეაქციის მრუდი



დიაგრამა 2.2 | მრავლობითი დოზა/რეაქციის მრუდი

როგორც ჩანს დიაგრამიდან 2.2, დოზის ზღურბლი შეიძლება იცვლებოდეს იმის მიხედვით, თუ რომელ ნარკოტიკს შევისწავლით. ჩვენ ვხედავთ, რომ ეფექტი A-ს აქვს დოზის დაბალი ზღურბლი და იგი მაქსიმუმს შედარებით დაბალი დოზისას აღწევს. B და C ეფექტების ინიცირებისთვის საჭიროა უფრო დიდი დოზები. ასევე აღსანიშნავია, რომ ეფექტი B მაქსიმუმს აღწევს C-ზე გაცილებით ადრე. ამგვარად, ნარკოტიკის დოზირება განსაზღვრავს როგორც იმას, თუ რა ეფექტი იქნება გამოვლენილი, ასევე იმას, თუ რამდენად ძლიერი იქნება იგი. პრაქტიკული თვალსაზრისით ეს ნიშნავს, რომ მომხმარებელი განიცდის ხარისხობრივად და რაოდენობრივად განსხვავებულ ეფექტებს ერთი და იმავე ნარკოტიკის განსხვავებული დოზებით მოხმარებისას.

**ნარკოტიკების ეფექტების კატეგორიზაცია.** ნარკოტიკების მრავლობითი ეფექტი შეიძლება მოხერხებულად დაიყოს კატეგორიებად, როგორც ამას ქვემოთ აღვწერთ. ნარკოტიკის სასურველი ეფექტი, ანუ ის, რის გამოც იგი მოიხმარება – არის თერაპიული ეფექტი. ყველა სხვა ეფექტი ერთობლივად *ნარკოტიკის*



*არასასურველ რეაქციებად* (adverse drug reactions, ADR) მოიხსენიება. მყარი, წინასწარ მოსალოდნელი და ხშირად შემხვედრი ADR-ები საზოგადოდ გვერდით მოვლენებად იწოდება. უნდა აღვნიშნოთ, რომ გვერდითი მოვლენები, მომხმარებლის თვალსაზრისით, შეიძლება სულაც არ იყოს არასასურველი. სინამდვილეში, მრავალი ნარკოტიკი მოიხმარება სწორედ იმის გამო, რომ ისინი ორ ან მეტ ერთდროულ ეფექტს იწვევენ, მაგალითად, აცეტომინოფენი და ასპირინი ამცირებენ ტკივილსაც და მაღალ სიცხესაც. ალერგიული ეფექტები გვერდითი მოვლენებისგან განსხვავდება გამოვლენის სიხშირითა და მათი მოსალოდნელობით. იდიოსინკრაზიული რეაქციები ძალიან უჩვეულო, მოულოდნელი და არამყარია. ტოქსიკური რეაქციები წარმოიქმნება ნარკოტიკის ლეტალური ან ლეტალურთან მიახლოებული დოზების მიღებისას (ჩვეულებრივ, მოიხსენიება, როგორც *ზედოზირება*). მაგალითად, მორფინის თერაპიული ეფექტი არის ტკივილის შემსუბუქება, გვერდითი მოვლენებია გუგების შევიწროება (მიოზი) და გულისრევა. ალერგიული ეფექტი შეიძლება იყოს კანზე გამონაყარი; იდიოსინკრაზიული რეაქციები შეიძლება მოიცავდეს ალგნებასა და სტიმულირებას; და ტოქსიკური რეაქციები შეიძლება იყოს სუნთქვის დათრგუნვა, კომა და სიკვდილი.

**ჰოტენსია.** პოტენცია განისაზღვრება ნარკოტიკის რაოდენობით, რომელიც საჭიროა კონკრეტული ეფექტის მისაღწევად. რაც უფრო პოტენტურია/ძლიერია ნარკოტიკი, მით უფრო მცირე დოზაა საჭირო სასურველი ეფექტის მისაღწევად. ალკოჰოლი შედარებით სუსტი ნარკოტიკია, რადგან ეფექტის მისაღწევად საჭიროა ნივთიერების უწყობით ან გრამობით მიღება. LSD კი უკიდურესად ძლიერი ნარკოტიკია და მისი დოზები მიკროგრამებით ანუ გრამის მემილიონედებით განისაზღვრება.

ნარკოტიკის სიძლიერე განპირობებულია ორი ფაქტორით – აფინურობით და ეფექტურობით. *აფინურობა* აღწერს ნარკოტიკის უნარს, მიებას ან დაუკავშირდეს რეცეპტორს ან მოქმედების არეს. რეცეპტორები არის სპეციფიკური ადგილები ნერვული უჯრედის მემბრანაზე, რომლებიც იღებს და რეაგირებს გარკვეულ ქიმიურ სტრუქტურაზე, იმის მსგავსად, როგორც საკეტი მიიღებს და ირეაგირებს ერთ კონკრეტულ გასაღებზე. მაღალი აფინურობის მქონე ნარკოტიკები კარგად უკავშირდებიან რეცეპტორებს. *ეფექტურობა* აღნიშნავს ნარკოტიკის უნარს, მოახდინოს რეცეპტორის სტიმულირება. მაღალეფექტური ნარკოტიკები რეცეპტორების ძლიერ სტიმულირებას ახდენენ. ეფექტის მისაღწევად ნარკოტიკი უნდა იყოს როგორც აფინური, ასევე ეფექტური და რაც უფრო მაღალია აფინურობა და ეფექტურობა, მით უფრო ძლიერია ნარკოტიკი (ანუ მით უფრო მცირე დოზაა საჭირო ეფექტის მისაღებად).

**თერაპიული დიაპაზონი ანუ უსაფრთხოების ზღვარი.** თერაპიული დიაპაზონი (ან უსაფრთხოების ზღვარი) ასახავს თანაფარდობას ნარკოტიკის ლეტალურ და ეფექტურ დოზას შორის. *ეფექტური დოზა* (effective dose, ED) ის დოზაა, რომელიც საჭიროა კონკრეტული ეფექტის მისაღწევად განსაზღვრული რაოდენობის მოსახლეობაში. ასე მაგალითად, ED<sub>50</sub> არის ეფექტური დოზა მოსახლეობის 50%-თვის. *ლეტალური დოზა* (lethal dose, LD) ასახავს დოზას, რომელიც სასიკვდილოა რეციპიენტების განსაზღვრული წილისთვის. წინა შემთხვევის მსგავსად, LD<sub>50</sub> არის სასიკვდილო დოზა მოსახლეობის 50%-თვის. თანაფარდობა LD-სა და ED-ს შორის გვაცხადებს შესაძლებლობას, შევადაროთ სხვადასხვა ნარკოტიკის შედარებით უსაფრთხოება, ასევე, წარმოდგენას გვიქმნის ნარკოტიკის კონკრეტული დოზის უსაფრთხოების შესახებ. ეს თანაფარდობა ცნობილია, როგორც ნარკოტიკის თერაპიული დიაპაზონი ან უსაფრთხოების ზღვარი. იმის გამო, რომ ზოგიერთი ფსიქოაქტიური ნარკოტიკის ლეტალური დოზები არაა ზუსტად დადგენილი, ჩვენ არ შეგვიძლია, საიმედოდ დავადგინოთ თერაპიული დიაპაზონი.

## შემაღმენლობა

ფარმაცევტული პრეპარატები რამდენიმე ინგრედიენტისგან შედგება. აქტიურ ინგრედიენტთან ერთად კაფსულა ან აბი შეიცავს შემავსებლებს, შემავსებლებს, გამხსნელებს, ფერის მიმცემ ნაერთებს, საფარ მასალას და გემოს მიმცემებს. თუმცა „პასიური“ ინგრედიენტები, წესისამებრ, არ ახდენენ გავლენას მომხმარებელზე, ზოგ ადამიანს მაინც შეიძლება მათზე არასასურველი რეაქცია ჰქონდეს (შესაძლოა, ალერგიის ან გენეტიკური მიდრეკილების გამო). ამის შედეგად, ორ თითქოსდა ერთსა და იმავე პრეპარატს, შესაძლებელია განსხვავებული ეფექტი ჰქონდეს მომხმარებელზე პასიური ინგრედიენტების მიმართ მისი მგრძობიარობის გამო. ქუჩის ნარკოტიკები, როგორც წესი, არ გადის ისეთი მკაცრი ხარისხის კონტროლს, როგორც ექიმის დანიშნული ან თუნდაც დახლქვეშ შეძენილი წამლები. ქუჩის წამლები განსხვავდება ხარისხის, რაოდენობის და სისუფთავის თვალსაზრისით. ხარისხი მარტივად ნიშნავს, რომ ნარკოტიკის რეალური კომპოზიცია შესაძლოა განსხვავდებოდეს იმისგან, რადაც მას ასაღებენ – ჩვეულებრივი სოკოები, რომელსაც მოყრილი აქვს ფენციკლიდინი, შეიძლება იყიდებოდეს, როგორც ფსილოციბინი. რაოდენობა და სისუფთავე აღნიშნავს იმ ფაქტს, რომ ქუჩის ნარკოტიკებში აქტიური ნივთიერების და მინარევების შეფარდება ხშირად სხვადასხვაა. მაგალითად, ქუჩის კოკაინში კოკაინის შემცველობა ვარირებს 10-დან 90%-მდე (საშუალოდ 50%-ია), დანარჩენი შეივსება თითქმის ნებისმიერი თეთრი, ფანტელოვანი, მზინავი ნივთიერებით (ტალკით, სტრიქინით, ფენციკლიდინით, ბორის მჟავით და სხვადასვა შაქრებით).

**ნარკოტიკების ეკვივალენტობა.** ნარკოტიკების ეკვივალენტობა აღწერს, თუ როგორ შეიძლება შეედაროს ერთმანეთს ორი ან მეტი ნარკოტიკი. არსებობს ეკვივალენტობის შეფასების სამი განსხვავებული გზა: (ა) ქიმიური ეკვივალენტობა, (ბ) ბიოლოგიური ეკვივალენტობა და (გ) კლინიკური ეკვივალენტობა. ქიმიური ეკვივალენტობა უბრალოდ ნარევის აქტიური ნივთიერებების იდენტურობას ნიშნავს. უფრო განვრცობილად, ქიმიური ეკვივალენტობა შეიძლება გამოყენებულ იქნას ნარევის როგორც აქტიური, ასევე პასიური ინგრედიენტების შესადარებლად.

ეკვივალენტობის შემდეგი საზომი არის ბიოლოგიური ეკვივალენტობა ან ბიო-შელწევადობა. ნარკოტიკული ნარევი, რომელიც ბიოლოგიურად ეკვივალენტური არიან, მიანვდიან მომხმარებელს აქტიური ინგრედიენტის ერთსა და იმავე ოდენობას.

მესამე საზომი არის კლინიკური ეკვივალენტობა, რომელიც ეფუძნება ნარევის დაკვირვებად ეფექტებს. ამგვარად, ორი პრეპარატი არის კლინიკურად ეკვივალენტური, თუ ისინი ინვევენ იდენტურ შედეგებს.

მნიშვნელოვანია, გავიაზროთ, რომ ზემოთ ჩამოთვლილი წარმოდგენს ეკვივალენტობის შეფასების განსხვავებული საზომებს. როდესაც ჩვენ ერთმანეთს ვადარებთ ორ ქიმიურად ეკვივალენტურ ნარკოტიკს, ერთი მათგანი შეიძლება არასრულად იხსნებოდეს და ამგვარად, ბიოშელწევადობა და კლინიკური ეფექტები განსხვავებული იქნება. ასევე, ორი ან მეტი მონათესავე, მაგრამ ქიმიურად განსხვავებული ნარკოტიკი სხვადასხვა ბიოშელწევადობით, შესაძლოა, იძლეოდეს ერთსა და იმავე კლინიკურ შედეგს.

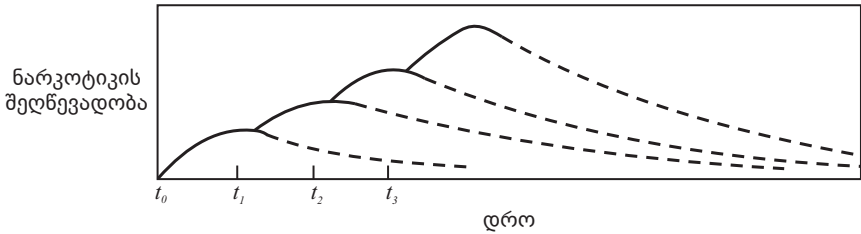
## მოხმარების სიხშირე

ინდივიდის მიერ ნარკოტიკის მოხმარების სიხშირეს მნიშვნელოვანი გავლენა აქვს ნარკოპროდუქტის ეფექტებზე. ჯერ ერთი, როგორც მოგვიანებით უფრო დეტალურად განვიხილავთ, ნარკოტიკის ხშირი გამოყენება ზრდის მომხმარებელში ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური ცვლილებების ალბათობას. ამგვარად, ნარკოტიკის მიღების ერთი ეპიზოდთან მომდევნომდე მომხმარებელი იცვლება და

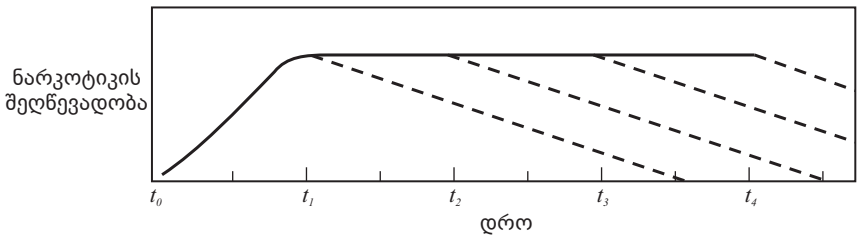
შეცვლილი მომხმარებელი განსხვავებულ ეფექტებს განიცდის. მეორე, თუ ნარკოტიკი საკმარისად ხშირად მოიხმარება, ის ან მისი თანმდევი მეტაბოლური პროდუქტები შეიძლება ორგანიზმში დაგროვდეს. ნარკოტიკის ასეთი დაგროვება რეალურად ცვლის ნებისმიერ მოცემულ დროს მოქმედ დოზირებას და კუმულაციურ ეფექტად მოიხსენიება. დიაგრამა 2.3 აღწერს ნარკოტიკის მიღების ოთხი თანმიმდევრული დოზის კუმულაციური ეფექტის მრუდს.

როგორც 2.3 დიაგრამიდან ჩანს, ნარკოტიკის პირველი დოზა მიეცემა მომხმარებელს  $t_0$  დროს, როცა მის ორგანიზმში საერთოდ არ არის ნარკოტიკი. მეორე დოზა მიეცემა  $t_1$  დროს, მანამდე, სანამ პირველი დოზა სრულად გავა მომხმარებელიდან. ამის გამო, მეორე დოზა მნიშვნელოვნად ზრდის სხეულში ნარკოტიკის რაოდენობას. შესაბამისად, მესამე და მეოთხე დოზები მიეწოდება მანამ, სანამ წინა დოზები სრულად განიდევენება. ამ სერიის ჯამური ეფექტი ბევრად აღემატება რომელიმე ერთი დოზის ეფექტს (და შესაძლოა ინვევდეს უფრო განსხვავებულ ეფექტებსაც).

დიაგრამა 2.4 აღწერს კუმულაციური ეფექტის მრუდის სხვადასხვა ტიპებს. დოზები იმგვარად არის განაწილებული, რომ გამოიწვიოს და შეინარჩუნოს კონკრეტული ეფექტი. დიაგრამა 2.3 ასახავს ალკოჰოლის მოხმარების ეპიზოდს, რომელშიც მომხმარებელი ალკოჰოლს უფრო სწრაფად იღებს, ვიდრე იგი სხეულიდან განიდევენება და შესაბამისად, უფრო და უფრო ინტოქსირებული ხდება.



დიაგრამა 2.3 | გაძლიერებული კუმულაციური ეფექტის მრუდი



დიაგრამა 2.4 | შენარჩუნებული კუმულაციური ეფექტის მრუდი

დიაგრამა 2.4, მეორე მხრივ, ტიპურია წამლის დანიშნულებით მოხმარების პატერნისთვის. დიაგრამა აგებულია სისხლში წამლის გარკვეული დონის მიღწევა-შენარჩუნების შემთხვევისთვის. დიაგრამა 2.4 ასევე შეიძლება იყოს ტიპური ე.წ. „შერჩეული რეჟიმის“ სიტუაციისთვის, როდესაც მომხმარებელი იმგვარად ანაწილებს დოზებს, რომ მიაღწიოს და შეინარჩუნოს სასურველი „კვაიფი“.

**მოხმარების მეთოდი**

ნარკოტიკის მოხმარების მრავალი გზა არსებობს. სამი ყველაზე უფრო გავრცელებული ხერხია: გადაყლაპვა, ინექცია და შესუნთქვა. თუმცა ნარკოტიკის მიღება ასევე შეიძლება ლოყაში ან ენის ქვეშ ამოდებით (მონუნება), ყურის, თვალის,

ცხვირის, რექტალური, ვაგინალური და ადგილობრივი გზით. ჩვენ ძირითადად შევჩერდებით გადაყლაპვაზე, ინექციაზე და შესუნთქვაზე.

ის, თუ რა გზით მიიღება ნარკოტიკი, განსაზღვრავს ეფექტების დაწყების დროს, ეფექტების პიკს და ხანგრძლივობას. ორალურად მიღებული ნარკოტიკების ეფექტის მისაღებად, როგორც წესი, საჭიროა მინიმუმ 15 წუთი, ხანდახან ბევრად მეტიც, კუჭის შიგთავსის და ნარკოტიკის კომპოზიციიდან გამომდინარე. ორალურად მიღებული ნარკოტიკები იძლევა უფრო დაბალ პიკს ანუ მაქსიმალურ ეფექტს. სამაგიეროდ, მიღებული ეფექტი უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე ინექციითა თუ შესუნთქვით მიღებისას. ინექციური ნარკოტიკების ეფექტები, როგორც წესი, ძალიან სწრაფად ვლინდება (რამდენიმე წამიდან რამდენიმე წუთამდე), ძალიან მაღალ პიკს აღწევს და შედარებით მოკლე მოქმედების დრო აქვს. ნარკოტიკის შესუნთქვა ბევრ ასპექტში ძალიან ჰგავს ინექციას, ანუ აქვს ძალიან მოკლე გამოვლენის დრო, მაღალი პიკის ეფექტი და შედარებით ხანმოკლე მოქმედების პერიოდი.

მოქმედების გამოვლენის დროის, პიკის და მოქმედების ხანგრძლივობის გარდა ნარკოტიკის მოხმარების განხილვისას მხედველობაში უნდა მივიღოთ რამდენიმე სხვა ფაქტორიც. ამათგან ზოგიერთი მითითებულია ქვემოთ ჩამონათვალში.

**ილუსტრაცია 2.1**

**ნარკოტიკის მიღების მეთოდების უპირატესობები და რისკები**

**გადაყლაპვა**

მოხერხებულობა: აბების ან სითხეების მიღება ადამიანთა უმრავლესობისთვის ძალიან მოსახერხებელია.

ფასი: როგორც წესი, არის უფრო იაფი, ვიდრე ინექციისთვის ან შესასუთქად განკუთვნილი ნარკოტიკები.

უსაფრთხოება: ზედღობის შემთხვევაში ზოგჯერ შეიძლება კუჭის გამორეცხვით გამოიღვენოს ან გაზავდეს.

კუჭ-ნაწლავის გაღიზიანება: შეიძლება გამოიწვიოს კუჭის ან ნაწლავების გაღიზიანება.

დოზირების სიზუსტე: სანამ ინდივიდზე იმოქმედებდეს, შესაძლებელია ნარკოტიკი მხოლოდ ნაწილობრივ შეითვისოს ან ქიმიურად შეიცვალოს კუჭის, ნაწლავების ან ღვიძლის მოქმედების გამო.

**ინექცია**

ეფექტიანობა: ნარკოტიკის მთელი დოზა შედის პირდაპირ სისხლში.

ტკივილი: ბევრი ადამიანი ერიდება ინექციას მასთან დაკავშირებული ტკივილის გამო.

ზედღობის რისკი: ძალიან რთულია, თუკი საერთოდ შესაძლებელია, ინექციებით მიღებული ნარკოტიკის გამოღვენა, გაზავება ან განეიტრალება.

დაავადებები: დაბინძურებული ნემსები და არასწორი ტექნიკა შესაძლებელია ინფექციების, ანთებების, ვენების დაზიანების და ნაიარევების მიზგი გახდეს.

**შესუნთქვა**

დოზირების რეგულირება: სწრაფი მოქმედება იძლევა შედარებით ზუსტი დოზირების საშუალებას.

ეფექტიანობა: ყურადღებით კონტროლის გარეშე ნარკოტიკის ნაწილი იკარგება ან გაზავდება ჰაერით.

დაზიანება: შესაძლებელია ცხვირის, პირის, ტრაქეის და ფილტვების ტრავმირება.



## ნარკოტიკების ურთიერთქმედება

მოხმარების სიხშირეს რომ განვიხილავდით, აღვნიშნეთ, რომ ნარკოტიკის დოზები შესაძლოა მიღებული იქნეს ერთმანეთის მიყოლებით, ისე, რომ გააძლიერონ ეფექტის ინტენსიობა ანდა გაახანგრძლივონ იგი. ასევე, ორი ან მეტი ნარკოტიკი შეიძლება მიღებული იქნეს მიყოლებით, ისე, რომ შეიცვალოს ეფექტების ტიპი ან სიძლიერე.

ნარკოტიკების ამგვარი ურთიერთქმედებები შეიძლება დაიყოს სამ ძირითად კატეგორიად: ადიტიური, სინერგიული და ანტაგონისტური. ადიტიური ურთიერთქმედებები წარმოიქმნება, როდესაც სხვადასხვა ნარკოტიკი კომბინირდება, რათა გაიზარდოს ეფექტის ინტენსიობა, რაოდენობა და ხანგრძლივობა. ადიტიური ურთიერთქმედება შეიძლება წინასწარ განისაზღვროს, თუკი ჩვენთვის ცნობილია ცალკეული ნარკოტიკების ეფექტები. მაგალითად, ტუინალი არის სეკობარბიტალის და ამობარბიტალის კომბინაცია და შექმნილია სეკობარბიტალის უფრო სწრაფი დამამშვიდებელი/დამაძინებელი ეფექტის კომბინირებისთვის ამობარბიტალის უფრო ხანგრძლივ მოქმედებასთან. ქუჩებში ალკოჰოლი ან მარიხუანა ხანდახან გამოიყენება სხვა ნარკოტიკთან ერთად ამ უკანასკნელის ეფექტის გასაძლიერებლად.

ნარკოტიკების სინერგიული ურთიერთქმედებები მოულოდნელი ბუნებისაა. ანუ, ცალკეული ნარკოტიკების ეფექტების ცოდნა არ იძლევა საშუალებას, ზუსტად ვინიანასწარმეტყველოთ კომბინირებული გამოყენების შედეგი. ადიტიური და სინერგიული ურთიერთქმედების გარჩევა ყოველთვის ადვილი არაა, მაგალითად, ალკოჰოლის (დეპრესანტის) და სეკონალის (დეპრესანტი) კომბინირება შესაძლოა დასრულდეს ცენტრალური ნერვული სისტემის ძლიერი დათრგუნვით, კომით და სიკვდილითაც კი, უბრალო რელაქსაციის და ძილის ნაცვლად, თუმცა ეს ეფექტი, როგორც წესი, შეიძლება ვინიანასწარმეტყველოთ ორივე ნარკოტიკის ცოდნაზე დაყრდნობით. მეორე მხრივ, „ტ“-ების მიღება „ლურჯებთან“ ერთად, ანუ ტალვინის შერევა ვალიუმთან, იძლევა სინერგიული ეფექტის უფრო მკაფიო მაგალითს. „ტ“-ს (ტალვინი – სინთეტური ოპიატი) შერევა „ლურჯებთან“ (პირიბენზამინი – ანტიჰისტამინი) ძალიან ზრდის ტალვინის, ანუ პენტამოციტის, ნარკოტიკულ ეფექტებს. ამის მსგავსად, ტაგამეტის კომბინირება ვალიუმთან მნიშვნელოვნად ზრდის ვალიუმის სედატიურ მოქმედებას.

ანტაგონისტური რეაქციების შემთხვევაში ნარკოტიკები ეწინააღმდეგებიან ერთმანეთის ეფექტებს. ანტაგონისტური ურთიერთქმედებები შეიძლება აღინიშნოს, როდესაც ნარკოტიკები კონკურირებენ ერთი და იმავე რეცეპტორისთვის (ფარმა-ანტაგონიზმი), ასტიმულირებენ საწინააღმდეგო ფიზიოლოგიურ რეაქციებს (ფიზიოლოგიური ანტაგონიზმი) ან ქიმიურად ანეიტრალევენ ერთმანეთს (ქიმიური ანტაგონიზმი). ფარმაკოლოგიური ანტაგონიზმის კლასიკური მაგალითია მორფინის და ნალტრექსონის კომბინაცია. ნალტრექსონს აქვს მეტი ბმის უნარი (აფინურობა), ვიდრე მორფინს, მაგრამ არ გააჩნია გამომხატული ეფექტიანობა (სტიმულაციის უნარი). ამგვარად, ნალტრექსონი იკავებს რეცეპტორებს, ბლოკავს მორფინს და არ წარმოშობს მის ეფექტებს. დექსამილი, „სპიდბოლი“ (speedball), და „გუფბოლი“ (goofball) არის ფიზიოლოგიური ანტაგონიზმის მაგალითები. დექსამილი არის დექსტროამფეტამინის (სტიმულატორის) და ამობარბიტალის (დეპრესანტის) კომბინაცია. სპიდბოლი და გუფბოლი ასევე სტიმულატორის და ოპიატის ანუ დეპრესანტის კომბინაციაა. კომბინირების მიზანია ნარკოტიკის ეფექტის „შერბილება“ – გედმეტი სტიმულირების ან დამშვიდების თავიდან აცილება. ქიმიური ანტაგონიზმის მაგალითია კალციუმით მდიდარი ყოველდღიური პროდუქტების კომბინირება ტეტრაციკლინთან (ანტიბიოტიკი), რაც ანტიბიოტიკს ანეიტრალეხს.

ცხადია, ნარკოტიკის ეფექტი დამოკიდებულია რამდენიმე ფაქტორზე, მათ შორის – დოზაზე, კომპოზიციამზე, მოხმარების სიხშირეზე, მოხმარების ხერხზე და მის ურთიერთქმედებაზე სხვა ნარკოტიკებთან (ხანდახან საკვებ პროდუქტებს

აქვთ ნარკოტიკულის მსგავსი ეფექტები). ნარკოტიკის მიღების შემდეგ მის ეფექტებს მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს მომხმარებლის ფიზიოლოგიური მახასიათებლები.

## მომხმარებლის ფიზიოლოგიური ფუნქციონირება

მომხმარებლის დინამიური ფიზიოლოგია ხშირად გავლენას ახდენს ნარკოტიკის ეფექტებზე. ამგვარად, მნიშვნელოვანია იმის გაგება, თუ როგორ რეაგირებს და როგორ გადაამუშავებს ნარკოტიკს ადამიანის სხეული. არ არსებობს ორი მომხმარებელი, რომლებიც ზუსტად ერთნაირ ეფექტებს განიცდიან და ერთმა და იმავე მომხმარებელმაც შესაძლებელია ერთი და იგივე ნარკოტიკისგან სხვადასხვა დროს განსხვავებული განცდები მიიღოს.

თავის მხრივ, ნარკოტიკები ხშირად ახდენს პირდაპირ და ირიბ გავლენას მომხმარებლის ფიზიოლოგიაზე. პირდაპირი ცვლილება არის მომხმარებლის უტრედებში, ქსოვილებში, ორგანოებში და სისტემებში ქიმიური რეაქციების შედეგი. ასეთი პირდაპირი ცვლილებები წარმოიშობა ბიოლოგიური შემადგენელი ნაწილების გაღიზიანებით, ალტერაციით ან დარღვევით. ასევე, ნარკოტიკებს შეუძლია მომხმარებელში ფიზიოლოგიურ პროცესებზე ირიბი გავლენის მოხდენა დაავადების, დაზიანების, არასწორი კვების გამოწვევით. ამავე დროს, ეს პირდაპირი თუ ირიბი ცვლილებები ხშირად შეიძლება სასურველი იყოს, როგორც, მაგალითად, იმუნური სისტემის ფუნქციონირების გაუმჯობესების, ტკივილის ან გაღიზიანების შემცირების ან საკვები ნივთიერებების შეთვისების გაუმჯობესების შემთხვევაში. ამგვარად, ფიზიოლოგიური პროცესები ერთდროულად კიდევაც ახდენენ გავლენას მომხმარებელი სუბსტანციის თვისებებზე და თავადაც განიცდიან მათ ზემოქმედებას.

ეს სექტორი ორ ნაწილად არის გაყოფილი (Meyer & Quenzer, 2005). პირველ ნაწილში ყურადღება გამახვილებულია ნარკოტიკების ფარმაკოკინეტიკაზე. ის განიხილავს სხეულის მიერ ნარკოტიკის შეთვისებასთან, განაწილებასთან, მატაბოლიზმთან და გამოყოფასთან დაკავშირებულ ფიზიოლოგიურ პროცესებს. მეორე ნაწილი ფოკუსირდება ფარმაკოდინამიაზე. ის განიხილავს, სად და როგორ ვლინდება ნარკოტიკის ეფექტები. ფარმაკოდინამია, ჩვენი მიზნებისთვის, მოიცავს მომხმარებლის ნევროლოგიურ ფუნქციონირებას.

## ფარმაკოკინეტიკა

აბსორბცია (შეთვისება). სანამ ნივთიერება ეფექტს გამოავლენდეს, მომხმარებელმა ის უნდა შეითვისოს. ნარკოტიკების მიღების სამი ძირითადი გზა უკვე განვიხილეთ. თუმცა ასევე მნიშვნელოვანია იმის გააზრება, რომ მომხმარებლის ადგილის პირობები გავლენას ახდენს მომხმარებლის მიერ ნივთიერების შეთვისებაზე.

ინექციების შემთხვევაში მთავარი ფაქტორი არის ინექციის ადგილას სისხლის ნაკადის მოცულობა. ინტრავენული და ინტრაარტერიული ინექციები, როგორც წესი, ყველაზე სწრაფად შეთვისებადია, რადგანაც ნივთიერების ანუ ბოლუსის პირდაპირ სისხლში შეყვანა ხდება. კუნთში ინექციის და კანქვეშ ინექციის შემთხვევაში შეთვისების სიჩქარე დამოკიდებულია სისხლის მიმოქცევაზე ამ ინექციის არეში. ასევე, შესუნთქული ნივთიერების შეთვისების დრო იცვლება ცხვირის თუ პირის ღრუს, ტრაქეის ან ფილტვების დაავადების ან დაზიანების დონის მიხედვით.

გადასაყლაპი ნარკოტიკების შეთვისება ცოტა უფრო რთულია. ჯერ ერთი, ნარკოტიკი უნდა მოხვდეს ხსნარში. სითხეები უფრო ადვილად შეიწოვება, ვიდრე აბები ან კაფსულები. ამ უკანასკნელთა შეთვისება შეიძლება გაუმჯობესდეს დამშლელი კომპონენტების დამატებით ან შეფერხდეს სპეციალური დაშლის დასაყოვნებელი საფარების გამოყენებით. მეორე, გადაყლაპული ნარკოტიკები,



როგორც წესი, უფრო ადვილად შეიწოვება ნაწლავებში, ვიდრე კუჭში, ამიტომ კუჭში საკვების არსებობა შეიძლება აფერხებდეს შეთვისებას. მესამე, კუჭის და ნაწლავების მჟავიანობა/ტუტიანობა გავლენას ახდენს ხსნადობაზე. როგორც კუჭის მჟავიანობა, ასევე ნაწლავების ტუტიანობა შეიძლება შეცვლილი იყოს მრავალი ფაქტორის გამო, როგორებიცაა საკვები, სხვა ნარკოტიკები და დაავადებები ან დაზიანებები. მეოთხე, მაღალი დოზები წარმოქმნის ნარკოტიკის მაღალ კონცენტრაციებს, მაღალი კონცენტრაციები კი უფრო სწრაფად შეითვისება, ვიდრე დაბალი კონცენტრაციები. და ბოლოს, ზეთში ხსნადი ნარკოტიკები უფრო სწრაფად შეაღწევენ მომწელებელი სისტემის მემბრანულ კედლებში და ხვდებიან სისხლში, ვიდრე წყალში ხსნადი ნარკოტიკები.

**ბანანლიზაბ.** იმ შემთხვევის გარდა, როდესაც ნარკოტიკის ინექცია პირდაპირ მოქმედების არეში ხდება, ნივთიერება უნდა მოხვდეს მიღების ადგილიდან. განაწილება დამოკიდებულია მომხმარებლის გულსისხლძარღვთა ფუნქციონირებაზე. სხეულში ნივთიერების განაწილებაზე გავლენას რამდენიმე ფაქტორი ახდენს.

პირველ რიგში, ნივთიერების შეთვისება სისტემურია, ანუ ნარკოტიკი სისხლს მიჰყვება და ისე ედება მთელ სხეულს. მეორე, იმისთვის, რომ გადაადგილდებოდეს სისხლთან ერთად, ნარკოტიკს უნდა ახასიათებდეს გარკვეული აფინურობა სისხლის რომელიმე ქიმიურ ელემენტთან (უკავშირდებოდეს მას) ან მოძრაობდეს ჰიდრაფლიკური წნევის გავლენით. მესამე, სიჩქარე, რომლითაც ნარკოტიკი გადაიტანება, დამოკიდებულია გულის მუშაობის ეფექტიანობაზე. გულის ეფექტიანობა, თავის მხრივ, დამოკიდებულია გულის კუნთის ჯანმრთელობაზე და სტიმულირებაზე. და ბოლოს, ის, აღწევს თუ არა საკმარისი ნარკოტიკი მოქმედების არეს, დამოკიდებულია როგორც დოზაზე (რადგან ის გაზავებული იქნება მთელ სხეულში), ასევე მის აფინურობაზე ორგანიზმის სხვადასხვა ბიოლოგიურ კომპონენტთან (ნარკოტიკი შეიძლება შეკავებული იყოს სხეულის არააქტიურ ან უგრძობ არეებში).

**მეტაბოლიზმი.** ნარკოტიკის სხეულში განაწილების პროცესში ის ადრე თუ გვიან ხვდება ღვიძლში – სხეულის უმთავრეს დეტოქსიკაციის სისტემაში. ღვიძლს აქვს უნარი, შეცვალოს თავდაპირველი ნივთიერება და გარდაქმნას იგი ახალ და ხშირ შემთხვევაში, არააქტიურ ნარკოტიკად. ღვიძლს შეუძლია, მოახდინოს ოთხ ქიმიურ ცვლილებათაგან ნებისმიერი: დაჟანგვა, ჰიდროლიზი, აღდგენა ან კონიუგაცია (ნარკოტიკის მოლეკულის კომბინირება ბიოლოგიურ შენაერთთან). მეორე ნაბიჯად, ეს ქიმიური ცვლილებები წარმოქმნიან მეტაბოლურ გვერდით პროდუქტებს, რომლებიც, როგორც წესი, წარმოადგენენ თავდაპირველი ნივთიერების დეაქტივირებულ ფორმას, რომელიც შეიძლება გამოიდეფნოს სხეულიდან.

გადაყლაპული ნარკოტიკების ერთ-ერთი უარყოფითი ასპექტი არის ის, რომ მათი მნიშვნელოვანი ნაწილი მონელების სისტემიდან გადაინაცვლებს ღვიძლში და მეტაბოლიზდება მანამ, სანამ რამე გავლენას მოახდენს მომხმარებლის ქცევაზე (პირველი რიგის მეტაბოლიზმი). ამის გარდა, თუმცა ჩვეულებრივ მეტაბოლიზმის პროდუქტები ნაკლებად აქტიური არიან, ვიდრე თავდაპირველი ნივთიერება, ხანდახან (როგორც ქლორჰიდრატის შემთხვევაში) ღვიძლი ქმნის აქტიურ ნარკოტიკს არააქტიურისგან. და ბოლოს, ჩვენ უნდა გვახსოვდეს, რომ ნარკოტიკის მცირე რაოდენობები შეიძლება მეტაბოლიზდეს ღვიძლის გარეთ და რომ ნარკოტიკების უმრავლესობის მცირე დოზები ხშირად გადაუმუშავებლად გამოიყოფა.

ნარკოტიკის მეტაბოლიზაციის სიჩქარე დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე. ღვიძლის დაავადება ან დაზიანება შეიძლება აფერხებდეს მეტაბოლიზაციას. ცუდი კვება შეიძლება გავლენას ახდენდეს მეტაბოლიზმზე, რადგანაც ხელმისაწვდომი არ იყოს ფერმენტების და კატალიზატორების წარმოებისთვის აუცილებელი ვიტამინები, მინერალები და სხვა შენაერთები. გულსისხლძარღვთა მოქმედება

ასევე მნიშვნელოვანია, რადგან, რაც უფრო ნელა მიეწოდება ნარკოტიკი ღვიძლს, მით უფრო ნელა მოხდება მისი მეტაბოლიზმი. სხეულის ქსოვილებში ნარკოტიკის იზოლირება ან დაგროვება ასევე აფერხებს მეტაბოლიზმს. ერთი ფაქტორი, რომელსაც შეუძლია მეტაბოლიზმის დაჩქარება, არის მომხმარებლის მიერ ნივთიერების ან მონათესავე ნარკოტიკის წარსულში მოხმარება. ნარკოტიკის გამოყენება ხშირად ასტიმულირებს მისი მეტაბოლიზმისთვის საჭირო ფერმენტების და კატალისტების წარმოებას. შედეგად, ამ შენაერთების გაზრდილი ხელმისაწვდომობის ფონზე, ღვიძლი ნივთიერებების მეტაბოლიზაციაში უფრო ეფექტიანი ხდება. გაზრდილი ეფექტიანობა ანუ მეტაბოლური ტოლერანტობა ერთ-ერთი ფაქტორია ნარკოტიკის მიმართ ტოლერანტობის გამომუშავებაში.

ნივთიერების მეტაბოლიზაცია არის ის უპირველესი გზა, რომლითაც წყდება ნარკოტიკის ნოქმედება. ნარკოტიკის შეთვისების შემდეგ და მისი გადანაწილების პირველად სტადიებზე ნივთიერების შეფარდებითი კონცენტრაცია უფრო მაღალია სისხლის პლაზმაში, ვიდრე სხვა ქსოვილებში. გადანაწილების შემდგომ ეტაპებზე, ჰომეოსტაზური წონასწორობის მიღწევის შედეგად, მყარდება ნარკოტიკის შეღავრებითი ბალანსი სისხლის პლაზმასა და სხვა ქსოვილებს შორის. ღვიძლის მიერ ნივთიერების მეტაბოლიზაციის პროცესში იგი კვლავ ბრუნდება სისხლში შეფარდებითი წონასწორობის შესანარჩუნებლად. სისხლში დაბრუნება ნიშნავს, რომ ნივთიერება ტოვებს ნოქმედების არეს და მისი ეფექტებიც წყდება.

**გამოყოფა.** ნარკოტიკის ფარმაკოკინეტიკის ფინალური სტადია არის ნივთიერების და მისი მეტაბოლიზმის თანმდევი პროდუქტების ექსკრეცია (გამოყოფა). ნარკოტიკების შემთხვევაში გამოყოფის ძირითადი გზა არის მოშარდვა (ურინაცია). თუმცა ნარკოტიკის ნაწილი ან მისი წარმოებულები შეიძლება გამოიყოს დეფეკაციის, სუნთქვის ან ოფლის მოდენის გზით.

იმის გამო, რომ მოშარდვა გამოყოფის მთავარი გზაა, თირკმელების და შარდის ბუშტის ფუნქციონირება მნიშვნელოვანი საკითხი ხდება. ჯერ ერთი, თირკმელების უნარი, გამოდევნოს ნარკოტიკი და მისი მეტაბოლური პროდუქტები, დამოკიდებულია გულსისხლძარღვთა და ღვიძლის ფუნქციებზე. მეორე, თირკმელების ან შარდის ბუშტის დაავადებამ ან დაზიანებამ შეიძლება შეაფერხოს გამოყოფის სიჩქარე. და ბოლოს, სუფთა ნარკოტიკები და მათი მეტაბოლიზმის პროდუქტები შეიძლება ხელახლა შეინვოს სისხლში საშარდე სისტემიდან. ამგვარად, გამოყოფის ფუნქციების დაზიანება შესაძლებელია აგრძელებდეს ნარკოტიკის ეფექტების ნოქმედების დროს ან ინვევდეს სხვა ეფექტებს. მაგალითად, მომხმარებლის შარდში შეიძლება აღმოჩნდეს ფენობარბიტალის და მესკალინის მნიშვნელოვანი რაოდენობები. ამ ნარკოტიკების გამოყოფის დაყოვნებამ მას მერე, რაც ისინი გამოდევნილი არიან სისხლის მიმოქცევის სისტემიდან, შეიძლება გამოიწვიოს აქტიური ნარკოტიკის მნიშვნელოვანი რეაბსორბცია.

ნარკოტიკის ნახევარდაშლის პერიოდი არის ის დრო, რომელიც საჭიროა საწყისი დოზის ნახევრის მეტაბოლიზირებისა და გამოყოფისთვის (Coombs & Howatt, 2005). ამგვარად, ნახევარდაშლის პერიოდი არის ნარკოტიკის ნოქმედების ხანგრძლივობის საზომი. ნახევარდაშლის საზომი გულისხმობს გულსისხლძარღვთა, მეტაბოლურ და გამოყოფის ფუნქციების „ნორმალურ“ მუშაობას. თუ ეს ფუნქციები გაძლიერებულია ან (რაც უფრო ალბათურია) დაქვეითებულია, ნოქმედების ხანგრძლივობა კონკრეტული მომხმარებლისთვის მცირდება ან იზრდება.

**ფარმაკოდინამიკა**

ფარმაკოდინამიკა შეისწავლის, თუ ნარკოტიკი სად და როგორ იძლევა შესაბამის ეფექტებს. ზოგადად, ფსიქოაქტიური ნივთიერებები ძირითად ეფექტებს ქმნიან ნერვულ სისტემაზე ზემოქმედების შედეგად (Cooper, Bloom, & Roth, 2003). ამგვარად,

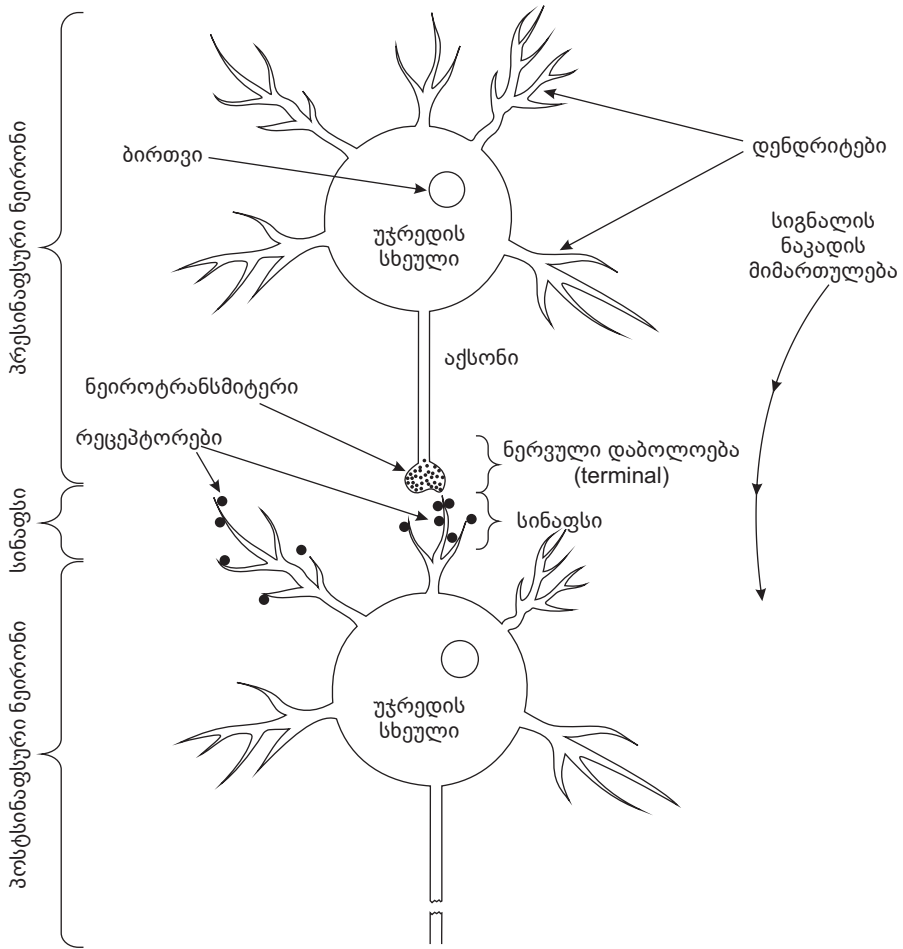
უკეთ რომ გავიგოთ სხვადასხვა ნარკოტიკის მოქმედების არე და მექანიზმი, დავიწყებთ განხილვას ადამიანის ზოგადი ნეირობიოლოგიით.

**ნეირობიოლოგიური პრინციპების მიმოხილვა.** ნეირობიოლოგიურ სისტემას სამი ნაწილი აქვს. პერიფერიული ნერვული სისტემა (PNS) სხეულის ზედაპირზეა განფენილი ყველა მიმართულებით. მას გადააქვს შეტყობინებები (ისეთები, როგორიცაა შეხება, სითბო, სიცივე და ტკივილი) მთელი სხეულიდან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში (CNS) და გადმოაქვს რეფლექსური და ნებითი მოქმედების სიგნალები უკან, კუთებისკენ. ავტონომიური ნერვული სისტემა (ANS) პასუხისმგებელია სხეულის მეტ-ნაკლებად ავტომატურ ფუნქციებზე. ის მართავს გულისცემას, სუნთქვას, საკვების მონელებას და სხვა მსგავს ფუნქციებს. ავტონომიური ნერვული სისტემა იყოფა ორ ნაწილად: პარასიმპათიკური ნერვული სისტემა (PSNS) და სიმპათიკური ნერვული სისტემა (SNS). ეს ორი კომპონენტი ავსებს ერთმანეთს იმგვარად, რომ, როდესაც PSNS აქტიურია, SNS პასიურია და პირიქით. პარასიმპათიკური ნერვული სისტემა ავტონომიური ნერვული სისტემის ფუნქციონირების „ნორმალურ“ მოქმედების რეჟიმს წარმოადგენს და არის ენერგოეფექტური. სიმპათიკური ნერვული სისტემა ANS-ის აგზნებული მდგომარეობაა და ამზადებს ორგანიზმს მაღალენერგიული, მაგალითად, შიში/ბრძოლა/გაქცევა მდგომარეობისთვის. პარასიმპათიკური და სიმპათიკური ნერვული სისტემის აქტივაციის ეფექტები შეჯამებულია შემდეგ ცხრილში.

<b>ილუსტრაცია 2.2</b>	<b>პარასიმპათიკური და სიმპათიკური კონტროლის ეფექტები</b>	
<b>ორგანოთა სისტემა</b>	<b>პარასიმპათიკური</b>	<b>სიმპათიკური</b>
გული	ნორმალური პულსი და მოცულობა	გახშირებული პულსი და გაზრდილი მოცულობა
სისხლძარღვთა	გათართობებული	შევიწროებული
გასტროინტესტინური	გაზრდილი ტონუსი და მოტორიკა; გაიოლებული გამოყოფა	შემცირებული ტონუსი და მოტორიკა; შეკავებული გამოყოფა
ღვიძლი	გლიკოგენების	გლიკოგენოლიზი
კანი	არ აღინიშნება	სტიმულირებული ოფლიანობა და პილოერექცია (დაბურძგვლა)
სუნთქვა	ნორმალური სიხშირე და ეფექტურობა	გაზრდილი სიხშირე და ეფექტურობა
თვალი	შევიწროებული გუგა და ბროლი (ახლო ხედვა, ანუ მიოპია)	გათართობული გუგა და ბროლი (შორს ხედვა, ანუ ჰიპეროპია)

ნერვული სისტემის მესამე და სავარაუდოდ ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილი, ფსოქოაქტიური ნივთიერებების გავლენის თვალსაზრისით, არის ცენტრალური ნერვული სისტემა, რომელიც შედგება თავისა და ზურგის ტვინისგან. თუმცა PNS-ის და ANS-ის მოქმედებების უმრავლესობა ცნობიერების ზღურბლს მიღმა ხდება, ისინი ყველა ასახულია CNS-ში და შეიძლება მოდიფიცირებული იყვნენ ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტივაციით.

ნეირონი ანუ ნერვული უჯრედი არის ნერვული სისტემის ძირითადი შემადგენელი ნაწილი. ნეირონული სისტემა მოიცავს მილიარდობით ნეირონს, რომელთა უმრავლესობა არის თავის ტვინში. ნეირონების სიგრძე ვარიირებს რამდენიმე მილიმეტრიდან თითქმის მეტრამდე. ნეირონის ძირითადი კომპონენტები მოცემულია დიაგრამაზე 2.5.



დიაგრამა 2.5 | ტიპური ნეირონი

წყარო: გადმოტანილია აშშ-ს ალკოჰოლისა და ჯანმრთელობის კონგრესისთვის წარდგენილი მესხეთე სპეციალური ანგარიშიდან (Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health), დეკემბერი, 1983 წ.

სიგნალები ვრცელდება ნერვულ სისტემაში, ელექტროქიმიური პროცესების მეშვეობით (დიაგრამა 2.5). ნეირონში სიგნალი ვრცელდება დენდრიტებიდან უკრედის სხეულში, აქსონში და დაბოლოებებში ელექტროქიმიური პროცესის მეშვეობით, რომელიც გულისხმობს ქიმიური იონების გაცვლას ნეირონის მემბრანის გავლით. მეორე მხრივ, დენის ეს ნაკადი არასაკმარისია სინაფსური ნაპრალის დასაძლევად ერთი ნეირონის დაბოლოებასა და მომდევნო ნეირონების დენდრიტებს ან აქსონებს შორის.

იმისთვის, რომ სიგნალმა გადალახოს სინაფსი, ელექტროქიმიური ძალა უნდა გარდაიქმნას ქიმიურად. ეს გარდაქმნა ხდება მაშინ, როცა ნივთიერებები, რომლებიც ცნობილი არიან, როგორც ნეიროტრანსმიტერები, გამოთავისუფლდებიან მათი შენახვის არეებიდან ანუ ვეზიკულებიდან. ნეიროტრანსმიტერები ავსებენ სინაფსს და ასტიმულირებენ შემდეგი სინაფსის რეცეპტორებს. რეცეპტორების სტიმულირება ალაგზნებს შემდეგი ნეირონის ელექტროქიმიურ მახასიათებლებს. ელექტროქიმიურ მახასიათებლებში ცვლილება შეიძლება იყოს ამგზნები ან დამთრგუნველი (ინჰიბიტორული). ანუ, რეცეპტორის სტიმულირებით ნეიროტრანსმიტერს შეუძლია შესაბამისი ელექტროქიმიური ნაკადის ინიცირება მომდევნო ნეირონში, ან ნეიროტრანსმიტერს შეუძლია, შეაფერხოს სიგნალი, რომელიც სხვა შემთხვევაში გავრცელდებოდა ნეირონში (Cooper et al., 2003). ეს ელექტროქიმიური პროცესები იმდენად სწრაფად ვითარდება, რომ იმპულსი ნეირონულ სისტემაში ვრცელდება 386 კმ/სთ ანუ 106.68 მ/წმ სიჩქარით. ზოგადად შეიძლება ითქვას, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერებები მოქმედებენ ამ პროცესებში ჩარევის გზით.

ცნობილია დაახლოებით 40 ნეიროტრანსმიტერი, თუმცა ზოგი შეფასებით მათი რიცხვი 200-მდე აღის. ყოველი ნერვული დაბოლოება გამოყოფს მხოლოდ ერთ ნეიროტრანსმიტერს და დენდრიტების რეცეპტორები რეაგირებენ მხოლოდ ერთ მათგანზე. ამგვარად, ნერვული იმპულსები გადაიცემა ნერვულ სისტემაში მეტ-ნაკლებად წინასწარგანსაზღვრული გზებით. ურთიერთკავშირები ნეიროსისტემაში, განსაკუთრებით ტვინში, იქმნება მაშინ, როცა ნეირონი რეაგირებს ერთ ნეიროტრანსმიტერზე, მაგრამ გამოყოფს სხვა ნეიროტრანსმიტერს და ამგვარად ასტიმულირებს გვერდითა გადაცემის გზას.

**ნაიროტრანსმიტერები.** მრავალი ცნობილი ნეიროტრანსმიტერიდან ჩვენ განვიხილავთ მხოლოდ რამდენიმეს, რომლებსაც განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვთ ფსიქოაქტიური ნარკოტიკების შესწავლისთვის:

*აცეტილქოლინი* – სავარაუდოდ ყველზე ფართოდ გავრცელებული ნეიროტრანსმიტერი. ის აღმოჩენილია პერიფერიულ, ავტონომურ და ცენტრალურ ნერვულ სისტემებში. აცეტილქოლინი ხან ალაგზნებს, ხან კი აბრკოლებს ნეიროგადაცემას. ის ჩართულია სხადასხვა პროცესებში, როგორიცაა ნებელობითი ქცევა, ძილი და ფხიზლობა, საკვებისა და წყლის მიღება, დასწავლა და დამახსოვრება და განწყობილება.

*კატექოლამინები* – ურთიერთმსგავსი ქიმიური კომპოზიციის მქონე ნეიროტრანსმიტერების ჯგუფი. დოფამინი მონაწილეობს მოტორიკაში, ძალების მოკრებასა და გაძლიერებაში და დასწავლაში. ადრენალინი (ეპინეფრინი) და ნორადრენალინი (ნორეპინეფრინი) ჩართული არიან ავტონომურ ნერვულ აქტივობაში, სადაც ისინი მნიშვნელოვან როლს ასრულებენ შიში/ბრძოლა/გაქცევა რეაქციებში, სხეულის ტემპერატურის მართვის და წყლისა და საკვების მიღების პროცესებში.

*სეროტონინი* – ასევე ცნობილი, როგორც 5-ჰიდროქსიტრიპტამინი სეროტონინი, ჩართულია განწყობილების, აგრესიული ქცევის, მადის და ძილ-ღვიძილის რეგულირებაში.



*გამა-ამინოერბომჟავა – GABA* არის ტვინის უმთავრესი ინჰიბიტორი ნეიროტრანსმიტერი და არეგულირებს სიმშვიდეს, ძილს და კონვულსიებს/კრუნჩხვებს.

*ენდორფინები* – ბუნებრივად წარმოქმნილი, მორფინის მსგავსი შენაერთები, აქვთ თვალსაჩინო ანალგეტიკური (ტკივილგამაყუჩებელი) მოქმედება.

რაკი ნეიროფიზიოლოგიის და ნეიროფარმაკოლოგიის მეცნიერული კვლევის საზღვრები ფართოვდება, მოსალოდნელია, უფრო ღრმა ცოდნა შევიძინოთ იმაზე, თუ როგორ მუშაობს ტვინი და რა ეფექტებს ახდენს ამ პროცესებზე სხვადასხვა ნივთიერებები.

**ნარკოტიკების მოქმედება ნეიროტრანსმისინაზე.** ნარკოტიკს ან გარედან მოწოდებულ ქიმიკატს შეუძლია შეცვალოს ნეიროგადაცემის პროცესები რამდენიმე მიმართულებით:

*ნეირონების განადგურება* – ქიმიკატი შეიძლება იყოს ტოქსიკური, აზიანებდეს ნეირონებს და ამგვარად არღვევდეს ნეიროგადაცემის გზებს. ქიმიური იარაღი ზოგჯერ სწორედ ამ ეფექტის გამოწვევაზეა გათვლილი.

*ნეირონის მემბრანის ცვლილება* – ნეირონის მემბრანის შეღწევალობის ცვლილებით, ნარკოტიკს შეუძლია, ნეირონებში სიგნალის გადამტანი იონების გაცვლა დააბრკოლოს ან მისი სტიმულირება მოახდინოს.

*ფერმენტებზე გავლენა* – ნეიროტრანსმიტერები სინთეზირდება ფერმენტებით. თუ ნივთიერება მოქმედებს ამ ფერმენტებზე, გავლენას განიცდიან ნეიროტრანსმიტერებიც.

*ნეიროტრანსმიტერების გათავისუფლება* – სინთეზირებული ნეიროტრანსმიტერები გროვდება ვეზიკულებში. ნარკოტიკს შეუძლია, გამოიწვიოს ნეიროტრანსმიტერის გამოთავისუფლება ამ სათავსოებიდან და ამგვარად ნერვული აქტიურობის სტიმულირება მოახდინოს.

*ნეიროტრანსმიტერების განადგურება* – ერთ-ერთი გზა, რომლითაც ნეიროტრანსმიტერის მოქმედება შეიძლება შეწყდეს, არის მისი ფერმენტული ან ქიმიური განადგურება. ნარკოტიკს შეუძლია, შეაფერხოს ან დააჩქაროს ეს პროცესი და ამგვარად შეამციროს ან გააძლიეროს პოსტსინაფსური ნეირონის სტიმულირება.

*რეაბსორბციის დათრგუნვა* – მეორე გზა, რომლის მეშვეობითაც შეიძლება შეწყდეს ნეიროტრანსმიტერის მოქმედება, არის მისი სუბსტანციის რეაბსორბცია. ნარკოტიკს შეუძლია, დააჩქაროს ან შეაკავოს რეაბსორბცია და შედეგად შეასუსტოს ან გააძლიეროს გადამცემის მოქმედება.

*ნეიროტრანსმიტერის იმიტაცია* – ნარკოტიკს შეიძლება რეცეპტორების მიმართ ჰქონდეს როგორც აფინურობა, ისე ეფექტურობა და ამგვარად შექმნას ცრუ ნეიროტრანსმისია.

*ცრუ ნეიროტრანსმიტერების სინთეზი* – ნარკოტიკი შეიძლება აბსორბირდეს ნეირონის მიერ და გამოყენებული იყოს ისეთი ნეიროტრანსმიტერის სინთეზირებისთვის, რომელსაც აკლია აფინურობა ან ეფექტურობა.

*რეცეპტორის ბლოკირება* – ნარკოტიკს შეიძლება ჰქონდეს რეცეპტორის მიმართ აფინურობა ეფექტურობის გარეშე, რაც საშუალებას მისცემს ნარკოტიკს, დაიკავოს რეცეპტორი და ამგვარად შეაფერხოს ნეიროტრანსმისია.

*რეცეპტორის მგრძნობიარობის ცვლილება* – პოსტსინაფსურ რეცეპტორთან მიერთებით ნარკოტიკს შეუძლია შეცვალოს რეცეპტორის მგრძნობელობა და ამგვარად გააძლიეროს ან შეასუსტოს ნეიროტრანსმიტერის მოქმედება რეცეპტორზე.



ნარკოტიკები არღვევენ ნეიროტრანსმისიას რომელიმე ზემოთ ხსენებული გზით ან მათი კომბინაციით. ზოგი ნარკოტიკის მოქმედების მექანიზმი კარგადაა გაგებული, სხვებისთვის ჯერ კიდევ ვარაუდებს აგებენ (Sherman, 2007). ცხრილი 2.1 ასახავს ზოგი ნარკოტიკისა და ნეიროტრანსმიტერის სავარაუდო ურთიერთქმედებას.

**ცხრილი 2.1 | ნარკოტიკის და ნეიროტრანსმიტერის ურთიერთქმედება**

ნარკოტიკი	ნეიროტრანსმიტერი	ფეფქტი
ალკოჰოლი	ნეირონული მემბრანები გამა-ამინოფერობომჟავა (Gaba)	ჰიპერპოლარიზება და ნეიროტოქსიკურობა აძლიერებს
ამანიტა მუსკარია	გამა-ამინოფერობომჟავა	აუმჯობესებს
ამფეტამინი	დოფამინი ნორეპინეფრინი	ზრდის ზრდის
ანტიქოლინერგულეები	აცეტილქოლინი	აბრკოლებს
ანტიდეპრესანტები	ნორეპინეფრინი სეროტონინი	ბლოკავს რეაბსორბციას ბლოკავს რეაბსორბციას
ანტიფსიქოზურები	დოფამინი აცეტილქოლინი ნორეპინეფრინი სეროტონინი ჰისტამინი	ბლოკავს რეცეპტორებს ბლოკავს რეცეპტორებს ბლოკავს რეცეპტორებს ბლოკავს რეცეპტორებს ბლოკავს რეცეპტორებს
ასპირინი	პროსტაგლანდინი	აბრკოლებს
ბარბიტურატები	გამა-ამინოფერობომჟავა	ზრდის
ბენზოდიამეპინები	გამა-ამინოფერობომჟავა	ზრდის
კოფეინი	ადენოზინი	ბლოკავს რეცეპტორებს
კოკაინი	დოფამინი სეროტონინი	ზრდის ზრდის
ინჰალანტები	ნეირონული მემბრანები	ჰიპოპოლარიზაცია და ნეიროტოქსიკურობა
ლითიუმი	სეროტონინი	ზრდის
LSD	სეროტონინი	აუმჯობესებს ზრდის
მარიხუანა	ანანდამიდი დოფამინი ნორეპინეფრინი სეროტონინი	ზრდის აუმჯობესებს აუმჯობესებს აუმჯობესებს
მესკალინი	სეროტონინი	აუმჯობესებს
ნიკოტინი	აცეტილქოლინი დოფამინი ნორეპინეფრინი	ზრდის, შემდეგ ამცირებს ზრდის ზრდის
ოპიოიდები	ენდორფინები	აუმჯობესებს
ფენციკლიდინი (PCP)	გლუტამატი	აბრკოლებს
ფსილოციბინი	სეროტონინი	აუმჯობესებს

**ჰომეოსტაზი.** ორგანიზმის ფუნქციონირების ერთ-ერთი ძირეული პრინციპი ის გახლავთ, რომ ორგანიზმი და მისი სხვადასხვა სისტემები მიისწრაფიან ჰომეოსტაზური წონასწორობის შენარჩუნებისკენ. ეს ნიშნავს, რომ არსებობს დინამიური, ანუ ცვალებადი, წონასწორობა, რომელშიც ორგანიზმის ერთი რომელიმე ელემენტის ნებისმიერი ცვლილება კომპენსირდება ცვლილებით რომელიმე სხვა ნაწილში. მაგალითად, გულსისხლძარღვთა მოცულობის გაზრდა, პერიფერიულ სისხლძარღვთა გაფართოება და ოფლიანობა მიმართულია სხეულის ტემპერატურის ნორმის ფარგლებში დაბრუნებისკენ და აკომპენსირებს შიდა ტემპერატურის ზრდას. ამის მსგავსად, ნევროლოგიური სისტემა ოპერირებს კომპენსატორული პროცესების მეშვეობით. ნარკოტიკით გამოწვეული ცვლილებები ნეიროგადაცემაში შეიძლება იწვევდეს ჰომეოსტაზურ ცვლილებებს სხვა ნევროლოგიურ პროცესებში. ასეთი კომპენსატორული ცვლილებები შესაძლოა იწვევდეს ნარკოტიკის ეფექტების მიმართ ტოლერანტობას, რომელსაც *ნევროლოგიურ ანუ ფსიქოლინამიურ ტოლერანტობას* უწოდებენ.

**აღკვეთის და გახანგრძლივებული აღკვეთის მდგომარეობები (withdrawal and rebound).** ნივთიერებათა მოხმარების შედეგად წარმოქმნილი კომპენსატორული ფიზიოლოგიური ცვლილებები სულ მცირე, ნაწილობრივ მაინც პასუხისმგებელია ისეთ ფენომენებზე, როგორიცაა აღკვეთის მდგომარეობა და გახანგრძლივებული აღკვეთის მდგომარეობა. ნივთიერებათა მოხმარების პასუხად სხეული ჰომეოსტაზური პროცესის მეშვეობით აკომპენსირებს ნარკოტიკის ეფექტებს. ინდივიდი უკვე ფუნქციონირებს ახალ ჰომეოსტაზურ დონეზე, რომელიც თავის შესანარჩუნებლად საჭიროებს ნარკოტიკს. ნარკოტიკის მეტაბოლიზირების და გამოყოფისთანავე წონასწორობა ირღვევა, რაც იწვევს ახალი ფიზიოლოგიური კომპენსაციის საჭიროებას. დროდადრო ან პერიოდული მოხმარებისას ეს კომპენსაცია იწვევს აღკვეთის მდგომარეობას, როდესაც ინდივიდი გადადის ნორმალური მდგომარეობიდან ინტოქსიცირებულში და შემდეგ ინტოქსიცირებულის საპირისპირო მდგომარეობაში. ასე მაგალითად, სტიმულატორების გამოყენებას ხშირად მოჰყვება დეპრესიის, ლეთარგიის და დაღლილობის პერიოდები. ნარკოტიკის ხანგრძლივი განმეორებითი მოხმარებისას ნივთიერების დანაკლისის კომპენსირების პროცესს სულ უფრო მეტი დრო სჭირდება და ის სულ უფრო რთული მისაღწევად ხდება ფიზიოლოგიურად. ამგვარად, გახანგრძლივებული აღკვეთის მდგომარეობა შეიძლება ტოლერანტობით, როგორც გაჭიანურებული აღკვეთის მდგომარეობა. ასე მაგალითად, გლუფანტილი და დეპრესანტების და ნარკოტიკების (narcotics) მიმართ მოითხოვს ნარკოტიკის შემცველი პრეპარატების (drug) ხშირ მოხმარებას. ნარკოტიკების შემდეგ გახანგრძლივებული აღკვეთის მდგომარეობა ასევე მოითხოვს საკმაოდ ხანგრძლივ პერიოდს ნორმალური მდგომარეობის მისაღწევად (ან ხელახლა მისაღწევად).

**ასაკი.** რამდენიმე მიზეზის გამო მოხმარებლის ასაკი მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ნარკოტიკის დოზირებისა და ეფექტების განსაზღვრაში. ჯერ ერთი, სხეულის წონა იცვლება ასაკთან ერთად და ბავშვები და მოხუცები, როგორც წესი, მოზარდებზე, ახალგაზრდებზე და საშუალო ასაკის პირებზე ნაკლებს იწონიან. მეორე, სხვადასხვა ასაკში განსხვავდება ფიზიოლოგიური ფუნქციებიც და გულსისხლძარღვთა, მეტაბოლური და გამოყოფის ფუნქციები ასაკთან ერთად ნელდება. მესამე, ასაკთან ერთად იცვლება ნევროლოგიური ფუნქციები. მეოთხე, ასაკი ცვლის სხეულის ცხიმის, ცილის და ნახშირწყლების პროპორციას. და ბოლოს, ასაკთან ერთად იცვლება მრავალი ფსიქოლოგიური ფუნქცია. შედეგად, ბევრი ნარკოტიკისთვის არსებობს პედიატრიული დოზირების რეკომენდაციები და ზოგისთვის დადგენილია გერიატრიული დოზებიც.

**ბენდარი.** მოხმარებლის გენდერი, ისევე როგორც ასაკი, არის ჯამური მახასიათებელი, რომელიც რამდენიმე ცვლად ფაქტორს შეიცავს. პირველი, მამაკაცების

სხეულის წონა, როგორც წესი, მეტია, ვიდრე ქალების. მეორე, სხეულის ქონის და კუნთის პროპორცია, როგორც წესი, განსხვავდება ქალებსა და კაცებში. მესამე, ჰორმონალური სხვაობები ქალებსა და კაცებს შორის შესაძლოა გავლენას ახდენდეს ნარკოტიკების ეფექტებზე. მეოთხე, არსებობს განსხვავება ფიზიოლოგიურ ფუნქციონირებაში ქალებსა და კაცებს შორის – განსაკუთრებით, როცა ეს განსხვავება დამოკიდებულია ჰორმონალურ ვარიაციებზე. და ბოლოს, ფსიქოსოციალური მატრიცები ქალებსა და კაცებისთვის ხშირად სხვადასხვაა. ამგვარად, ნარკოტიკმა შესაძლოა სხვადასხვაგვარად იმოქმედოს კაცზე და ქალზე (Meyer & Quenzer, 2005).

**წონა.** მომხმარებლის წონა, ანუ სხეულის მასა, სამედიცინო პრაქტიკაში ნარკოტიკის დოზის განსაზღვრისას ალბათ ყველაზე ხშირად გამოყენებადი პარამეტრია. ასაკისა და სქესის მსგავსად, წონა სინამდვილეში არის მრავალი პარამეტრის მაჩვენებელი, როგორებიცაა ცხიმის და ცილის პროპორცია, სისხლის მოცულობა და გულსისხლძრღვთა ფუნქცია. ამგვარად რაც უფრო მეტს იწონის მომხმარებელი მით მეტი ნარკოტიკის მოხმარება შეუძლია მას არასასურველი ეფექტების განცდის გარეშე.

**რუსა.** მომხმარებლის რასული კუთვნილობა შეიძლება პირდაპირ ან ირიბად მოქმედებდეს ნარკოტიკის ეფექტებზე. პირდაპირ – რასული განსხვავებები სისხლის ქიმიურ შემდგენლობაში და სხვა ფიზიოლოგიურ მახასიათებლებში შეიძლება განსაზღვრავდეს ნარკოტიკის მიერ გამოწვეულ შედეგებს. ირიბად – ინდივიდის ფსიქოლოგიური მატრიცა ხშირად ნაწილობრივ რასობრივი მახასიათებლებითაც განისაზღვრება. ამგვარად, ის, თუ რა მოლოდინი არსებობს ინდივიდის საქციელის მიმართ როგორც ფხიზელ, ისე ნარკოტიკული თრობის მდგომარეობაში, ხშირად იცვლება რასობრივ მაჩვენებელთან ერთად.

**კვამბა.** ნორმალური ფუნქციონირებისთვის სხეულს სჭირდება მრავალგვარი ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები და მინერალები. ფერმენტები, რომლებიც საჭიროა ნარკოტიკების მეტაბოლიზმისთვის, ასევე საკვები ნივთიერებებიდან სინთეზირდება. შედეგად, ცოტად ან ბევრად გაუწონასწორებულმა დიეტამ შეიძლება შეცვალოს ნარკოტიკის ზეგავლენა.

**საკვამბისა და ნარკოტიკების ურთიერთქმედება.** ისევე, როგორც შესაძლებელია, ორი ნარკოტიკის ურთიერთქმედებამ ერთ-ერთის ან ორივეს ეფექტების გაძლიერება ან დასუსტება გამოიწვიოს, ასევე შეიძლება, სხვადასხვა საკვებმა ზეგავლენა მოახდინოს ნარკოტიკების ეფექტებზე. ყველაზე უფრო ხშირად საკვების არსებობა კუჭში ანელეებს პერორალური ნარკოტიკის მოქმედების დაწყებას იმით, რომ აბრკოლებს მათ შეთვისებას. ამას გარდა, საკვები შეიძლება ბუნებრივად შეიცავდეს ან მასში დამატებული იყოს ნივთიერებები, რომელიც არააქტიურს გახდის პრეპარატს (მაგ., კალციუმით მდიდარი საკვები ტეტრაციკლინთან ან მჟავე საკვები პენიცილინთან) ან სახიფათო რეაქციის სტიმულირებას გამოიწვევს (მაგ., მონოამინ ოქსიდაზის ინჰიბიტორები ტერამინით მდიდარ საკვებთან).

**დაავადება და დაზიანება.** ცხადია, სხვადასხვა ორგანოს დაავადებები ან დაზიანებები შესაძლოა ცვლიდეს ნარკოტიკის აბსორბციას, განაწილებას, მეტაბოლიზმს ან გამოყოფას. ნერვული სისტემის დაავადება ან დაზიანებაც შესაძლოა ცვლიდეს ნარკოტიკის ეფექტების გამოხატვის ძალასაც და ნაირსახეობებსაც. იმის გამო, რომ ნარკოტიკის მოხმარებას ხშირად თან სდევს დაავადებები და დაზიანებები, ქრონიკული მომხმარებლები შეიძლება სულ სხვაგვარად რეაგირებდნენ ნარკოტიკზე, ვიდრე ახალბედები. იგივე პრინციპი მოესადაგება ინდივიდებს, რომელთა დაავადებები ან დაზიანებები არ არის ნარკოტიკით გამოწვეული. მაგალითად, ტკივილის გასაყუჩებლად საჭირო ანალგეტიკის როგორც ტიპი, ასევე რაოდენობა

დამოკიდებულია ტკივილის წყაროსა და სიძლიერეზე (ვთქვათ, ჩვეულებრივი თავის ტკივილი პოსტოპერაციულ ტკივილებთან შედარებით).

**ბენედიქს.** პროფესიონალები თუ ფართო საზოგადოება ბოლო დროს დიდად დაინტერესდა, თუ რა როლი აქვს გენეტიკას ნარკოტიკით გამოწვეულ ეფექტებში (Hasm, Hatzenbuehler, & Waxman, 2006). ზოგიერთი ნივთიერების მიმართ ცალკეული ინდივიდების ალერგიული რეაქციები დიდი ხნის წინაა შემჩნეული. ბოლო დროს ტარდება სისტემატური კვლევები სხვადასხვა ნარკოტიკის მიმართ ინდივიდუალური მდნობიარობის თუ იმუნურობის გამოვლენაში მემკვიდრეობითი ფაქტორების დასადგენად. განსაკუთრებულად აღსანიშნავია ამიელეების მგრძობელობა ალკოჰოლის მიმართ და ალკოჰოლიკი მშობლების ბავშვების მიდრეკილება ალკოჰოლის ავადმობხარების ან ალკოჰოლიზმისკენ.

**ბიორითმიკი.** მრავალი ფიზიოლოგიური პროცესი ციკლურია. ეს ციკლები შესაძლოა იყვნენ თვიური (როგორც მენსტრუალური), დღიური, ცირკადული (როგორც სიფხიზლის და ძილის პერიოდები), ან შეიძლება 24 საათის განმავლობაში რამდენჯერმე მეორდებოდეს (როგორც შიმშილი). კვლევების შედეგები მიუთითებს, რომ ნარკოტიკის ეფექტები შესაძლოა დამოკიდებული იყოს იმაზე, თუ დღე-ღამის რა დროს ან თვის რა პერიოდში გამოიყენება ნარკოტიკი. მაგალითად, სტიმულანტები ნაკლებ ეფექტს ახდენენ კარგად დასვენებულ და ფხიზლად მყოფ ადამიანზე, ვიდრე დაღლილზე.

ჩვენ განვიხილეთ რამდენიმე ფიზიოლოგიური პრინციპი და ინდივიდუალური მახასიათებელი, რომელთაც შეიძლება გავლენა იქონიონ მომხმარებლის რეაქციაზე ნარკოტიკის მიღებისას. ამკარაა, რომ მომხმარებელთა შორის არის მნიშვნელოვანი განსხვავებები. ასევე, არ უნდა გაგვივივრდეს, რომ სხვადასხვა მომხმარებელი ან თუნდაც ერთი და იგივე პირი სხვადასხვა შემთხვევაში განიცდიდენ გარკვეულწილად განსხვავებულ ეფექტებს ერთი და იმავე ნარკოტიკის ერთი და იმავე გზით მიღებულ იდენტური დოზებისგან. სამედიცინო გარემოშიც კი ძნელია იმის წინასწარმეტყველება, თუ რა ეფექტი ექნება ნარკოტიკს, და „ქუჩის მოხმარების“ პირობებს მით უმეტეს ვერ ჩავთვლით იდეალურ გარემოდ ნარკოტიკის ეფექტების განსასაზღვრად. ამავე დროს, მრავალი თვალსაზრისით უფრო ადვილია ნარკოტიკის ეფექტებზე ფიზიოლოგიური ფაქტორების გავლენის გაგება, ვიდრე იმის წინასწარმეტყველება, თუ რა ზეგავლენა ექნება ფსიქოლოგიურ და სოციოკულტურულ ფაქტორებს ნარკოტიკის მოქმედებაზე (Erickson, 2007).

## მომხმარებლის ფსიქოლოგიური მახასიათებლები

იმ ნარკოტიკის ეფექტებს, რომელთა კავშირი ნივთიერების ქიმიასთან ორმაგად ბრმა პლაცებო კვლევებითაა დადასტურებული, *სპეციფიკური ეფექტებს* უწოდებენ. იმ ეფექტებს, რომლებიც დამოკიდებულია ფსიქოლოგიურ და სოციოკულტურულ მახასიათებლებზე, ეწოდება *არასპეციფიკური ეფექტები*. ხშირად ნარკოტიკის არასპეციფიკური ეფექტები უფრო ძლიერია, ვიდრე სპეციფიკური. ამ ნაწილში ჩვენ ვიმსჯელებთ ზოგ ფსიქოლოგიურ მახასიათებლებზე, რომლებიც ცვლიან ნარკოტიკის გავლენას, შემდეგ ნაწილში კი განვიხილავთ ზოგიერთ სოციოკულტურულ ვარიაციას რომლებსაც წვლილი შეაქვთ ნარკოტიკის მოქმედებაში. არსებობს ოთხი ძირითადი ფსიქოლოგიური ცვლადი: ნარკოტიკის მოხმარების წარსული გამოცდილება, მოლოდინები ანუ განწყობა, გუნება და ამოცანა.

### ნარკოტიკის მომხმარებლის წარსული გამოცდილება

მოსახმარი ნარკოტიკის მსგავსი ნივთიერების გამოყენების გამოცდილება ამკარად არის მისი ეფექტების მნიშვნელოვანი განმსაზღვრელი ფაქტორი. უმთავრესი



მნიშვნელობა ენიჭება იმ ფაქტს, რომ წარსულში ნარკოტიკის მოხმარების გამოცდილება უდიდეს გავლენას ახდენს ჩვენს მოლოდინებზე მისი ეფექტების შესახებ (ეს უფრო დეტალურად იქნება განხილული მომდევნო ქვეპარაგრაფში).

ზოგიერთი ნარკოტიკის შემთხვევაში (მაგ., მარიხუანა) ეფექტები იმდენად ფაქიზია, რომ ადამიანი უნდა ისწავლოს, რას მიაქციოს ყურადღება, და განსაზღვროს ეს ეფექტები, როგორც სასიამოვნო. ამას გარდა, გამოცდილების შეძენისას ჩვენ ვსწავლობთ, როგორ შევცვალოთ ჩვენი ქცევა, რათა მოვახდინოთ ნარკოტიკის მიერ შეგრძნებებში, ნებითი ქცევის კონტროლში, აღქმებში და განწყობებში გამოწვეული ცვლილების კომპენსაცია. ჩვენ ასევე ვსწავლობთ, რომ ეს ეფექტები წარმავალია – ისინი თანდათან შეწყდება – და ნაკლებად სავარაუდოა, რომ გამოცდილი მომხმარებელი პანიკაში ჩავარდეს და „ცუდი ტრიპი“ (bad trips) ჰქონდეს. ეს დასწავლის პროცესი ძალიან მნიშვნელოვანია ინტოქსიკაციის მდგომარეობაზე გარეგნული კონტროლის შესანარჩუნებლად და ის მნიშვნელოვანწილად აგებს პასუხს ნივთიერებათა მიმართ გამოცდილი მომხმარებლების ამტანობაზე (ტოლერანტობაზე). ანუ, ნარკოტიკის მიმართ ტოლერანტობა ნაწილობრივ დასწავლილი რეაქციაა.

ჯვარედინი ტოლერანტობა, რევერსული ტოლერანტობა და სწრაფი ტოლერანტობა (ტაქიფილაქსია) შეიძლება, ნაწილობრივ მაინც, აიხსნას, როგორც დასწავლის მექანიზმები. ჯვარედინი ტოლერანტობა თავს იჩენს მაშინ, როცა ერთი ნარკოტიკის ან ნარკოტიკების კლასის მოხმარების წარსული გამოცდილება ზრდის მომხმარებლის ტოლერანტობას მეორე ნარკოტიკის ან ნარკოტიკების ჯგუფის მიმართ. მაგალითად, სხვადასხვა სედაციურ/საძილე საშუალებებს ახასიათებს მნიშვნელოვანი ჯვარედინი ტოლერანტობა, ასევე მრავალი ჰალუცინოგენიც. რევერსული ტოლერანტობა მჟღავნდება მაშინ, როცა ეფექტის მისაღწევად სულ უფრო მცირე დოზებია საკმარისი. რევერსული ტოლერანტობის კლასიკურ მაგალითს წარმოადგენს მარიხუანა – გამოცდილი მომხმარებლები საჭიროებენ ნაკლებ დოზებს ინტოქსიკაციისთვის (კაიფის დასაჭერად) ვიდრე სჭირდებოდათ მაშინ, როცა იწყებდნენ ნარკოტიკის მოხმარებას. მწვავე ან სწრაფი ტოლერანტობა ვლინდება მრავალი ნარკოტიკის შემთხვევაში – მათ შორის ყველაზე აღსანიშნავია ალკოჰოლი. სისხლში ალკოჰოლის რაოდენობა (blood alcohol level, BAL), შეიძლება ერთი და იგივე იყოს, მაგრამ ინტოქსიკაცია ხშირად უფრო გამოხატულია მაშინ, როცა სისხლში ალკოჰოლის რაოდენობა იზრდება, ვიდრე მაშინ, როცა ეცემა, რაც აჩვენებს ალკოჰოლის ეფექტების მიმართ სწრაფ ტოლერანტობას.

## მოლოდინები

მომხმარებლის მოლოდინები ნარკოტიკის მოქმედების შესახებ გამომდინარეობს სხვადასხვა წყაროდან, რომელთა შორისაა მისი წარსული გამოცდილება, მეგობრების მონათხრობი, მასმედია, განათლება და გადამზადება და პროფესიონალური აღწერები. ამ მოლოდინებს მნიშვნელოვანი გავლენა აქვთ იმ ეფექტებზე, რომლებსაც ინდივიდი ნარკოტიკისგან იღებს.

პლაცებო კვლევები ინერტული ნივთიერებების გამოყენებით გვანვდის მნიშვნელოვან ინფორმაციას, თუ რა გავლენას ახდენს მოლოდინები ნარკოტიკის მოქმედებაზე. პლაცებოს მიღების შემდეგ მომხმარებელთა დიდმა ნაწილმა აღნიშნა, რომ ჰქონდა კოგნიტური, სენსორული და ემოციური ცვლილებები და ეს შეგრძნებები დამოკიდებული იყო იმაზე, თუ რა გზით იყო მიღებული პლაცებო, რა ინფორმაცია მიეწოდებოდა მასზე და თუნდაც, რა ფიზიკური მახასიათებლები (ზომა, ფერი, და გემო) ჰქონდა პლაცებოს. ასევე, მომხმარებლის ქცევაც ძირითადად თანხვედრაშია მათ მიერ სიტყვიერად აღნიშნულ სუბიექტურ ცვლილებებთან. ამგვარად, მომხმარებლის განცდები ხშირად განისაზღვრება მისი წარმოდგენებით ნივთიერების შესახებ და არა თვით ნივთიერების ქიმიით.



## ბუნებ-განწყობა

ნივთიერებით გამოწვეული ეფექტები დამოკიდებულია მომხმარებლის სანყის გუნებ-განწყობაზე; იმაზე, თუ რა მიმართებაშია გუნებ-განწყობა მომხმარებლის მაქსიმალურ შესაძლებლობებთან. ეს პრინციპი ცნობილია, როგორც ვაილდერის სანყის ღირებულების კანონი (Wilder's law of initial value). არსებითად, ვაილდერის კანონი ამტკიცებს, რომ ნარკოტიკს არ შეუძლია, გაიყვანოს მომხმარებელი მისი ქცევითი, ემოციური ან კოგნიტური შესაძლებლობების ფარგლებს გარეთ. იგივე კანონი აღნიშნავს, რომ ნარკოტიკის ეფექტი დამოკიდებულია მომხმარებლის მდგომარეობაზე ნივთიერების მიღებამდე: რაც უფრო შორსაა ინდივიდი მისი შესაძლებლობების მაქსიმუმისგან – პოტენციურად მით მეტია ეფექტი. ამგვარად, თუ თქვენ ისედაც გამოხატულად აგზნებულ მდგომარეობაში ხართ, სტიმულანტს ექნება შედარებით მცირე ეფექტი, მაგრამ თუ დაღლილი ხართ, იგივე ნარკოტიკი იმავე დოზით შესამჩნევ გავლენას მოახდენს. ამას გარდა, ვაილდერი ვარაუდობს, რომ პარადოქსული (მოსალოდნელის საპირისპირო) ეფექტები თავს იჩენს მაშინ, როცა მომხმარებელი ისედაც თავის შესაძლებლობების მაქსიმუმზე ან მის ზღვართან არის და ნარკოტიკს თავისი მდგომარეობის კიდევ უფრო გასაძლიერებლად იღებს. მაგალითად, სტიმულანტი მეთილფენიდატი ეფექტიანია ჰიპერკინეტიკური ბავშვების კონტროლისთვის.

## ამოცანა

ბოლო ფსიქოლოგიური მახასიათებელი არის იმ ამოცანათა ბუნება, რომელთა შესრულებას ცდილობს ნარკოტიკის ზეგავლენის ქვეშ მყოფი მომხმარებელი. ამოცანები შესაძლოა განსხვავდებოდეს სულ ცოტა ოთხი თვალსაზრისით: სირთულე, აბსტრაქტულობა, ამოცანის დასახვის შემდეგ გასული დრო და შესრულების მოტივაცია. ნივთიერებები მეტად ვნებენ რთულ, აბსტრაქტულ, ბოლოდროინდელ და მცირედ მოტივირებული ამოცანების შესრულებას, ვიდრე მარტივ, კონკრეტულ, კარგად დასწავლილ ან მალალი მოტივაციის მქონე ქცევებს. ანუ, საჭიროა ძალიან დიდი დოზა, რომ ფეხსაცმელის თასმების შეკვრაში შეგიშალოთ ხელი, მაგრამ მცირე დოზაც კი კმარა, რომ გამოცდისთვის მომზადებაში შეგაფერხოთ. ამკარაა, რომ მომხმარებლის მიერ ნარკოტიკის გამოყენების გამოცდილება, მისი მოლოდინები ნარკოტიკის ეფექტების მიმართ, გუნებ-განწყობა ნარკოტიკის მიღების წინ და ამოცანები, რომელთა შესრულებასაც ცდილობს ნარკოტიკის მიღების შემდეგ, გავლენას ახდენს ნივთიერებით გამოწვეულ ეფექტებზე. მომხმარებლის სოციოკულტურული გარემო, რომელზეც ახლა ვისაუბრებთ, გარკვეულწილად განსაზღვრავს ამოცანებს, პრენარკოტიკულ მდგომარეობას და მოლოდინებსაც.

## სოციოკულტურული გარემო

ნარკოტიკების მოხმარების სოციოკულტურული გარემო შეიძლება გაიყოს ფიზიკურ და სოციალურ ასპექტებად, თუმცა, ნებისმიერი ერთი მათგანი გავლენას ახდენს მეორეზე. ანუ, ფიზიკური გარემო თან აფორმირებს ინდივიდებს და თან განაპირობებს ან ზღუდავს მათ ინტერაციას ამ გარემოში. ასევე, ადამიანები და მათი ურთიერთობები ხელს უწყობენ ფიზიკური გარემოს ჩამოყალიბებას და შესაძლოა მისი ყველაზე მნიშვნელოვანი ნაწილიც იყვნენ.

## ფიზიკური გარემო

ძნელია, თუკი საერთოდ არის შესაძლებელი, გქონდეს გარკვეული ტიპის ქცევებში შესაბამისი ხელშეწყობის გარეშე. ხომ შეუძლებელია ბილიარდის თამაში სპეციალური

მაგიდის გარეშე? ფიზიკური გარემოც ასევე თან ზღუდავს, თან ხელს უწყობს ნარკოტიკის მომხმარებლის გარკვეულ ქცევებს. ნარკოტიკი გამოიწვევს სხვა ქცევას, როდესაც საავადმყოფოში ან სხვა სამედიცინო გარემოში გამოიყენება, და სულ სხვას, როდესაც ის მოიხმარება წვეულებაზე. ამგვარად, ფიზიკური გარემო ნარკოტიკის ეფექტების და მომხმარებლის ქცევების მნიშვნელოვან განმსაზღვრელ ფაქტორად იქცევა.

## სოციალური გარემო

სხვა ადამიანები და მათი ქცევა რამდენიმე გზით ახდენს გავლენას მომხმარებლის ურთიერთობაზე ნარკოტიკთან. პირველ რიგში, სხვები ქმნიან ფონს, რომელიც განსაზღვრავს გარემოს, როგორც ხალისიანს ან სევდიანს, და ამით განაპირობებენ ძირითად განწყობას ან ემოციურ ტონალობას. მეორე – სწორედ სხვებისგან ვსწავლობთ ნივთიერებათა მოხმარების წესებს და რიტუალებს. მესამე, სხვების ქცევა იძლევა ათვლის წერტილს ანუ სტანდარტს, რომლის მიმართაც ვაფასებთ საკუთარ ქცევებს და რომლის მიხედვითაც ის სხვების მიერაც ფასდება. მეოთხე, სხვები გვევლინებიან გზამკვლევებად და ინტერპრეტატორებად, რომლებიც გვეხმარებიან ამოვიცნოთ, განვსაზღვროთ და შევაფასოთ ნივთიერების ეფექტები. და ბოლოს, ამ ყველაფერს თან სდევს ნივთიერებათა მოხმარებასთან ან ავადმომხმარებასთან დაკავშირებული მართებული თუ უმართებულო საქციელის სოციალური მხარდაჭერა ან გაკიცხვა სხვათაგან.

ჩვენი ქმედებები, ნარკოტიკის ზეგავლენის ქვეშ თუ მის გარეშე, სავარაუდოდ მნიშვნელოვნად განსხვავებული იქნება წვეულებაზე მეგობრების წრეში და უცხო ადამიანების გარემოში ფორმალურ სადილზე. ამის მსგავსად, ნარკოტიკის მიღება (დოზის გამზადება თუ „ჭონის“ შეკეთება) საჭიროებს უნარ-ჩვევებს, რომლებიც სხვებისგან ისწავლება. ჩვენ სწრაფად ვიგებთ, რომ ნარკოტიკის ზეგავლენის ქვეშ მისაღება ისეთი რაღაცების თქმა და კეთება, რაც სრულიად მიუღებელია არაინტოქსირებულ მდგომარეობაში. ხშირად, განსაკუთრებით ახალბედების გვერდით, ერთი ადამიანი რჩება „ფიზიკურად“, რათა დაეხმაროს მომხმარებლებს ნარკოტიკის ეფექტების გააზრებაში და ინტერპრეტაციაში და ამგვარად თავიდან აირიდონ პანიკა, დაძაბულობა და სხვა ფაქტორები, რომლებმაც შეიძლება „ცუდი ტრიპი“ გამოიწვიონ. და ბოლოს, წახალისებით, მიღებით და მხარდაჭერით ჩვენი მეგობრები, ოჯახი და ნაცნობები გვაძლევენ მნიშვნელოვან ჭილღოებს და სასჭელს ნივთიერებათა მოხმარებისთვის ან არმოხმარებისთვის.

სოციალურ ტერმინმა გარემომ, რომელიც შედგება ფიზიკური ობიექტებისა და სოციალური არსებებისგან, შეიძლება გააძლიეროს ან შეაფერხოს ნარკოტიკის ეფექტები. ამის შედეგად ყალიბდება ნარკოტიკთან დაკავშირებული ის გამოცდილებები, რომლებიც თამაშობენ მნიშვნელოვან როლს ჩვენი დამოკიდებულების, ფასეულობების და შეხედულებების ფორმირებაში – ზოგადად, საზოგადოებაში ნარკოტიკის მოხმარების საკითხზე თუ პირადად ჩვენ მიერ ნივთიერებათა მოხმარებაზე. ამგვარად, ფიზიკური და სოციალური გარემო მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს როგორც ანმყოფი, ასევე სამომავლოდ ნარკოტიკის ზემოქმედებით ქცევაზე.

ჩვენ მიმოვიხილეთ ცვლადი მახასიათებლების ოთხი ჯგუფი, რომლებსაც წილი უდევთ იმაში, თუ როგორი იქნება ნივთიერებათა მომხმარებლების მიერ განცდილი ეფექტები. ამჟამად, რომ სხვადასხვა მომხმარებელს ან თუნდაც ერთსა და იმავე პირს სხვადასხვა შემთხვევაში შეიძლება მნიშვნელოვნად განსხვავებული რეაქციები ჰქონდეს. ამგვარად, ნარკოტიკის ეფექტებზე, როგორც წესი, მსჯელობენ იმ თვალსაზრისით, თუ მომხმარებელთა რა წილისთვის აქვს მოცემულ დოზირებას კონკრეტული ეფექტი. მაგალითად, მორფინის 10-მგ დოზა გამოიწვევს ანალგეზიას არატოლერანტული მომხმარებლების უმრავლესობაში.

ამის მიუხედავად, შესაძლებელია შედარებით ერთგვაროვანი შედეგების მიღწევა როგორც სამედიცინო პრაქტიკაში, ასევე ქუჩაში. ეს ეფექტები – ანალგეზიის, ჰალუსინაციების, ჰიპნოზის, სედაციის და სტიმულირების ჩათვლით – მიღწევაა ნარკოტიკის მიმართ ტოლერანტულ მომხმარებელთა შორისაც, თუკი მოსალოდნელი ეფექტის მისაღწევად დოზირებას გაეზრდით. ახლა კი გადავიდეთ ნარკოტიკების საყოველთაოდ გავრცელებული ეფექტების განხილვაზე.

## ნარკოტიკების კლასიფიკაციის სისტემები

არსებობს ნარკოტიკების კლასიფიკაციების რამდენიმე გზა – კლასიფიკატორის საჭიროებათა შესაბამისად. ნარკოტიკები შეიძლება კლასიფიცირდეს ქიმიური სტრუქტურის მიხედვით – ეს სისტემა სასარგებლოა ბიოქიმიკოსებისთვის, რადგანაც მსგავსი ქიმიური სტრუქტურები ხშირად, თუმცა არა ყოველთვის, მსგავს ეფექტებს ნიშნავს. ნივთიერებები ასევე კლასიფიცირდება მათი წარმოშობის, ანუ წყაროს მიხედვით (მაგ., კანაბინოიდები მიიღება მარიხუანადან). ასევე შეიქმნა ნარკოტიკის მოქმედების არესა და მექანიზმებზე დაფუძნებული კლასიფიკაციები, ეს აშკარად მოსახერხებელი იყო იმის გასაგებად, თუ სად და როგორ გამოიწვევდა ესა თუ ის ნარკოტიკი ფიზიოლოგიურ ცვლილებებს. და ბოლოს, რაც ყველაზე სასარგებლოა ჩვენი ამჟამინდელი მიზნებისთვის – ნარკოტიკები შეიძლება კლასიფიცირებული იქნეს მათი ეფექტების საფუძველზე – მაგალითად, პროტოტიპზე დაყრდნობით (ამფეტამინის მაგვარი), თერაპევტულ გამოყენებაზე დაყრდნობით (დასამშვიდებელი/საძილე) ან ქუჩის მოხმარების მაჩვენებლით (ვთქვათ, სტიმულატორები ანუ „აშწვეები (uppers)“). ნებისმიერი კლასიფიკაცია საბოლოოდ გამიზნულია ერთი რამისთვის: გაადვილდეს ძიება, რა მსგავსებები და განსხვავებებია ნარკოტიკებს შორის და ფიზიოლოგიურ სისტემებთან მათ ურთიერთქმედებებს შორის.

## ნარკოტიკებთან დაკავშირებული გავრცელებული ეფექტები

ცხრილში 2.2 შეჯამებულია ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ყველაზე ხშირად შემხვედრი ეფექტები. ეს ეფექტები დაყოფილია ნარკოტიკების შემდეგ კატეგორიებად:

*ოპიოიდები:* ნატურალური, ნახევრად სინთეტური და სინთეტური ნარკოტიკული ანალგეტიკები.

*დეპრესანტები:* ბარბიტურატები, სუსტი ტრანკვილიზატორები და სხვა სედატიური/საძილე საშუალებები, ალკოჰოლის ჩათვლით.

*სტიმულატორები:* ამფეტამინები, კოკაინი, ამფეტამინის მაგვარი ნარკოტიკები და კოფეინი.

*ჰალუსინოგენები:* LSD, ჰსილოციბინი, მესკალინი და სტიმულატორების მონათესავე ნივთიერებები.

*ფენციკლიდინი:* გამოყოფილია ცალკე, რადგანაც აქვს ანალგეტიკის, დეპრესანტის და ჰალუსინოგენის თვისებები.

*კანაბინოიდები:* მარიხუანას წარმოებულები გამოყოფილია ცალკე მათი დეპრესანტული და ჰალუსინოგენური თვისებების გამო.

*ინჰალანტები:* აქროლადი ქიმიკატების მრავალფეროვანი ჯგუფი, რომელთა ეფექტები მეტწილად დაკავშირებულია ანოქსიასა და ჰიპოქსიასთან.

ნარკოტიკების ყოველი ჯუფისთვის მოცემულია მწვავე ინტოქსიკაციის, ზედდოზირების და ალკვეთის მდგომარეობის ეფექტები.



	ინტოქსიკაცია							ზედღოზირება							აღკვეთა		
	ოპიოიდები	დეპრესანტები	სტიმულატორები	ჰალუცინოგენები	ფენციკლიდინი	კანაბინოიდები	ინჰალანტები	ოპიოიდები	დეპრესანტები	სტიმულატორები	ჰალუცინოგენები	ფენციკლიდინი	კანაბინოიდები	ინჰალანტები	ოპიოიდები	დეპრესანტები	სტიმულატორები
ნისტაგმუსი (თვალის თამაში)					X												
პილოერექცია (დაბურძგვლა)														X			
გაფართოებული გუგები			X	X		X			X					X	X		
დავიწროებული გუგები	X						X										
რეფლექსები, ჰიპერაქტიული			X	X	X				X	X						X	
სუნთქვა, ნეფი და მედაზირული							X	X					X				
რინორეა														X			
ოფლიანობა									X					X			
ტაქიკარდია			X	X	X				X	X	X			X	X		
ღებინება					X				X	X				X	X		
მოქნარება														X			
<b>სენსორულ-მოტორული</b>																	
ტკივილები კუნთებში		X													X		
ანაღგებია					X			X		X							
ატაქსია		X			X		X				X						
კომა							X	X			X						
კონვულსიები		X												X			





	ინტოქსიკაცია						ზედღოზირება						აღკვეთა				
	ოპიოიდები	დეპრესანტები	სტიმულატორები	ჰალუცინოგენები	ფენციკლიდინი	კანაბინოიდები	ინჰალანტები	ოპიოიდები	დეპრესანტები	სტიმულატორები	ჰალუცინოგენები	ფენციკლიდინი	კანაბინოიდები	ინჰალანტები	ოპიოიდები	დეპრესანტები	სტიმულატორები
სხეულის წარმოდგენის ცვლილება					X				X		X						
გაზრება, შეწელებული	X				X		X				X						X
დელირიუმი		X	X		X		X	X	X		X			X		X	
დეპრესიული განწყობა		X			X												X
თავბრუსხვევა		X	X	X	X	X				X							
ეიფორია	X	X	X	X	X												
დადლილობა		X							X								
ტივტივის შეგრძნება	X	X		X	X												
ჰალუცინაციები			X	X	X	X			X	X					X		
ჰიპერფაგია																	X
გალიმიანებადობა		X	X		X				X	X				X	X		
შეხიფება, დაქვეითებული		X			X												
ფსიქოზი (ტოქსიკური)		X			X				X	X						X	
მოუსვენრობა			X		X										X		
უნდობლობა			X	X	X				X	X	X						
ყბედობა			X			X			X	X							

წყარო: ადაპტირებულია წიგნიდან: Drug Abuse: A Guide for the Primary Care Physician, ავტორი B. B. Wilford, 1981, Chicago: American Medical Association

ცხრილში 2.2 მოყვანილია სხვადასხვა ნიშნები და სიმპტომები, რომლებიც ნივთიერებათა მოხმარებისას გამოვლინდება. ეს ეფექტები დაჭგუფებულია სამ ფართო კატეგორიად: ავტონომიური, სენსორულ-მოტორული და ფსიქოლოგიური. ავტონომიური არის ის ეფექტები, რომლებიც უკავშირდება ავტონომიურ ნერვულ სისტემას და მოიცავს კუნთების უნებლიე კონტროლს, გულსისხლძარღვთა ფუნქციებთან, სუნთქვასთან, მონელებასთან და სხვა მსგავს ფუნქციებთან დაკავშირებულ ეფექტებს. სენსორულ-მოტორული ეფექტები ეხება კუნთების ნებით კონტროლის და სენსორულ ცვლილებებს. ფსიქოლოგიური ეფექტების კატეგორია მოიცავს აღქმის, ემოციურ და კოგნიტურ ცვლილებებს. 2.2 ცხრილის მიმოხილვიდან ცხადი უნდა იყოს, რომ არც ერთი ცალკეული ეფექტი არ არის საკმარისი ნარკოტიკის კლასის ან მისი დოზირების განსასაზღვრად. თუ არ არის მისანვდომი სხეულის სითხეების (სისხლი, შარდი) ან ქსოვილების (ტვინი, ღვიძლი) ნიმუშები და ბიოქიმიური ანალიზის პროცესი, მაშინ მიღებული ნარკოტიკის ტიპის და სავარაუდო დოზის იდენტიფიცირებისთვის საჭიროა სიმპტომების და ნიშნების პატერნის დადგენა.

### ალკოჰოლი და სხვა ნარკოტიკები: განმარტება

2.2 ცხრილიდან ჩანს, რომ ნარკოტიკების მრავალფეროვან კლასებს შორის მსგავსებაც მრავალია და განსხვავებაც. ალკოჰოლი, როგორც ნარკოტიკი, ზოგადად კლასიფიცირებულია, როგორც დეპრესანტი, მისი ფარმაკოლოგიური მოქმედების და ქცევაზე მისი ეფექტების საფუძველზე. ამავე დროს, ალკოჰოლის ავადმომხმარება და ალკოჰოლიზმი თითქმის მთელი მეოცე საუკუნის განმავლობაში განიხილებოდა ცალკე ერთეულად, ნარკოტიკების ავადმომხმარების სხვა ფორმებისგან განცალკევებულად.

ალკოჰოლის ავადმომხმარებასა და სხვა ნარკოტიკების ავადმომხმარების სხვა ფორმებს შორის განსხვავების საფუძველი ძირითადად სოციოკულტურული ხასიათისაა. შეერთებულ შტატებში 1933 წელს მშრალი კანონის გაუქმების შემდგომ, ალკოჰოლის მოხმარება ლეგალიზდა და დაეჭვმდებარა სხვადასხვა ადგილობრივ შებლუდებს (მაგ., ასაკი, გაყიდვის საათები, ვაჭრობის ადგილები). იმის გამო, რომ ალკოჰოლის მოხმარება სოციალურად მისაღებია და ალკოჰოლიან სასმელებზე ყველას იოლად მიუწვდება ხელი, იმის განსაზღვრა, თუ რა წარმოდგენს ალკოჰოლის ავადმომხმარებას, ფოკუსირებულია მოხმარების პატერნზე (მაგ., 88.7 მლ (3 უნცია) სუფთა სპირტი დღის განმავლობაში ანუ 0.08 BAL-ზე მეტი) ან მოხმარების შედეგებზე (ცუდად შესრულებული სამუშაო, ცუდად სწავლა ან ოჯახური პრობლემები). ნარკოტიკების ავადმომხმარების დეფინიცია კი ჩამოყალიბდა კონტროლირებადი ნივთიერებების დამზადების, გავრცელების, გაყიდვის, შენახვის და გამოყენების შესახებ ლეგალური მოსაზრებების საფუძველზე. ფართო საზოგადოების და ზოგი პროფესიონალის მიერ ყველა კონტროლირებადი ნარკოტიკის ნებისმიერი გამოყენება, ექიმის დანიშნულების გარდა, განიხილება, როგორც ნარკოტიკის არასათანადო მოხმარება ან ავადმომხმარება.

ამ ტექსტში ჩვენი პოზიციია, რომ ალკოჰოლსა და სხვა ნარკოტიკებს შორის არსებული ფარმაკოლოგიური და ქცევითი მსგავსებები უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე განსხვავებები. ამიტომ, თუკი სხვაგვარად არ არის აღნიშნული, ჩვენ უპირატესობას ვანიჭებთ ტერმინს „ნივთიერებათა ავადმომხმარება“, „ალკოჰოლის ავადმომხმარებას“ (ანუ ალკოჰოლიზმსა) და „ნარკოტიკების ავადმომხმარებასთან“ შედარებით.

### ნარკოტიკების ავადმომხმარების ფარმაკოთერაპია

ნარკოტიკის მიღებას შეუძლია შეცვალოს მეორე ნარკოტიკის ეფექტები; ამიტომაც ნარკოტიკის ავადმომხმარების ეროვნულმა ინსტიტუტმა (National Institute on Drug

Abuse, NIDA) და ალკოჰოლის ავადმობმარების და ალკოჰოლიზმის ეროვნულმა ინსტიტუტმა (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA) - ორივემ მხარი დაუჭირა ნარკოტიკების ავადმობმარების სანინაალმდეგო ფარმაცოლოგიური თერაპიის შემუშავებას. კვლევა მიმართული იყო სამი ტიპის ფარმაცოლოგიურ ინტერვენციებზე: სიმპტომების შემსუბუქება, აგონისტის ჩანაცვლება და ანტაგონისტური თერაპიები.

სიმპტომების შემსუბუქებაზე ორიენტირებული თერაპია შეინავლის სხვადასხვა ნარკოტიკის გამოყენებას ალკვეთის მდგომარეობის სიმპტომების შესამსუბუქებლად. ეს მიდგომა იყენებს გულისრევის სანინაალმდეგო, ანტიდემრესანტ, ანალგეტიკ და სხვა ექიმის დანიშნულ თუ თავისუფალ გაყიდვაში არსებულ მედიკამენტებს კლიენტისთვის ალკვეთის მდგომარეობის ფიზიოლოგიური პრობლემების შესამსუბუქებლად. იმის მიუხედავად, რომ სიმპტომების შემსუბუქებაზე ორიენტირებული თერაპია ფარმაცოთერაპევტებში ყველაზე ნაკლებ აზრთა სხვადასხვაობას იწვევს, ჭერაც დაუდგენელია, აუჭობესებს თუ არა იგი მკურნალობის შედეგებს.

ფარმაცოთერაპიის მეორე ფორმა, აგონისტის ჩანაცვლება, აზრთა დიდი სხვადასხვაობის საგანი აღმოჩნდა როგორც პროფესიონალებს შორის, ისე საზოგადოებრივ სივრცეში. ჩანაცვლებითი თერაპია ცვლის ავადმობმარებულ ნივთიერებას (მაგ., ჰეროინს) მსგავსი ფარმაცოლოგიური თვისებების მქონე ლეგალური ნარკოტიკით (მეტადონი). ამ მიდგომის ლოგიკა ის გახლავთ, რომ შემცვლელი ნარკოტიკი გააკონტროლებს ან სულაც თავიდან ააცილებს მომხმარებელს ალკვეთის სიმპტომებს და ავადმობმარებელი ნარკოტიკისადმი ლტოლვას. ალკვეთის სიმპტომების და ნარკოტიკისადმი ლტოლვის თავიდან აცილებით აგონისტის ჩანაცვლებელი ხელს უწყობს კლიენტის მონაწილეობას ფსიქოსოციალურ სამკურნალო აქტივობებში და მის რეინტეგრაციას ოჯახურ/საზოგადოებრივ ცხოვრებაში (მშობლის მოვალეობები, პროფესიული კარიერა). დავა აგონისტის ჩანაცვლებითი თერაპიის გარშემო ძირითადად ფოკუსირდება მკურნალობის მიზნებზე (ანუ, კლიენტმა საერთოდ უნდა დაანებოს თავი ნარკოტიკს თუ არა?)

ფარმაცოთერაპიის ბოლო ფორმა იყენებს ანტაგონისტს რჩეული ნარკოტიკის ეფექტების ბლოკირებისთვის (მაგ., ნალტრექსონი და ჰეროინი) ან მის მიმართ ზიზღის გამოსაწვევად (მაგ., დისულფირამი და ალკოჰოლი). მოლოდინი გახლავთ, რომ მომხმარებელი მიეჩვევა, მისი რჩეული ნარკოტიკი სასურველ ეფექტს რომ აღარ იწვევს (ან იწვევს ძალიან არასასურველ ეფექტებს) და შეწყვეტს მის მოხმარებას. რა თქმა უნდა, კლიენტებმა შეიძლება შეცვალონ რჩეული ნარკოტიკი (მაგ., მეთადონის კლიენტები გადავიდნენ კოკაინზე) ან თავი აარიდონ ანტაგონისტის მიღებას და ამგვარად დაუბრუნდნენ მათი რჩეული ნარკოტიკის მოხმარებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ნივთიერებათა ავადმობმარების ფარმაცოთერაპიის განვითარება დიდი ინტერესის საგანია, არსებობს სულ ცოტა ორი წინააღმდეგობა მკურნალობის პრაქტიკაში მათი ჩართვის გზაზე. პირველი პრობლემა ეხება ასეთი თერაპიის ეფექტიანობას და ეს საკითხი გამოკვლევას ექვემდებარება. მეორე წინააღმდეგობა კი ისაა, რომ ნივთიერებათა ავადმობმარების ბევრი კონსულტანტი აშკარად წინააღმდეგია, გამოიყენოს ნარკოტიკი მეორე ნარკოტიკის ავადმობმარების სამკურნალოდ – ეს კი სწავლების და გადამზადების საგანია.

## შეჯამება

ნივთიერებათა ავადმობმარების სპეციალისტებისგან ხშირად მოელოან, რომ მათ აუხსნან ნარკოტიკების მოქმედების ეფექტები როგორც თავიანთ კლიენტებს, ისე საზოგადოებასაც. ეფექტებს, რომელსაც ნარკოტიკების მომხმარებლები განიცდიან, კომპლექსურად განაპირობებს ფარმაცოლოგიური, ფიზიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციოკულტურული ფაქტორების ფართო ვარიაციები.

ნარკოტიკის ეფექტზე გავლენის მექონე ფარმაკოლოგიურ ფაქტორებს შორისაა: მისი დოზირება და შემადგენლობა, მოხმარების სიხშირე ან პატერნი, მიღების მეთოდი და ნარკოტიკის ურთიერთქმედება სხვა ნივთიერებებთან. ფიზიოლოგიური ფაქტორები მოიცავს პროცესებს, რომლებიც ჩართულია ნარკოტიკის შეთვისებაში, განაწილებაში, მეტაბოლიზმში და გამოყოფაში. ამას გარდა, ნარკოტიკის მოხმარებლის შეგრძნებები, ემოციები, აზრები და ქცევები იცვლება ნეიროტრანსმისის პროცესების ცვლილებათა საპასუხოდ. ფსიქოლოგიურ ზეგავლენას ახდენს მოხმარებლის მიერ ნარკოტიკის მიღების წარსული გამოცდილება, მოლოდინები, გუნებ-განწყობა და ამოცანები, რომელთაც მოხმარებელი შეეჭიდება. და ბოლოს, ჩვენ უნდა გავითვალისწინოთ ნარკოტიკის ეფექტებზე ფიზიკური და სოციალური გარემოს გავლენა.

ცვლადების დიდი რაოდენობის და მათი ურთიერთკავშირების სირთულის გათვალისწინებით, ცხადი უნდა იყოს, რომ ნარკოტიკების ეფექტები შეიძლება ძლიერ არაერთგვაროვანი იყოს. ამავე დროს, მოხმარებელთა გამოცდილებაში მნიშვნელოვან ერთგვაროვნებასაც ვაწყდებით. ნარკოტიკების ეფექტების მრავალფეროვნების და ასევე მსგავსებების გააზრება მნიშვნელოვანია კლიენტების შეფასების, მკურნალობის და შედეგობის დახმარებისთვის. ამას გარდა, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ფარმაკოთერაპიის განვითარება აჩენს ძალზე საინტერესო შესაძლებლობებს მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესების გზაზე.

## ფარმაკოლოგიის საკითხები კონსულტაციის განაწილსას

თვალისმიერი შეფასებისას კონსულტანტმა ყურადღება მეთად უნდა გაამახვილოს მოხმარებლის აღქმებზე და ნარკოტიკის მოხმარების მათ მიერ აღქმულ ეფექტებზე, ვიდრე სავარაუდო ნარკოტიკის ფარმაკოლოგიაზე, რადგანაც ნარკოტიკების ნიმუშების ანალიზი ყოველთვის ის არაა, რადაც ისინი მიიჩნევიან და მოხმარებლის რეაქცია ერთსა და იმავე ნარკოტიკზე შესაძლოა სხვადასხვა იყოს (იგივე ნარკოტიკი – სხვა ეფექტი).

თუმცა აშკარა უნდა იყოს ნარკოტიკის „ზემოქმედების ქვეშ“ მყოფ კლიენტთან მუშაობის სიძნელე, არც თუ ისე ცხადია ის, რომ ნარკოტიკების მოხმარების არაპირდაპირი ეფექტები შეიძლება ინვევდეს პოსტ-მწვავე აღკვეთის სინდრომს, რომელიც შესაძლოა გაგრძელდეს დღეები, კვირები და უფრო დიდხანსაც კი. ამ პოსტ-მწვავე ეფექტებს შეიძლება ინვევდეს არასაკმარისი კვება, ძილის დარღვევა, ფიზიკური ან ფსიქიკური ტრავმა, რაც ხანგრძლივი მოხმარების ან მაღალი დოზების შედეგია.

იმის გამო, რომ ფსიქოაქტიური ნარკოტიკების უმრავლესობა გავლენას ახდენს კოგნიტურ ან ემოციურ გამოცდილებაზე (და სწორედ ამის გამო მოხმარენ), კონსულტანტებმა თავი უნდა შეიკავონ ვარაუდებისგან კლიენტის აღქმების, მოგონებების და გრძნობების შესახებ. კლიენტს შესაძლოა ჰქონდეს მესხიერებაში ჩავარდნები, შეიძლება, ვერ ახერხებდეს მოვლენათა გარდაქმნას მოგონებად, ან არ ენდობოდეს კონსულტანტს და სულაც არ იყოს წინააღმდეგობის ან უარყოფის პოზიციაში.

ნაკლებ სავარაუდოა, რომ ნებისმიერ ორ კლიენტს ჰქონდეს ნარკოტიკების მოხმარების ერთი და იგივე ან თუნდაც მსგავსი ისტორია.

აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში მყოფი (recovering) დამხმარის უპირატესობა ჩვეულებრივი დამხმარის წინაშე ისაა, რომ მას ნარკოტიკის მოხმარების გამოცდილება აქვს. თუმცა, განსხვავებები კლიენტის და კონსულტანტის გამოცდილებაში შესაძლოა წინააღმდეგობად იქცეს კონსულტირების პროცესში. როგორც აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში მყოფ, ასევე სხვა კონსულტანტს კლიენტის განცდების უკეთ გაგებაში შესაძლოა დიდად დაეხმაროს ფარმაკოლოგიის ერთი-ორი კურსი.



კლიენტის მიერ ნარკოტიკის მოხმარების შემცირების პარალელურად მკურნალობის გეგმაც და ცალკეული მოქმედებებიც განუწყვეტლივ გადასინჯვას საჭიროებს. თუ ნარკოტიკის მოხმარების ქცევა კლიენტისთვის ფუნქციური იყო, მაშინ მით უფრო უნდა მოიძებნოს და განვითარდეს ალტერნატიული ქცევები, რომლებიც მსგავს ფუნქციებს მოემსახურება.

### კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის

1. ადამიანებს აქვთ მიდრეკილება, ზოგი ნარკოტიკი მიიჩნიონ ცალსახად ცუდად და სხვა კი – მისაღებად. სინამდვილეში, როგორც ამ თავში დავინახეთ, ნარკოტიკის ეფექტი მომდინარეობს თვით ნარკოტიკისგან, მოხმარებლის ფსიქოლოგიიდან, ფიზიოლოგიიდან და სოციოკულტურული გარემოდან. რა გავლენას ახდენს ეს გარემოება თქვენს შეხედულებებზე კონკრეტული ნარკოტიკის შესახებ? ობიექტურად რა გზით შეადარებდით სიგარეტს, ყავას, მარიხუანას და ჰეროინს?
2. ჯორჯი ამბობს, რომ მან თავი დააღწია კოფეინის გადაჭარბებული მოხმარების ხანგრძლივ პრობლემას, თუმცა ცოტა ხნის წინ მოხმადარი რეციდივის გამო ახლა ის მეტ ყავას სვამს, ვიდრე ოდესმე. რეციდივი დაკავშირებულია მის სამსახურში წესების შეცვლასთან. შენობაში მოწვევა აიკრძალა. ჯორჯი ამბობს, რომ, რადგან აღარ შეუძლია, სიგარეტით ისიამოვნოს შესვენების დროს, ამიტომ, ყავის სმა დაიწყო. ჯერ დაფიქრდით, თუ რატომ შეიძლება, უჩვეულოდ ჩაითვალოს ნიკოტინის კოფეინით ჩანაცვლება. ამის ფონზე, როგორ ახსნიდით ჯორჯის ქცევას?

### ბიბლიოგრაფია

- Coombs, R., & Howlatt, W. (2005). *The addiction counselor's desk reference*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Cooper, J. R., Bloom, F.E., & Roth, R. H (2003). *Biochemical basis of neuropharmacology* (8th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Erickson, C. K. (2007). *The science of addiction – From neurobiology to treatment*. New York, NY: W.W. Norton and Company.
- Hasin, D., Hatzenbuehler, M., & Waxman, R. (2006). Genetics of substance abuse disorders. In W. R. Miller, & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse – What the science shows and what we should do about it*. New York, NY: Guilford Press.
- Klein, S. B., & Thorne, B.M. (2007). *Biological psychology*. New York, NY: Worth Publishers.
- Meyer, J. S. & Quenzer, L. F. (2005). *Psychopharmacology: Drugs, the brain, and behavior*. Sunderland, MA: Sinauer Associates.
- Sherman, C. (2007). *Impacts of drugs on neurotransmission*. NIDA, Washington, DC: NIDA Notes.

პირველი თავის დასაწყისში ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის თემაზე კონსულტაციის განევა წარმოვადგინეთ სფეროდ, რომელიც პარადიგმის შეცვლის შუა პროცესში იმყოფება: იძულება იცვლება თანამშრომლობით, დამაშინებელი ტაქტიკა – გაძლიერების და პატივისცემის ტაქტიკით, მითებზე დაფუძნებული დაშვებები – მეცნიერებაზე დაფუძნებული მოდელებით. ეს დიდი ნაბიჯები 21-ე საუკუნის პერსპექტივისკენ ვერ გადაიდგმებოდა მოტივაციური ინტერვიუების დიდი წვლილის გარეშე. მე-20 საუკუნისთვის დამახასიათებელ თვალთახედვაში ადიქციის მკურნალობის შესახებ გავრცელებული მითებიდან ერთ-ერთი უმთავრესი გახლდათ „მითი არამოტივირებულ პაციენტზე“ (Rollnick, Miller, & Butler, 2008, გვ. 5). იყო დრო, როდესაც ადამიანებს სჯეროდათ, რომ მოტივაცია ხასიათის ის თვისება იყო, რომელსაც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემების მქონე ადამიანებში ძალიან იშვიათად თუ ნახავდი. ამ დაშვებიდან გამომდინარეობდა თვალსაზრისი, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტები სავარაუდოდ მხოლოდ მაშინ შეიცვლებოდნენ, თუ (ა) მათი ცხოვრება აუტანლად მტკივნეული გახდებოდა ან (ბ) ექნებოდათ ძლიერი გარე სტიმული, რომელიც მათ მოქმედებისკენ უბიძგებდა. მოტივაციური ინტერვიუება მოტივაციაზე სულ სხვა თვალსაზრისს გვთავაზობს.

ჩვენს პრაქტიკაში ბევრი კლიენტის ცხოვრებას ნამდვილად არ აკლდა სიძნელები და ტანჯვა. დამცირება, სირცხვილი, დანაშაულის გრძნობა, სინდისის ქენჯნა - ცვლილებისთვის საჭირო ძალებს ნაკლებად იძლევა. ბედის ირონიით, ასეთმა განცდებმა შეიძლება შებოჭოს კიდევაც ადამიანი, ცვლილება კიდევ უფრო შორ პერსპექტივაში გადასწიოს. ამისგან განსხვავებით, კონსტრუქციული ქცევის ცვლილება უფრო მოსალოდნელი ხდება, თუ ადამიანი მას აკავშირებს რომელიმე თავის შინაგან ფასეულობასთან, რაღაც მნიშვნელოვანთან, ძვირფასთან. ცვლილებისთვის შინაგანი მოტივაცია ჩნდება მიმღებ, გამაძლიერებელ ატმოსფეროში, რომელშიც პიროვნებას არ ეშინია, განიხილოს სავარაუდოდ მტკივნეული ანმყო იმასთან მიმართებაში, რაც მისთვის სასურველი და ძვირფასია. (Miller & Rollnick, 2002, გვ. 12)

იმისათვის, რომ მოტივაციური ინტერვიუ წარმატებული იყოს, კონსულტანტმა უნდა ირწმუნოს და ცვლილების პროცესის გაგების ეს გზა აირჩიოს. მხოლოდ მას მერე, რაც კონსულტანტი მიეჩვევა კლიენტის პატივისცემით აღქმას, შეძლებს, დაიწყოს უსაფრთხო, მიმდებლური, გამაძლიერებელი ატმოსფეროს შექმნა, რაც კომპეტენტური პრაქტიკის ცენტრალური კომპონენტია.

## რას ნიშნავს მოტივაციური ინტერვიუება

მოტივაციური ინტერვიუება განისაზღვრება, როგორც „*მიზანზე მიმართული, კლიენტზე ორიენტირებული კონსულტატიური სტილი, რომლის ამოცანაა კლიენტში ქცევის ცვლილების სურვილის აღძვრა მისი ამბივალენტობის გარკვევასა და დაძლევაში დახმარების განხილვის გზით*“ (SAMHSA’s National Registry of Evidence-based Programs and Practices, 2007b). მოტივაციური ინტერვიუს განსაზღვრების ყოველი ასპექტი უკავშირდება შესწავლას და იწყება *მიზანზე მიმართულობის და კლიენტზე ორიენტირებულობის* უჩვეულო კომბინირებით.

### კლიენტზე ორიენტირებულობის და დირექტიულობის

მოტივაციური ინტერვიუ კარლ როჯერსისეულ (Carl Rogers 1957) დროით გამოცდილ თერაპიას ეფუძნება. როჯერსის თეორია, თუმცა კი განვითარდა და „კლიენტზე ორიენტირებულიდან“ „პიროვნებაზე ორიენტირებულად“ იქცა, ყურადღებას ამახვილებდა კონსულტანტ-კლიენტის ურთიერთობაზე. დამხმარე ფაქტორები, რომლებიც საფუძვლად ედო მეთოდის ეფექტიანობას, მოიცავდა კონსულტანტის მხრიდან გულწრფელობის, კლიენტის უპირობო მიღების და ემპათიური გაგების გამოვლენის უნარს. ურთიერთობის სიძლიერე ქმნიდა კლიენტის ზრდისთვის საჭირო სიტუაციას, იმდენად, რომ ის პოზიტიური ზრდისთვის არა მხოლოდ აუცილებელ, არამედ საკმარის პირობადაც განიხილებოდა.

რომ დავაკვირდეთ ავთენტურ მოტივაციურ ინტერვიუს, ისევ იგივე დამხმარე ფაქტორების მოქმედებას დავინახავთ. თუმცა კომპეტენტური მოტივაციური ინტერვიუერი ემპათიური და კლიენტის პიროვნების მიმდებია, პოზიტიური ურთიერთობა უნდა განვიხილოთ როგორც აუცილებელი, მაგრამ არასაკმარისი პირობა.

მოტივაციური ინტერვიუ შეიძლება წარმოვიდგინოთ, როგორც კლიენტზე ორიენტირებული თერაპია ახალი კომპონენტით. კლიენტზე ორიენტირებული თერაპიისგან განსხვავებით, მოტივაციური ინტერვიუს აქვს სპეციფიკური მიზნები: შეამციროს ამბივალენტობა ცვლილების თაობაზე და გაზარდოს ცვლილების შინაგანი მოტივაცია. ამ თვალსაზრისით, მოტივაციური ინტერვიუ არის როგორც კლიენტზე ორიენტირებული, ასევე დირექტიულიც. ამ ინსტრუმენტით მომუშავე თერაპევტი ქმნის ატმოსფეროს, რომელშიც სწორედ კლიენტი და არა თერაპევტი წარმოდგება ცვლილების მთავარ ინიციატორად და ასევე, მის მთავარ შემსრულებლადაც. (Arkowitz & Miller, 2008, გვ. 4)

მოტივაციური ინტერვიუები იყენებენ პიროვნებაზე ორიენტირებული თერაპევტის ძალიან ფაქტობ მოსმენის უნარებს, მაგრამ გამახვილებული არიან კლიენტის *ცვლილების შესახებ საუბრის* დაჭერასა და მის გაძლიერებაზე. როცა კლიენტები იწყებენ ლაპარაკს ცვლილების დადებით ასპექტებზე, როცა გამოხატავენ ოპტიმიზმს იმაზე, რომ სხვაგვარად ცხოვრება შესაძლებელია, როცა რაღაც სიახლის შემოტანის განზრახვას გამოავლენენ – ეს გამონათქვამები გახლავთ ცვლილების შესახებ ლაპარაკი, რომელიც საფუძვლად უდევს პოზიტიური მიმართულებით დაძვრას. როდესაც ინტერვიუ ამ მიმართულებით დაიძვრება, მოტივაციური ინტერვიუერი მიმართულების შესანარჩუნებლად გამაძლიერებელ ხერხებს იყენებს. ამავე დროს ის არ სცილდება კლიენტზე ორიენტირებულ მიდგომას, იცის რა, რომ დაუფიქრებელი პროფესიული რჩევა არის ის, რასაც შეუძლია, გარანტირებულად შუა გზაზე შეწყვიტოს ცვლილების შესახებ ლაპარაკი.

## ქსავის ცვლილების გამოწვევა

მილერი და მოიერსი (Miller and Moyers 2006) აღნიშნავენ, რომ, თუ კონსულტანტს შეუძლია ამოიყნოს, საუბრისას როდის ეხება კლიენტი ცვლილებებს, მას შეუძლია ისიც ისწავლოს, როგორ გამოიწვიოს ასეთი საუბარი კიდევ და კიდევ, და განმარტავენ, რომ:

კონსულტანტის მხრიდან განზრახ განეული ძალისხმევა, გამოიწვიოს კლიენტის მხრიდან ცვლილების შესახებ ლაპარაკი, იმის ნაცვლად, რომ იცადოს, თავისთავად როდის მოხდება ეს, გახლავთ ის სტრატეგიული უნარი, რომელიც მოტივაციურ ინტერვიურებას სხვა მიდგომებისგან განასხვავებს. ... მაგალითად, მოტივაციური ინტერვიურებისას კონსულტანტი სვამს ღია შეკითხვას, რომლის პასუხიც ცვლილების შესახებ საუბარია (მაგ., „ეს ცვლილება რა მხრივ შეიძლება იყოს კარგი?“) და სიფრთხილით ეკიდება კითხვებს, რომლებზე პასუხიც წინააღმდეგობის შემცველია (მაგ., „რატომ არ შეიცვალე?“). როდესაც ცვლილების შესახებ ლაპარაკი დაიწყო, კონსულტანტს შეუძლია, აპყვეს მას, კვერი დაუკრას ან სთხოვოს თემის გაშლა ან მაგალითების მოყვანა – ერთი სიტყვით, გააკეთოს ის, რაც, სავარაუდოდ, ცვლილების შესახებ საუბარს გაახანგრძლივებს. (გვ. 8)

ცვლილების შესახებ საუბრის აღძვრა და განუწყვეტლივ ფოკუსირება თავად ცვლილებაზე მოტივაციური ინტერვიუს არსებითი ნაწილია. ამოსავალი დებულება მოტივაციის შესახებ, რომელსაც მოტივაციური ინტერვიუ ეყრდნობა, გახლავთ ის, რომ (ა) ადამიანები საკუთარ არსებაში ფლობენ ყველაფერს, რაც მათ სჭირდებათ ცვლილების მოსახდენად და (ბ) ცვლილების მოხდენის ნება ინტერპერსონალურ კონტექსტში იღვიძებს.

## ამბივალენტობის დაძლევა

თუმცა ადამიანები საკუთარ თავში მოტივაციის მარცვლებს ატარებენ, მათ ასევე თან სდევთ ეჭვის მარცვლებიც. მოულოდნელი არავისთვის უნდა იყოს, რომ კლიენტები ამბივალენტურად არიან განწყობილი ნივთიერებათა მოხმარების ქცევის შეცვლის მიმართ. ამბივალენტური განწყობა უმრავლეს მნიშვნელოვან ცხოვრებისეულ ცვლილებას ახლავს. ხოლო ნივთიერებათა მოხმარების ქცევის შეცვლა ძალიან ბევრისთვის მნიშვნელოვანი კორექტივია. კონსულტანტები, რომლებიც მტკიცედ იდგნენ ძველ საყოველთაოდ მიღებულ სიბრძნეზე ნივთიერებათა ავადმომხმარების შესახებ, როგორც წესი, ამბივალენტობას მიიჩნევენ წინააღმდეგობის, უარყოფის ან მოტივაციის ნაკლებობის ნიშნად. სინამდვილეში კი - ამბივალენტური განწყობა ბუნებრივი მდგომარეობაა და ადამიანები ამ ეტაპზე ადვილად „იჭედებიან“. მათ დარწმუნებით არ იციან, მომავალი რას უშვადებთ, თუ მოშორდებიან იმას, რაც მათთვის კარგად ნაცნობია; თუმცა, ისიც ეჭვებათ, მათი ჩვეული ცხოვრება მათი მიზნების და იდეალების შესაბამისი იყოს. მოტივაციური ინტერვიუს პროცესი გამიზნულია იმისათვის, რომ დაეხმაროს ადამიანებს, გადალახონ დამბრკოლებელი ბარიერები. უსაფრთხო გარემო, რომელსაც თანამშრომლობითი და მხარდაჭერი ურთიერთობა ქმნის, ხელს უწყობს ამ მცდელობის წარმატებას.

ამბივალენტობის დაძლევა შეიძლება ცვლილების გასაღები გახდეს და, მართლაც, მას მერე, რაც ამბივალენტობის პრობლემა გადაიჭრება, ცვლილების მოსახდენად ბევრი აღარაფერია საჭირო. მაგრამ თუ საკითხის მოგვარებას რომელიმე ერთი მიმართულებით დაძალებით შეეცდებით (ვთქვათ, პირდაპირი დარწმუნებით ან უმოქმედობის გამო სასჯელის გაზრდით), ამან შეიძლება კლიენტის პარადოქსული რეაგირება გამოიწვიოს, იმდენად, რომ შესაძლოა, გააძლიეროს კიდევ ქცევა, რომლის შესუსტებაც გქონდათ განზრახული (Miller & Rollnick, 2002)

კონსულტანტებს შეიძლება ძალიან გაუჭირდეთ რჩევებისგან თავის შეკავება, რადგან კარგად „იციან“, ეს კონკრეტული პიროვნება როგორ უნდა იქცეოდეს. მაგრამ ცხადია,

რომ მოტივაციური ინტერვიუს არსსა და პრინციპებს, კლიენტის დარწმუნებისა და რჩევის მიცემის საპირისპიროდ, მისი ამბივალენტობის დაძლევისა და, საბოლოოდ, პოზიტიური ცვლილებისკენ მივყავართ.

## მოდერნიზაციული ინტერვიუების სულისკვეთება

ბოლო დროს ადიქციის სპეციალისტებისთვის საყოველთაო ტენდენცია გახდა, მოტივაციური ინტერვიუების სავალდებულო ტრენინგზე გაიგზავნონ. ერთი შეხედვით ისე ჩანს, თითქოს მოტივაციური ინტერვიუება, სხვა მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკების მსგავსად, ყველამ უნდა შეისწავლოს. სინამდვილეში კი ფაქტი ის გახლავთ, რომ მოტივაციური ინტერვიუება არ უნდა იქნეს მიჩნეული მკურნალობის გამწვევი ყველა კონსულტანტის რეპერტუარისთვის დასამატებელ „ტექნიკად“. მოტივაციური ინტერვიუ აგებულია მთელ რიგ დაშვებებზე იმის შესახებ, თუ როგორ იცვლებიან ადამიანები და როგორ შეუძლია დამხმარეს, მაქსიმალურად შეუწყოს ხელი ამ პროცესს. ზოგ მკურნალს ისევ სწამს, რომ დამხმარის „გამოცდილება“ უნდა დომინირებდეს კლიენტის თვითცნობაზე. მათ სჭერათ, რომ კლიენტს არ შეიძლება, ნარკოტიკის მოხმარების თაობაზე საკუთარი გადაწყვეტილების მიღების „ნება დაერთოს“. მოტივაციური ინტერვიუება შეუთავსებელია ასეთ რწმენასთან და ასეთ შემთხვევაში ინტერვიუს „პროცედურები“ ვერ დაემატება ამ თვალსაზრისის მქონე პრაქტიკოსის მიერ გამოყენებულ მეთოდებს. მოტივაციური ინტერვიუების სულისკვეთება, რომელიც საფუძვლად უდევს მის გამოყენებას, არის „თანამშრომლობითი, საპასუხო რეაქციის გამომწვევი და პაციენტის ავტონომიის პატივისცემელი“ (Rollnick et al., 2008, გვ.6). მოტივაციური ინტერვიუების შესასწავლად მართლაც სერიოზული ძალისხმევაა საჭირო, მისი ეფექტიანი გამოყენება კი მოითხოვს სულისკვეთება უტყუარად იყოს შენარჩუნებული.

## თანამშრომლობა

ნამდვილი თანამშრომლობა ორმხრივ ურთიერთპატივისცემას ემყარება. მოტივაციური ინტერვიუების კონტექსტში კონსულტანტი შეიძლება ჩაითვალოს ამ სულისკვეთების ერთგულად, თუ კლიენტთან ურთიერთობაში გამოავლენს პატივისცემას მისი უნარის მიმართ, დაგვემოს და მართოს საკუთარი ცხოვრება. თანამშრომლობა, რასაკვირველია, ისეთი ქმედებაა, რაც მხოლოდ ორი ან მეტი ადამიანის მონაწილეობისას გამოვლინდება. ჭეშმარიტი ორმხრივი თანამშრომლობა, თავისი ორმხრივი დათმობებით, ამოიცნობა იმით, რომ მონაწილე დაუძაბავად აზიარებს საკუთარ აზრებს და განწყობილია, მხარი დაუჭიროს თანამოსაუბრის მიერ გამოთქმულ იდეებს. მოტივაციური ინტერვიუების დროს კონსულტანტის პასუხისმგებლობაა, თვალსაჩინოდ გამოხატოს თავისი პატივისცემა კლიენტის მიმართ და მინიმუმამდე დაიყვანოს განსხვავება სტატუსსა და ძალაუფლებაში, რაც ასე ხშირად ახასიათებს დამხმარის და კლიენტის ურთიერთობას. თანამშრომლობის პრინციპით მომუშავე კონსულტანტებმა იციან, რომ მათი კლიენტები საკუთარ ბედს თავად მართავენ და, შესაბამისად, ყველაზე უკეთ თავად განსაზღვრავენ, რა გეგმით უნდა წავიდეს მათი ცხოვრება.

ამის საპირისპიროდ, თანამშრომლობისთვის ნაკლებად განწყობილ კონსულტანტებს უჭირთ, დაიჭერონ, რომ მათ კლიენტს შეუძლია თავისთვის სწორი, ცხოვრებისეული დანიშნულოვანი გადაწყვეტილებების მიღება. ეს ორიენტაცია თვალსაჩინო ხდება, როდესაც კონსულტანტი მართვის სადავეებს მტკიცედ იღებს ხელში, წყვეტს, რა იქნება კარგი კლიენტისთვის და მერე ცდილობს, დაარწმუნოს იგი თავისი შეხედულების სისწორეში. კონსულტანტის მუშაობა თანამშრომლობის მაღალი ხარისხით გამოირჩევა თუ მისგან განუვლი დახმარება თანამშრომლობაში



ნაკლებად ჩართვას გულისხმობს – სწორედ ეს მიგვანიშნებს, გვაქვს საქმე განაფულ მოტივაციურ ინტერვიუერთან თუ არა.

### ცვლილების სურვილის აღძვრა

რწმენა, რომ პიროვნება საკუთარ თავში მოიცავს მოტივაციისა და მოქმედების პოტენციალს, ცხადად გვკარნახობს კონსულტანტის როლის გეზს: ესაა კლიენტში ცვლილების შესახებ იდეების აღძვრა. საკუთარი ქცევის შეცვლის პოტენციალის შესახებ ფიქრების შესწავლის და გამოთქმის გზით ადამიანები შეიძლება შეურიგდნენ თავიანთ ამბივალენტობას და პრობლემის გადაჭრისკენ გადადგან ნაბიჯები. ის კონსულტანტები, რომლებიც განაფულები არიან კლიენტის ფიქრების ზედაპირზე ამოტანაში, შეიძლება დაეხმარონ კლიენტს, რომ მისი იმედი დადებით ცვლილების შესახებ ხელშესახები გახდეს. პიროვნების ამბივალენტობის ერთი მხარე ყოველთვის არის მხარე, რომელსაც ცვლილებები სურს. აღძვრის გზით კონსულტანტს შეუძლია, დაეხმაროს კლიენტს ამ მხარის მოძებნასა და გამოკვლევაში.

კლიენტის ამბივალენტობის მეორე მხარე, რასაკვირველია, შეიცავს ცვლილების უსურვილობას. ზოგჯერ კონსულტანტები არჩევენ, უგულვებელყოფენ კლიენტების იდეები და სანაცვლოდ შესაძლონ საკუთარი თვალსაზრისი იმის თაობაზე, თუ როგორი უნდა იყოს მოქმედების გეგმა. ასე თუ ხდება, ჩათვალეთ, რომ პოზიტიური ფიქრების აღძვრის შესაძლებლობა დაკარგულია. კლიენტებს რჩებათ მხოლოდ უმაღური მისია, ედავონ ცვლილებას, რომელიც კონსულტანტს სწავლია.

### ავტონომია

მოტივაციური ინტერვიუს უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი გახლავთ თვალსაზრისი, რომ კლიენტი – და არა კონსულტანტი – უნდა ფლობდეს გადაწყვეტილების მიღების ძალაუფლებას. თითქოსდა ცხადია, რომ სწორედ პიროვნება, რომელმაც უნდა იცხოვროს მიღებული გადაწყვეტილებების თანახმად, უნდა იყოს მათზე პასუხისმგებელი. კონსულტანტს არ გააჩნია ძალა განსაზღვროს, რა ნაბიჯებს გადადგამს მისი კლიენტი რეალურ ცხოვრებაში, საკონსულტაციო კაბინეტის თუ სამკურნალო დაწესებულების გარეთ. ამ რეალობის მიუხედავად, ზოგი კონსულტანტი არჩევს, შეინარჩუნოს ილუზია, რომ თავად არიან ამაზე პასუხისმგებლები. ასე მოქცევით ისინი აკნინებენ კლიენტის ავტონომიას და ამცირებენ ცვლილების მოხდენის ალბათობას.

ყველაზე დიდი ალბათობით ცვლილება მაშინ შეიძლება მოხდეს, თუ ადამიანები დაიჭერებენ, რომ მისი გამოწვევა თავად შეუძლიათ. თუ კონსულტანტი აძლიერებს და მხარს უჭერს თავისი კლიენტის მიერ ავტონომიისკენ გადადგმულ უმცირეს ნაბიჯსაც კი, ამით დიდად ზრდის წარმატების შანსს. სწორედ ამის გამოა, რომ კონსულტანტის უნარი, მხარი დაუჭიროს კლიენტის ავტონომიას, შეადგენს მოტივაციური ინტერვიუების სულისკვეთების ასე მნიშვნელოვან ნაწილს. ზოგჯერ კლიენტები იღებენ გადაწყვეტილებებს, რომლებიც საშინლად არასწორი ჩანს – ყოველ შემთხვევაში, ხანმოკლე პერსპექტივაში მაინც. ასეთ სიტუაციებში შეიძლება კონსულტანტისთვის ძნელი აღმოჩნდეს სადავეების ხელიდან გაშვება, სანამ თავს არ შეახსენებს, რომ ისინი არც არასდროს სჭერია ხელთ.

### მოტივაციური ინტერვიუების პრინციპები

კონსულტანტები, ვისი მუშაობაც მოტივაციური ინტერვიუების სულისკვეთებითაა განმსჭვალული, აღიარებენ კლიენტთან თანამშრომლობის, მასში ცვლილების სურვილის გაღვივების და ავტონომიურობის ცენტრალურ მნიშვნელობას. ამგვარი

გაგება ქმნის საფუძველს, რომელსაც ეფუძნება მოტივაციური ინტერვიუების პრინციპები. პრინციპები, რომლებიც კონსულტანტის ქცევას წარმართავს, გახლავთ შემდეგი (Miller & Rollnick, 2002):

1. ემპათიის გამოხატვა
2. შეუსაბამობის გამოვლენა
3. წინაღმდეგობას მიყოლა
4. თვითეფექტურობის მხარდაჭერა.

**ემპათიის გამოხატვა**

ემპათიური კონსულტანტები ეყრდნობიან თავიანთ მოსმენით და საკომუნიკაციო უნარებს, რათა გაიგონ, თუ რას გამოთქვამენ კლიენტები და შემდგომ საკუთარ პასუხებში ამ გაგების დემონსტრირებას ახდენენ. ემპათია, რაც მოტივაციური ინტერვიუების თავი და თავია, კონსულტანტს აძლევს საშუალებას, კლიენტის ფაქტობრივი გამოთქმების მიღმა მისი აზრები და გრძნობები ამოიკითხოს. ისინი ამ აზრებსა და გრძნობებს ისევე კლიენტს უბრუნებენ. მხოლოდ იმგვარად, რომ არა მხოლოდ მისი ნათქვამის გაგებას აშუალებენ, არამედ ესმარებიან კლიენტს, საკუთარ აზრებს ახალი რაკურსით შეხედოს.

კონსულტანტები, რომლებიც სწორად გამოხატავენ ემპათიას, არ დაუშვებენ, რომ გაკიცხვის პრიზმა დაამახინჯოს კლიენტის მათეული გაგება. აუცილებელი არაა, რომ ისინი ეთანხმებოდნენ კლიენტის დასკვნებს; საჭიროა მხოლოდ, რომ პატივს სცემდნენ მას. ის მკურნალები, რომლებიც მიჩვეული არიან დეტალური დარიგებების მიცემას, ზოგჯერ ემპათიურ ქცევას სრულ პასიურობად აღიქვამენ.

ზოგი მკურნალი შეიძლება ისე აღშფოთებული იყოს ნივთიერებათა ავადმომხარების ფაქტით, რომ მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიიჩნევს საკუთარი ქმედებას სწორად, თუ მკვახე პასუხებს გასცემს კლიენტს. სავარაუდოდ, მოტივაციური ინტერვიუება მათი საქმე არ არის (Moyers & Yahne, 1998, გვ. 31)

ასეა თუ ისე, ცხადი მტკიცებულებები ადასტურებს, რომ განაფული მოტივაციური ინტერვიუების თავაზიან და ემპათიურ გამოხმაურებას შეუძლია გაზარდოს ალბათობა, რომ კლიენტები ცხოვრებისეულ ცვლილებებს მოახდენენ (Carroll, Ball, Nich, Martino, Frankforter, & Farentinos, 2006; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, & Christensen, 2005; Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006), თუნდაც რომ ეს მიდგომა საეჭვოდ იოლი ჩანდეს.

განვიხილოთ მარიას შემთხვევა. ეს ახალგაზრდა ქალი ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სამართალდარღვევის გამო ციხეში იჭდა და პირობით გათავისუფლდა. გათავისუფლების შემდგომ თვეებში ის ძალიან კარგად იქცეოდა, თუმცა, ახლა მარიხუანას მოხმარებაზე აღმოაჩნდა დადებითი პასუხი ჩატარებული ტესტის მიხედვით. ის და მისი ინტერვიუერი, პრობაციის ოფიცერი, რომელიც იცნობს მოტივაციური ინტერვიუების პრინციპებს, ინტერვიუს ამ მოკლე ნაწყვეტში შექმნილ სიტუაციაზე საუბრობენ. ქალმა აცნობა კონსულტანტს, რომ ცხოვრობს თავის შეყვარებულთან და ბიძაშვილთან ერთად და რომ ორივე მარიხუანას მომხმარებელია.

**ინტერვიუერი:** მესმის, ალბათ, რა ძნელი იქნებოდა თქვენთვის თავის შეკავება მთელი ამ ხნის განმავლობაში, როცა თქვენი შეყვარებული და ბიძაშვილი ერთად ეწეოდნენ თქვენს თვალწინ.

**კლიენტი:** კი, ზოგჯერ ძალიან ძნელი იყო. მაგრამ, მგონი, უფრო ძნელი იმიტომაც იყო, რომ ასე კარგ სიტუაციაში ვცხოვრობდი – ადამიანებთან, რომლებსაც ვუყვარვარ, რომლებიც მხარს მიჭერენ. როგორც წესი, შემიძლია „არას“ თქმა, როდესაც მოწევას მთავაზობენ, მაგრამ მაშინ ახალი დაბრუნებული ვიყავი სამსახურზე გასაუბრებიდან, რომელიც ჩავაფლავე, და თავს საშინლად ვგრძნობდი.

**ნბეაჟიუარი:** მაშ, იმიტომ, რომ რალაცის გამო თავს დათრგუნულად გრძნობდით, არ აღმოგაჩნდათ „არას“ სათქმელად საჭირო ძალა, რაც, ჩვეულებრივ, გაქვთ ხოლმე?

**კლიენტი:** ზუსტად ვერე იყო. როდესაც სხვა ყველაფერი წესრიგშია, მონევა საერთოდ არ მახსენდება ხოლმე. უბრალოდ, როდესაც არ გაქვს სამუშაო, ვერანაირ მომავალს ვერ ხედავ... მაშინ ფიქრობ, რა აზრი აქვს თავშეკავებას?

**ნბეაჟიუარი:** ვიცი, რას გულისხმობთ. ის, რასაც მშვენივრად ერევით, როდესაც თავს კარგად გრძნობთ, უკვე გჯახნით, თუ სტრეს ქვეშ ხართ ან უიმედობა გიჰყრობთ.

**კლიენტი:** სწორია! სტრესი მქონდა. ასე ვგრძნობდი, რა კარგია, ბოლოს და ბოლოს სახლში რომ მოვედი ამ საშინელი დღის მერე-მეთქი. მაგრამ ჯერ მაინც ძალიან ცუდად ვიყავი. თორემ არც გავიფიქრებდი მონევას. მილიონჯერ მიქნია ასე. მაგრამ სტრესი მქონდა, იმათ კი მითხრეს: „მიდი, მიდი. უკეთ იქნები“. არ უნდა შემოეთავაზებინათ. მე კი უბრალოდ გარეთ უნდა გავსულიყავი. ნამძვილად ასე უნდა მექნა.

**ნბეაჟიუარი:** მე ასე მესმის, რომ თქვენი საყოფაცხოვრებო გარემო მართლაც მშვენიერია, თუ სხვა ყველაფერი გარშემო კარგადაა. მაგრამ როდესაც საქმეები ძნელდება, როდესაც სტრესულ სიტუაციებში ხვდებით, მაშინ გრძნობთ, რომ ველარ ენდობით საკუთარ თავს და ძალებს, რაც ფხიზლად ყოფნას შეგაძლებინებთ. ანუ მონევა არასახარბიელო დროს შემოგთავაზებს.

**კლიენტი:** მაშინ ვერ ვიყავი ისე მტკიცედ, რომ „არა“ მეთქვა. მესმის, რომ ძნელი და-საჯერებელია, მაგრამ საერთოდ არ მიწდოდა მონევა.

**ნბეაჟიუარი:** იმის მიუხედავად, რომ ხანდახან იმედს კარგავთ, გეტყობათ, რომ მაინც მტკიცედ გაქვთ გადაწყვეტილი, თავი დაანებოთ. სწორად ვხვდები?

**კლიენტი:** დიახ. ისევე ცხეში არაფრით ჩავჯდები.

**ნბეაჟიუარი:** ვიცი, რომ ამაზე ბევრი გაქვთ ნაფიქრი. რა დასკვნები გაქვთ დღეისთვის გამოტანილი?

**კლიენტი:** ვაპირებ, გადავწყვიტო, როგორ მოვიქცე. მეგონა, რომ ძლიერი ვიყავი და ყველაფერს შევძლებდი, მაგრამ ამ შემთხვევამ შემაშინა. შეიძლება დაეფიქრდეთ დროებით სადმე ისეთ ადგილას გადასვლაზე, სადაც ნარკოტიკები არ იქნება. შეიძლება, დედაჩემის სახლში გადავიდე ან რამე ეგეთი. ან იქნებ ისევე ვიპოვო ცნობარი „შუაგზის სახლების“ (სარეაბილიტაციო დაწესებულება) ჩამონათვალთ, ადრე რომ მოვისროლე.

ინტერვიუერს დაუკითხავი რჩევის მიცემის სურვილი რომ ჰქონოდა, მას შეეძლო ეთქვა მარიასთვის, რომ იგი არ „ცხოვრობდა კარგ სიტუაციაში“ ადამიანებთან, რომლებსაც უყვარდათ იგი და მხარს უჭერდნენ. შეეძლო ეთქვა, რომ მისი საც-ხოვრებელი გარემო მისთვის დამლუპველი იყო და რომ სასწრაფოდ უნდა გადასულიყო სხვაგან. თუნდაც რომ ვალიარებდეთ ასეთი შეფასების მართებულებას, მაინც საჭიროა, ვიკითხოთ: რა შედეგი ექნებოდა ასეთ ინტერვიუს? დიდი ალბათობით, მარია საპასუხოდ დაიცავდა საკუთარ არჩევანს, თუ სად და ვისთან ერთად ეცხოვრა, დაიცავდა თავის შეყვარებულს და საბოლოოდ გადაწყვეტდა, რომ სხვაგან გადასახლება ცვლილების გარანტიას მაინც არ მისცემდა. მაგრამ ინტერვიუერმა თავი აარიდა რჩევის მიცემას და კონფრონტაციას და ამის ნაცვლად მუშაობა წარმართა იმის გასაგებად, თუ რას ფიქრობდა და გრძნობდა მარია. მისმა ემპათიურმა პასუხებმა კლიენტს მისცა შესაძლებლობა, თავად დაფიქრებულიყო არჩევანის ვარიაციებზე და ცვლილებისკენ გადაედგა ნაბიჯი.

## შეუსაბამობის გამოვლენა

მოტივაციური ინტერვიუება ეხმარება კლიენტს, შეამჩნიოს თავისი ამჟამინდელი ქცევის შეუსაბამობა თავის მიზნებსა და ფასეულობებთან. როდესაც იგი გაიაზრებს განსხვავებას ‘ახლა რაც არის და რა შეიძლება ყოფილიყო’ ვითარებებს შორის, ამან შეიძლება აღუძრას მოტივაცია, მით უმეტეს, თუ საქმე მისთვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვან მიზნებს ეხება. კონსულტანტს შეუძლია, დაეხმაროს ამ პროცესს იმით, რომ ყური დაუგდოს კლიენტს, გამოარჩიოს და გააძლიეროს მისი დასკვნები მისთვის მნიშვნელოვანი ფასეულობებისა და მიზნების შესახებ. როდესაც კლიენტები

ინტენსიურად, მგზნებარედ ყვებიან თავიანთ მისწრაფებათა შესახებ, ეს ხელსაყრელი მომენტია საიმისოდ, რომ საუბარი წამოიწყონ იმაზეც, რა ნაბიჯები უნდა გადადგან იმ ბარიერების დასაძლევად, რაც მათსა და მათთვის სასურველ შედეგებს შორის არის აღმართული. ეს პროცესი მხოლოდ მაშინ წავა შეუფერხებლად, თუ მისწრაფებები მართლაც კლიენტის საკუთარი, მისგან მომდინარეა და ის მიზნები არაა, რომლებიც სხვებს მიაჩნიათ მართებულიად და სწორად.

მოტივაციური ინტერვიუების მიმდინარეობისას კლიენტებმა შეიძლება შეინიშნონ შეუსაბამობა არა მხოლოდ თავიანთ ამჟამინდელ ქცევასა და საბოლოო მიზნებს შორის, არამედ, ასევე, ამჟამინდელ ქცევასა და იმ პიროვნებას შორის, რომელადაც თავის თავს მიიჩნევენ. ეს ფაქტორი ხაზს უსვამს პატივისცემით მოპყრობის მნიშვნელოვნებას, რაც მოტივაციური ინტერვიუების სულისკვეთების განუყოფელი კომპონენტია. თუ პიროვნებას საკუთარი თავი მიაჩნია დადებით ადამიანად, ვისაც აქვს პასუხისმგებლობის გრძნობა და ზრუნავს სხვებზე, მან შესაძლოა შეინიშნოს, რომ ასეთი პიროვნებისთვის შეუსაბამოა ამგვარი ქცევა: ალკოჰოლური სასმელით გაჯერებული ლანჩის შემდეგ საჭეს მიუჭდეს და დიდი სიჩქარით გაემგზავროს უკან, სამსახურში. კონსულტანტი თუ აირჩევდა მიდგომას, რომელსაც წარსულში ბევრი ადოქციის სპეციალისტი მიმართავდა, მას შეიძლება, ებიძგა კლიენტისთვის, „ალკოჰოლიკის“ იარლიყზე დათანხმებულიყო. ამ იარლიყს კი – შესაძლოა, აღწერილი ქცევა ლოგიკური გაეხადა და შესაბამისად, პიროვნებისთვის შეუსაბამობის არსებობის შეგრძნება შეესუსტებინა. პატივისცემით მოპყრობა კლიენტს ამ შეუსაბამობის აღქმას უშეაფერებს, რასაც კონფრონტაცია ვერ უზრუნველყოფდა.

ადრე მოყვანილი ინტერვიუს მონაწილე მარიამ დაიწყო შემჩნევა, რომ არსებობს შეუსაბამობა მის მიზანს შორის – იცხოვროს ფხიზელი, ნარკოტიკებისგან თავისუფალი ცხოვრებით – და მის აახლანდელ საცხოვრებელ გარემოს შორის. ინტერვიუერმა უბიძგა პროცესს იმით, რომ თავდაპირველად გადაამოწმა, თავად რამდენად სწორად ჰქონდა აღქმული ახალგაზრდა ქალის მიზანი: ფხიზელი ცხოვრება; შემდეგ კი დაუსვა ღია შეკითხვა – შემდგომი მოქმედების რა ვარიანტებს განიხილავდა მარია. ამ შემთხვევაში კლიენტმა თავისი ცხოვრების ცენტრში მოქცეული შეუსაბამობა დაინახა და დაიწყო იმ შესაძლებლობების განხილვა, რომლებიც ადრე გვერდზე მოისროლა (თუნდაც პირდაპირი მნიშვნელობით). ამ მიმართულებით კლიენტს თავად რომ არ გადაედგა ნაბიჯები, კონსულტანტს შეეძლო ეთქვა რამე ამგვარი: „მე ვიცი, რომ მტკიცედ გაქვთ გადაწყვეტილი, რომ მარიხუანას შეეშვათ; თქვენი მონაყოლიდან კი ისე ჩანს, თითქოს ახლანდელი ვითარება, რომელშიც ცხოვრობთ, ამას აძნელებს. თუ ამას თქვენც ამჩნევთ, ხომ არ ისურვებდით, ცოტა ამაზეც გველაპარაკა?“

## წინააღმდეგობას მიყოლა

წარსულში ნივთიერებათა ავადმობხმარების ბევრი მკურნალი მიიჩნევდა, რომ წინააღმდეგობა და უარყოფა ისეთი შინაგანი თვისებები იყო, რომლებიც წამალდამოკიდებულთა უმრავლესობას ახასიათებდა. ისინი თვლიდნენ, რომ ამ მახასიათებლებთან გამკლავების ერთადერთი საშუალება მათთან ღია დაპირისპირება იყო. თუ კლიენტი უარობდა, მიეღო იარლიყი ან დიაგნოზი, მათ თავს ატეხდნენ არგუმენტების მთელ კასკადს, რომლებიც ამტკიცებდა, რომ იარლიყი თუ დიაგნოზი უტყუარი იყო. თუ კლიენტი უარობდა, დაეჭვრებინა, რომ სამკურნალო იყო, მას აუცილებლად მოუყვანდნენ მორიგ „მტკიცებულებას“, რომ ის ზუსტად სხვა კლიენტების მსგავსად იქცეოდა. არსობრივად, წინააღმდეგობის ზოგი შემადგენელი უბრალოდ იმ ფაქტის გამოვლენა იყო, რომ კლიენტი არ ეთანხმებოდა პრობლემის კონსულტანტისეულ თვალთახედვას. მკურნალი რაც მეტად ცდილობდა თავისი თვალსაზრისის დამტკიცებას, მით უფრო დიდ წინააღმდეგობას აწყდებოდა კლიენტის მხრიდან. უეჭველ კონფრონტაციას ხშირად ასეთი ვითარება იწვევდა: მკურნალი უსაბუთებდა, რომ პრობლემა არსებობს, კლიენტი კი ამტკიცებდა, რომ



არა. რასაკვირველია, კლიენტს თავისი საკუთარი არგუმენტები ხშირ შემთხვევაში უფრო სარწმუნო ეჩვენებოდა.

მოტივაციური ინტერვიუების შემოსვლამ სრულიად სხვა ხედვა მოიყოლა თან. კონსულტანტის „სიმართლის“ მიუღებლობის გამო წარმოქმნილ „წინააღმდეგობას“ საყრდენი გამოეცალა, რადგან კონსულტანტები აღარ ცდილობდნენ, კლიენტის სიმართლე საკუთარით ჩაენაცვლებინათ. რასაკვირველია, მოტივაციურ ინტერვიუერს სურს, გააადვილოს კლიენტის გადანაცვლება არსებული სტატუს კვოდან უფრო ჯანსაღი მდგომარეობისკენ. ამ კონტექსტში წინააღმდეგობის ცნება ძირითადად იმ კლიენტებზე მოდის, რომლებიც ამ პროცესში ჩართვას ეწინააღმდეგებიან. ასეთ სიტუაციებში კონსულტანტი არ ეწინააღმდეგება კლიენტს, რაკი იცის, რომ ძალიან იოლია, მოეცეს ხაფანგში, ჩაკეტილ წრეში, როცა ის ცვლილების სასარგებლო არგუმენტებით ეკამათება კლიენტს, რომელიც მით უფრო ურყევად განაგრძობს მის შეწინააღმდეგებას. ამის ნაცვლად, კონსულტანტი „დაყვება“ წინააღმდეგობას (მისი შემცირების მიზნით) (Miller & Rollnick, 2002), რაკი გააზრებული აქვს, რომ ამბივალენტობა ინტერვიუში მონაწილეობის მიმართ ისევე ბუნებრივია, როგორც ამბივალენტობა ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქცევის მიმართ. რაკი წინააღმდეგობის განზრახვა, უარყოფის განზრახვის მსგავსად, მოდის ურთიერთობის კონტექსტიდან, კონსულტანტმა მათ შეიძლება საკუთარი მიდგომის შეცვლით უპასუხოს. უფრო ხშირად, კონსულტანტები ახერხებენ, დააცხრონ წინააღმდეგობის ფინი იმით, რომ თავს არიდებენ კონფლიქტში შესვლას.

მომდევნო მოკლე ნაწყვეტი ამორიდებულია შელაპარაკებიდან ექთანსა და პაციენტს შორის; პაციენტს სახელად ჰქვია რალფი, რომელიც კონსულტაციამ შეწუხებულმა მეუღლემ მოიყვანა.

**პაციენტი:** მე არაფერიც არ მჭირს. სულაც არ ვარ ავად. ჩემს ცოლს ჰგონია, რომ ძალიან ვიღლები და ძალიან ბევრი მძინავს. ახალი ამბავი! თვითონ მასწავლებელია, მაგის საქმე მართო პატარა ბავშვების მოვლა და დღის სამ საათზე უკვე სახლშია. მე კი ქარხანაში ცვლის ოსტატი ვარ. საღამოს ცვლაში ვმუშაობ და მთელი სამუშაო დროის ყოველ წუთს მძიმე მუშაობა მინევს. დავიღლები, აბა რა!

**ექსპერტი:** ესე იგი, თქვენი ცოლი რომ შეწუხებულია თქვენი დადლილობით, თქვენ ეს განსაკუთრებულ ამბად არ გეჩვენებათ?

**პაციენტი:** ასე ვარ უკვე კარგა ხანია. იცით რა, როდესაც ის შუადღისას სახლში მოდის, და მძინარეს მხედავს იმის ნაცვლად, რომ სამუშაოდ ვიყო წასული, ეს ძალიან სტკენს გულს. ამბობს, რომ ვერ მაფხიზლებს. ერთი-ორჯერ დავგვიანებთ დაბრუნდა და მე უკვე წასული დავხვდი, მაგრამ ჩემი სამსახურიდან სატელეფონო შეტყობინებები მიელო, სად არისო. თან, როცა ნავაგვიცი ძალიან ბოთლი ხვდება, ამის გამო მთლად გადაირევა ხოლმე. იცი რა, ასეთი განრიგი იმ დროიდან გვაქვს, როცა ბავშვები პატარები იყვნენ, რიგ-რიგობით რომ ვყოფილიყავით სახლში, იმის გამო. ახლა ასე აღარ გვანყობს. შეიძლება, დროა, ის სამუშაოს შეცვლაზე დაფიქრდეს.

**ექსპერტი:** როგორც წესი, როცა მეუღლე შინ ბრუნდება, თქვენ ან უკვე წასული ხვდებით ან ამდგარი და წასასვლელად გამზადებული ხართ. ბოლო დროს კი გიჭირდათ ადგომა, მაშინაც კი, როცა უკვე სამსახურში წასვლის დროა.

**პაციენტი:** ამას ჩემი ცოლი ამბობს.

**ექსპერტი:** ესე იგი, თუ სწორად გავიგე, თქვენ არ მიგაჩნიათ, რომ ჯანმრთელობის პრობლემა გაქვთ – ყოველ შემთხვევაში, იმდენად, რომ თქვენ თავად გადაგწყვიტათ ჩვენთან მოსვლა. მაგრამ ცოლისგან სულ გესმით, რომ ნერვიულობს თქვენ გამო.

**პაციენტი:** შეიძლება, უბრალოდ იმ ხასიათზეა, რომ ტვინი მიბურღოს. მაგრამ ჰო, შეიძლება მართლაც წუხს. ასე რომ... ჩემი ცოლი ჩემ გამო შეწუხებულია. მე არ ვარ ვწუხვარ ჩემს თავზე. მართო ის მანუხებს, რომ ეს შეიძლება არასოდეს მორჩეს... ამიტომაც მოვედი.

**ექსპერტი:** როგორც ვხედავ, თქვენ და თქვენი ცოლი ამ საკითხზე სულ სხვადასხვა შეხედულების ხართ. იმის მიუხედავად, რომ თქვენ არაფერი განუხებთ, ვფიქრობ, ძალიან გონივრულად მოიქვით, ჩვენთან რომ მოხვდით. მე მხოლოდ მინდა, რამდენიმე შეკითხვა დავისვათ თქვენი ძილის ხასიათზე და დადლილობის შესახებ. წინააღმდეგი ხომ არ ხართ?

**პაციენტი:** არა. ვნახოთ, რატომაც არა.



გასაუბრება თითქოს მშვიდობიანად წარიმართა, მაგრამ არსებობდა შესაძლებლობა, რაღაც აგრესიული გამხდარიყო. „ნაგავში ძალიან ბევრი ბოთლის“ ფაქტი ალბათ მომავალში სადმე ისევ ამოტივტივდებოდა, მაგრამ იმწუთას ამაზე ყურადღების გამახვილება და პასუხის გაცემა ინტერვიუს შეწყვეტდა ან მის მონაწილეებს ჩიხში შეიყვანდა. წინააღმდეგობასთან საბრძოლველად განწყობილ დამხმარესთან შეხვედრის შემთხვევაში კიდევ ერთი სავარაუდო სცენარი შესაძლოა ყოფილიყო ის, რომ რაღაც ექთანს თავის ცოლთან პირის შეკვრაში დაადანაშაულებდა. ექთანმა, რომელიც იცნობდა მოტივაციურ ინტერვიუებას, თავი აარიდა კონფლიქტში ჩათრევას. მეტიც, ის რაღაც პატივისცემით მოეპყრა. ის, რომ სამკურნალო ვიზიტში მონაწილეობა პაციენტის ნება-სურვილზეა დამოკიდებული, დამონშდა ერთი უმნიშვნელოვანესი ფრაზით: „წინააღმდეგი ხომ არ იქნებით?“.

**თვითფაქტურობის მხარდაჭერა**

ბანდურა (Bandura, 1997, გვ. 3) გაცნობიერებულ თვითფექტურობას შემდგენიარად განმარტავს: ესაა ადამიანის „რწმენა საკუთარ შესაძლებლობაში, ჩამოაყალიბოს და შეასრულოს მოქმედებათა თანამიმდევრობა, რომელიც აუცილებელია ამა თუ იმ მიზნის მიღწევისთვის“. როდესაც ადამიანებს სჯერათ, რომ მათ შეუძლიათ პრობლემის გადაჭრა ან ამოცანის შესრულება, უფრო მეტია ალბათობა იმისა, რომ ისინი შეეცდებიან და, ფაქტობრივად, მეტია ალბათობა იმისა, რომ წარმატებასაც მიაღწევენ. თუ, ამის საპირისპიროდ, მათ აკლიათ საკუთარი შესაძლებლობის რწმენა, წარმატების ალბათობა იკლებს.

როცა ადამიანებს საკუთარი ეფექტურობის სწამთ, ამას სხვადასხვაგვარი შედეგი შეიძლება სდევდეს. ასეთი რწმენა გავლენას ახდენს ადამიანის მიერ მოქმედებათა თანამიმდევრობის შერჩევაზე, იმაზე, თუ რამდენ ძალისხმევას ჩადებს იგი ამა თუ იმ მცდელობაში, რამდენ ხანს შეინააღმდეგება დაბრკოლებებსა და მარცხს, მათ გამძლეობაზე გაჭირვებისას, იმაზე, მათი აზროვნება თვით-დამაბრკოლებელი იქნება თუ თვით-დამხმარე, თუ რა ზომის სტრესს ან დეპრესიას განიცდიან გარემოსგან თავსმოხვეული სიძნელების გამო, და მათი საბოლოო მიღწევების დონესა და ხარისხზე. (Bandura, 1997, გვ. 3)

თვითფექტურობის (თვითდარწმუნებულობის) აქტუალობა იმ ადამიანებისთვის, რომლებიც ნივთიერებათა ავადმომხმარების ქცევის შეცვლას განიზრახავენ, ძალიან ხელშესახებია. დიდი ხნის მანძილზე არსებული ჩვევის გადაკეთება უკეთეს შემთხვევაში შფოთვის მომგვრელი და უარეს შემთხვევაში თავზარდამცემია და ამ საქმეში ის, თუ რა აზრისაა პიროვნება საკუთარ თვითფექტურობაზე, მისი გადაწყვეტილებების ბალანსზე უაღრესად დიდ გავლენას ახდენს. ადამიანისთვის, ვინც ცვლილებას განიზრახავს, წარმატების თუ მარცხის პოტენციალის გაცნობიერებას ძალიან დიდი წონა აქვს.

მოტივაციური ინტერვიუება ხაზს უსვამს თვითფექტურობის გაძლიერების მნიშვნელოვნებას, რადგანაც პიროვნების რწმენა, რომ წარმატება შესაძლებელია, ის უმთავრესი ფაქტორია, რომელიც გავლენას ახდენს როგორც თავდაპირველ მოტივაციაზე, ასევე – გრძელვადიან შეუპოვრობაზე. მოტივაციური ინტერვიუება მკვეთრად განსხვავდება ადრინდელი მიდგომებისგან, რომლებიც გამოკვეთდნენ ნივთიერებათა ავადმომხმარების არასასურველ შედეგებს, იმის ნაცვლად, რომ განეხილათ ცვლილებასთან დაკავშირებული დადებითი შედეგები. ამის გამო მკურნალები და კლიენტები ხელიდან უშვებდნენ თვითფექტურობის გაზრდის შესაძლებლობას.

მოტივაციური ინტერვიუების სულისკვეთება აშკარად განამტკიცებს თვით-ფექტურობას. როდესაც კონსულტანტები თავიანთ კლიენტებთან თანამშრომლობით ურთიერთობას ამყარებენ, მათ გასაგონად გამოთქვამენ რწმენას, რომ კლიენტს აქვს ცვლილების მოსახდენად საჭირო უნარები. როდესაც ისინი კლიენტებს მოტივაციის

აღძვრით ცვლილებების იდეებს გამოათქმევენებენ , ამით ეხმარებიან მათ, შეამჩნიონ (ბევრმა ცხოვრებაში პირველად), რომ მათი საკუთარი იდეები გონივრულია. როდესაც კონსულტანტი ეხმარება და აძლიერებს კლიენტის ავტონომიას, ამით მას ოპტიმიზმის ძლიერ იმპულსს გადასცემს.

### მოტივაციური ინტერვიუება სხვადასხვა გარემოში

მოტივაციური ინტერვიუების პრაქტიკაში პირველად გამოყენებიდან, წლებების განმავლობაში, მისი არეალი სულ უფრო გაფართოვდა და მოიცვა ჯანმრთელობის, სოციალური უზრუნველყოფის, სისხლის სამართლის, თერაპიული და საგანმანათლებლო დანესებულებები. სხვადასხვა პროფესიული ტიტულების მქონე მოტივაციური ინტერვიუები ახორციელებენ ინტერვენციებს, რომლებიც შეიძლება ერთი სენსითაც კი შემოიფარგლებოდეს, მაგრამ მაინც ახერხებდეს ცხოვრებისეული ცვლილებების გამოწვევას. ზოგჯერ ინტერვიუ საკმარისიც აღმოჩნდება კლიენტისთვის, რომ გაერკვეს თავის ამბივალენტობში და საკუთარი ძალებით მოახდინოს ცვლილებები. ზოგჯერ ინტერვიუ კლიენტს ეხმარება, მკურნალობის დაწყების გადაწყვეტილება მიიღოს, ზოგჯერ კი ინტერვიუ ახალ შესაძლებლობებს უხსნის კლიენტს, ვინც შეიძლება გადაწყვიტოს ცვლილების მოხდენა დაუყოვნებლივ, ცოტა მოგვიანებით ან კარგა მოგვიანებით. ყველა ამ სიტუაციას საერთო აქვს ინტერვიუერი, რომელიც გამიზნულად მიმართავს მსჯელობას ცვლილების მიმართულებით, მაგრამ ვინც არასოდეს ცდილობს, კლიენტს წაართვას გადაწყვეტილების მიღების ძალაუფლება.

### მოტივაციური ინტერვიუება ოჯახური თერაპიის კონტექსტში: მატალითი

მომდევნო მაგალითში ოჯახის თერაპევტი მოტივაციურ ინტერვიუს უტარებს წყვილს. თერაპევტი გახლავთ კლიენტზე ორიენტირებულიც და დირექტიულიც. ის ყურადღებით უსმენს წყვილს, მაგრამ ინტერვიუს ფოკუსს მიმართავს ცვლილების შესაძლებლობაზე. როცა ინტერვიუ დასასრულს მიუახლოვდება, ის კლიენტებს ერთ მკაფიო მესიჯს აწვდის: გადაწყვეტილება ცვლილების მოხდენა-არმოხდენაზე თქვენი მისაღებია.

### მოტივაციური ინტერვიუება ჯიშსა და მარცხისთან<sup>1</sup>

**კონსულტანტი:** მარცია და ჯიმ, სასიამოვნოა თქვენთან შეხვედრა. ჯიმ, მოხარული ვარ, რომ დათანხმდით მოსვლას. ვიცი, რომ ამის დიდი სურვილი არ გქონდათ. და მაინც მოხვედით. მადლობა.

**ჯიმი:** არაფრის. მაგრამ, როგორც ტელეფონით გითხარით, არ მგონია, კონსულტაცია გვჭირდებოდეს.

**კონსულტანტი:** ასე მითხარით, დიახ, ამიტომ ვიფიქრე, რომ ალბათ კარგი იქნებოდა, მარციას ეთქვა ჩვენთვის, რაში ხედავს პრობლემას. მერე კი ძალიან ვისურვებდი, იგივე მოგვესმინა თქვენგან. ორივე თანახმა ხართ, რომ ამით დავიწყოთ?

**მარცია:** დიახ, რა თქმა უნდა.

**ჯიმი:** თანახმა ვარ, მაგრამ მე ეს კონსულტაციები და ვეგთები არ მიყვარს. ჩემს ოჯახში კონსულტაციებზე არ დავდიოდით.

**კონსულტანტი:** თქვენს ოჯახს, ჩანს, პრობლემების გადაჭრის სხვა გზა ჰქონდა ნაკლები.

**ჯიმი:** ნამდვილად! მაგრამ მე დავპირდით, რომ მოვიდოდი. ასე რომ, მოდი, დროზე მოვრჩეთ.

**მარცია:** აი, სწორედ ესეთი დამოკიდებულება მაგიჟებს, ჯიმ. თავიდან, სასწავლებელში რომ დავიწყეთ შეხვედრა, ასე არასოდეს შექცეოდი, და შენი სმის და უმუშევრობის პრობლემებით, უტვინო უნდა იყო, იფიქრო, რომ საერთოდ აზრად გავივლებ ცოლად გამოყოლას.

1 ადაპტირებულია დოქტორ ჟაკლინ ელდერის (Dr. Jacquelyn Elder) ინტერვიუდან. გამოყენებულია მისი ნებართვით.

**კონსულტანტი:** მარცია, მითხარით უფრო დანვრილებით, რაში ხედავთ პრობლემას, რა განუხებთ ჯიმის სმასთან დაკავშირებით.

**მარცია:** რა და, ის სრულიად განსხვავდება იმ ჯიმისგან, მე რომ ვიცნობ. ჩვენ ერთმანეთი უმაღლეს სასწავლებელში გავიცანით და მაშინვე ძალიან დავახლოვდით. მაშინ ორივე მეტს დავეჭიფობდით; მაგრამ მაშინ უფრო ახალგაზრდები ვიყავით და ვიცოდით, როცა სწავლას დავამთავრებდით, წესიერად მოქცევა უნდა დავგვეწყო და უფრო პასუხისმგებლობით მოვეკიდებოდით ჩვენს ცხოვრებას. მე ბევრს სულაც აღარ ვსვამ. კვირაში დაახლოებით 60 საათი ვმუშაობ...

**კონსულტანტი:** ალბათ, ძნელია ამდენი მუშაობა.

**მარცია:** ძნელია, მაგრამ ეს მართლაც კარგი კოორპორატიული სამუშაოა. კარგი იქნება, ასე გულმოდგინედ თუ გავაგრძელებ, თუმცა კი ორგანიზაცია ახლა გაურკვეველ მდგომარეობაშია. მე სასწავლებელში ბევრს ვმეცადინებოდი და ეს სამსახური პირველსავე მცდელობაზე ვიშორე. ჯიმი უნივერსიტეტის „ოქროს ბიჭუნა“ იყო, მეცადინეობა თითქმის არ სჭირდებოდა, ისე იღებდა უმაღლეს შეფასებებს. ყველა პროფესორი შეყვარებული იყო მასზე და ტონობით სარეკომენდაციო წერილი მისცეს. მაგრამ ერთ-ორ გასაუბრებაზე გავიდა და სამსახური ვერ იშოვა, და რატომ, ვერ ვხვდები. ყველაფერი ამის დასაგვირგვინებლად კი, ლამის ყოველ საღამოს მიდის და ბიჭებთან ერთად სვამს. არ რეკავს, მე კი მთელი ღამე არ მიძინავს, ველოდები და ვნერვიულობ მის გამო. გასულ კვირას, ერთ ღამეს სახლში რომ მოვიდა, გამოღვიძებულს აღარ ახსოვდა, მანქანა სად დატოვა!

**კონსულტანტი:** ჯიმი, იმ ღამით რა გაირკვა, რა მოხდა?

**ჯიმი:** იმ მანქანაზე დიდი ამბავი აქვს ატეხილი. არ მახსოვდა, სად იყო, მერე რა? გადავრეკე-გადმოვრეკე და ძმაკაცებს ვკითხე, წუხელ რა მოხდა-მეთქი. თურმე ერთ-ერთმა მათგანმა ნახა, ნაყლაპი რომ ვიყავი, და სახლში წამომიყვანა. იმანვე ზუსტად მითხრა, სად იყო ჩემი მანქანა. წავედი და მაშინვე ვიპოვეთ.

**კონსულტანტი:** კარგი მეგობარი გყოლიათ, შინ მშვიდობიანად რომ მოგაცილიათ. მარცია, ჩანს, თვლის, რომ მეტისმეტად ბევრს სვამთ, და მე მაინტერესებს, თქვენ რას ფიქრობთ ამბზე.

**ჯიმი:** ის ამკარად მეტისმეტად ბერავს პრობლემას. ჩვენს ასაკში ყველა ჩვენსავით სვამს, განსაკუთრებით – სტუდენტობისას. ვუთხარი, სამსახურს რომ ვიშოვი, სმასაც მოვეშვები-მეთქი, მაგრამ ამნუთას თანამშრომლის აყვანა არავის სჭირდება. ეგ კი ისე იქცევა, თითქოს ეს არ იცოდეს.

**მარცია:** აბა, რას ამბობ? რამდენიმე კვირის წინ გასაუბრებაზე იყავი, ვალგრინის მენეჯერის ადგილზე, და მან წესით ყველაფერი უნდა გამოსულიყო. იმის თქმა მინდა, რომ მე ტელეფონით ველაპარაკე იმ ბიჭს, ვინც შენი აპლიკაცია მიიღო; და ლამის მზად იყო, ტელეფონითვე მიეღე. შენ კი გასაუბრების მერე სახლში საშინელ გუნებაზე მოხვედი და იმ საღამოს უგონოდ დათვერი. იმ ღამის შესახებაც არაფერი გახსოვს. ამის ჩათვლით უკვე ოთხი ასეთი ამოვარდნა დაგიგროვდა. და ზოგი გათიშვის დროს საჭესთან იჭექი.

**ჯიმი:** არაფერიც, სახლში ჩვეულებრივ გუნებაზე დავბრუნდი, ვალგრინი კი ბოლოს საზიზღარი სამუშაო აღმოჩნდა. იმათ უნდოდათ, სასაცილოდ დაბალი ხელფასით დამეწყო მუშაობა, მე კი უმაღლესი იმისთვის არ დავამთავრე, რომ საათში ათი დოლარი მიხადონ.

**კონსულტანტი:** ჯიმი, თქვენ ძალიან კარგი სტუდენტი ყოფილხართ და ბევრსც მუშაობდით. თქვენთვის ალბათ იმ ინტერვიუში წარუმატებლობა უფსკრულში გადაჩეხვას ჰგავდა. იმ საღამოს დაღევა თითქოს ყველაზე ბუნებრივი საქციელი იყო. ძალიან ძნელია, როცა დარწმუნებული ხარ, სამუშაოს მივიღებო, და არ ავიყვანენ.

**ჯიმი:** ძნელია, მარციას კი ამის გაგება არ უნდა. მაგას გაუმართლა და მაშინვე იშოვა სამსახური, მე კი ამასობაში ამ შრომის ბაზარზე გავიჭედი.

**კონსულტანტი:** ოქროს ბიჭუნა თქვენ იყავით, მარციამ კი იშოვა სამსახური, რომელიც შეიძლება, თქვენ უნდა მიგელოთ.

**ჯიმი:** არა, არა, არა. ასე სულაც არ ფიქრობ. მარციაც მშვენიერ ნიშნებს იღებდა, თან ძალიან ბევრს მუშაობს. მართლა ძალიან ბევრს, ჩემზე უფრო.

**კონსულტანტი:** რა მხრივ?

**მარცია:** ჯიმი, აბა, რას ამბობ? ადრე არასოდეს გითქვამს, ჩემზე მეტს მუშაობო, და წინ კიდევ სამი ინტერვიუ გეღის. მე ვიცი, რომ იმ ინტერვიუებზე ძალიან მოინდომებ და შენს საუკეთესო თვისებებს გამოავლენ. იმათ უბრალოდ არ იციან, რას კარგავენ, შენ რომ არ აყავხარ. მომკალი და ვერ ვხვდები, რა შეიძლებაო ცუდად წასულიყო. უნდა მივყოლოდით მაგ საქმეს და გვეცადა, გავრკვეულიყავით, რა მოხდა. ავდგები და მე თვითონ დავურეკავ იმ ვალგრინელ ბიჭს.

**ჰიში:** კარგი ახლა, მარცია, კარგი. რაღაც უნდა გითხრა. ადრევე მინდოდა მეტყვა, მაგრამ ვერ გავბედე. უბრალოდ არ ვიცი, რა ვქნა და იმიტომ.

**მარცია:** ჯიმ, ახლა მაშინებ. ხომ ყველაფერი რიგზეა?

**ჰიში:** არა, არა. ანუ კი, მე არაფერი მიჭირს. მარცია, ვალგრიზის ინტერვიუზე არ გავსულვარ, თუმცა მისული ვიყავი. რომ შევედი, მითხრეს, ნარკოტიკებზე ანალიზი უნდა ჩააბარო, მე კი ვიცოდი, რომ ამ ტესტს ვერ გავივლიდი. შენ სამსახურში რომ მიდიოდი, ხანდახან ვენოდი ხოლმე, და არ ვიცოდი, ისინი ტესტს თუ მოითხოვდნენ. ერთი თვე მაინც უნდა მქონოდა თავი დანებებული, და იმის მერე ვცდილობდი კიდევაც. ასე, სამი დღე ვძლებ მოსანევის გარეშე; მერე კი ვფიქრობ: „არა, ცოტა მოწვევა მჭირდება“.

**კონსულტანტი:** ის სამუშაო გინდოდათ, მაგრამ ახლა გეშინიათ, რომ ყოველი მათგანი გამოგააშკარავებთ.

**მარცია:** ჯიმ, არ მჯერა, რომ ჯერ კიდევ მოსანევი ერთობი! რამდენი წლის ხარ, რა სკოლის მოსწავლესავით იქცევი? აქ ხომ საქმე ჩვენს მომავალს ეხება. შენ ვერ ახერხებ, მოწვევას თავი დაანებო, მერე კი იმედგაცრუება ჩემზე გადმოგაქვს და მსჯი იმით, რომ მთელი ღამით სალოთაოდ მიდიხარ?

**ჰიში:** მარცია, ისედაც ცუდად ვგრძნობ თავს ამის გამო. ნეტა ახლაც არ მეტყვა. ვიცი, რომ ფული გვიჭირს, და ვერ დამიჭერებია, რომ ამ ამბავში ჩავეფალი. ვერ დამიჭერებია, რომ ამდენი სწავლის და კარგ სამუშაოზე ოცნების მერე მოწვევას თავს ვერ ვანებებ! სმა აქ არც კი ითვლება.

**კონსულტანტი:** ჯიმ, თქვენი ნათქვამიდან ასე მესმის, რომ ისურვებდით, გემუშავათ მოსანევისთვის თავის დანებებაზე, იმისთვის, რომ სამსახური იშოვოთ. ალბათ, მოგიწევდათ გადაჩვევა, თუ დროდადრო შემონიშნებას ატარებენ. მაგრამ, როგორც მე მესმის, თქვენ ორს შორის ალკოჰოლიც აჩენდა პრობლემებს, თითქოს მოსანევი და ალკოჰოლი გადაჭაჭვულია ერთმანეთზე.

**ჰიში:** ის სამსახური ისე ძალიან მინდოდა, და მაინც, ჩემს თავს ვეტყობდი ხოლმე: „ერთი, მაგათიც. მაგათ მოწვევა როგორ უნდა დამიშალონ?..“

**კონსულტანტი:** თქვენ არ გსიამოვნებთ, როცა მიგითითებენ, რომ არ შეიძლება, ნარკოტიკებს ეწოდეთ, ახლა კი მოსანევი დაბრკოლებად გაუხდა თქვენი ცხოვრების ახალი თავის დანყებას – თავისა, რომელსაც ჰქვია „გაიზარდა და სამსახური დაიწყო“. ჯიმ, ეს გზა ბევრ ადამიანს გაუვლია და აქედან გამარჯვებულები გამოსულან. თქვენ უნდა გადანყვიტოთ, რომელი გზა აირჩიოთ; საკმაოდ გონიერი ბრძანდებით, რომ იცოდეთ, ამ გზებიდან რომელს სად მიჰყავხართ.

**ჰიში:** არ ვიცი. ის ვიცი, რომ თავის დანებება მინდა, იმიტომ, რომ ის სამსახური მინდა. მინდა, რომ მე და მარცია ერთად ვიყოთ, როგორც ვგეგმავდით. მე ყოველთვის ბევრი მუშაობა შემეძლო, მარცია, ეს შენ ხომ კარგად იცი. მე ყველაფერს გავაკეთებ, რის გაკეთებასაც შენ მთხოვ. მინდოდა, რომ მეტყვა შენთვის, მაგრამ ჩემი არსების ნაწილს ამის ძალიან რცხვენოდა.

**კონსულტანტი:** იმიტომ, რომ თქვენ სინამდვილეში ეს არ ხართ. თქვენ სინამდვილეში ის გულმოდგინედ მომუშავე ადამიანი ხართ, ვინც საუნივერსიტეტო ხარისხი დაიმსახურა. თქვენ მარცია გიყვართ და გინდათ, მასთან ურთიერთობა შეინარჩუნოთ. ახლა თქვენ მისგან დახმარებას ითხოვთ, ეს კი თქვენთვის უცნობი ტერიტორიაა და რაღაცნაირად, გაშინებთ.

**ჰიში:** თქვენ არ გესმით. მარცია, შენ კარგად მიცნობ და იცი, ამას ყველაფერს არ გეტყობდი, საქმის გამოსწორება რომ არ მინდოდეს. შემეძლო, ტყუილები გამეგრძელებინა, მაგრამ სულ უარესად და უარესად ვიგრძნობდი თავს ამის გამო, იმის შემართა, თუ რას გვიშვრება ეს ტყუილები. იმას ვუკლისხმობ, რომ რამდენიმე თვის წინ ქორწილს ვგეგმავდით და ჩვენი მომავალი აწყობილი გვეგონა. მერე მე ყველაფერი ავერთე, სულელი ბავშვივით მოქცევი. მე მინდა, გავჩერდე, მარცია. მინდა, რომ ყველაფერი მოგიგვარდეს.

**მარცია:** ჯიმ, მე უკვე აღარ ვიცი, რას ვგრძნობ, მე შენ მიყვარხარ, მაგრამ არ შევეგუები ამ ტყუილებს, უმუშევრად სიარულს და შენს მოქვიფე ცხოვრებას. არ შევეგუები, თუ არ აპირებ, რამე მოიმოქმედო, დაუყოვნებლივ, და ამას მთელი სერიოზულობით გეუბნები.

**კონსულტანტი:** მარია, კონკრეტულად რა გინდა და გჭირდება, რომ ჯიმმა გააკეთოს? ან იქნებ ჯიმსაც აქვს რამე იდევნი ამის შესახებ.

**მარცია:** ჯიმ, მე მჭირდება, რომ დაუყოვნებლივ გაანებო თავი მოწვევას და სმას. თუ ამის გასაკეთებლად დახმარება გჭირდება, წადი და იპოვე, ვინც დაგხმარება, მე კი გვერდში დაგიდგები. მე მჭირდება ვიცოდე, რომ ფხიზლად ცხოვრობ და რომ სამსახური გაქვს.



ამჟამად სულერთია, თუნდაც მაკდონალდსში იმუშავე. ის მაინც მეცოდინება, რომ შენ მართლაც ის კაცი ხარ, რომელსაც მე ვიცნობდი და რომელიც ყოველთვის ბევრს მუშაობდა.

**ჰიში:** ვერ წარმოიდგენ, რა ცუდად ვგრძნობ თავს, რომ ვხედავ, შენ ასე წარმატებული რომ ხარ, მე კი ერთ ხელმოცარულ ვინმედ გადავიქეცი. არ მეგონა, ასე ჭაობში თუ აღმოვჩნდებოდი. არ მგონია, მინდოდეს რომელიმე სამკურნალო პროგრამაში ჩართვა იმ რაღაც ჭკუფებთან და ეგეთი რამეებთან, მაგრამ იმას ვიზამ, რომ კონსულტაციები გავიარო და ტესტები ჩავიტარო ხოლმე. ჭკუფებში ჩართვა ნაღდად არ მინდა. ეგ საჩემო არაა. და შენ თუ გინდა, რომ ჩვენ ორმა გავაგრძელოთ დოქტორ სმიტთან სიარული, მაგაზეც თანახმა ვარ. მგონია, რომ მაგას შევძლებ.

**კონსულტანტი:** მარცია, რას ფიქრობთ ამაზე?

**მარცია:** დოქტორ სმიტ, თქვენ რას ფიქრობთ? როგორც წესი, ის სამკურნალო პროგრამები ხომ საჭიროა?

**კონსულტანტი:** მე მგონი, ჭიმს ნამდვილად კარგი იდეა აქვს და საკუთარ თავსაც უკეთ იცნობს. მან სამი დღე გაძლო მოსანევის გარეშე, ეს საკმაოდ ხანგრძლივი დროა და დარწმუნებული ვარ, იმ სამ დღეში რაღაც-რაღაცებს გააკეთებდა ისეთს, რაც მას დაეხმარა. ეს ყველაფერი საკმაოდ იმედისმომცემია და როდესაც ჭიმმა ყველაფერი ჩამოაყალიბა, საკმაოდ კარგი გეგმა A გამოვიდა. მე მიმაჩნია, რომ ჭიმი უნარიანი და გონიერი ადამიანია და, თუ ამ ხერხმა არ გაჭრა, მერე თქვენ ორმა შეიძლება გეგმა B აირჩიოთ. თქვენვე შეგიძლიათ, გადანყვიტოთ, რა იყოს გეგმა B და ჩვენ შეგიძლია, ერთ კვირაში ამაზე დავილაპარაკოთ, რაკი ჭიმი თანახმაა, მეც ჩამართოს ამ ამბავში. მე ეს ძალიან მახარებს, ჭიმი, იმის გათვალისწინებით, რა განწყობით შემოხვედით აქ. აბა, რას იტყვით ამაზე?

**ჰიში:** დოქტორ სმიტ, იქნებ მირჩიოთ კონსულტანტი, და ნარკოტიკების ტესტის ჩატარებაც დამჭირდება. შეგიძლიათ, ვინმეს ტელეფონის ნომერი მომიცეთ?

**კონსულტანტი:** მე გირჩევთ ერთ-ორ კონსულტანტს, ვისთანაც შეგეძლოთ, მოგესინჯათ მისვლა. თუ მოისურვებთ, შეგიძლიათ, ორივეს დაურეკოთ და რომელიც უფრო შესაფერისი მოგეჩვენებათ, ის აირჩიოთ.

**მარცია:** მე ცოტა არ იყოს, ველავ ამაზე, იმიტომ, რომ მეგონა, ყველამ, ვისაც პრობლემა აქვს, აუცილებლად ეს რეაბილიტაციის კურსები უნდა გაიაროს-მეთქი; მაგრამ ის მამშვიდებს, რომ გეგმა B-ც გვექნება, თავის დასაზღვევად. მგონია, რომ უფრო მშვიდად ვიქნები, თუ ახლავე დაგვეხმარებით მის შედეგაში და არ გადავდებთ.

**კონსულტანტი:** კარგი აზრია, მარცია. ასე გეგმა A-ც და B-ც მზად გექნებათ. მე შემიძლია, გითხრა, რა დაეხმარა სხვებს წარსულში, თუ მათ უფრო სტრუქტურირებული ინტერვენცია დასჭირდათ. თუ ჭიმი სასურველ შედეგს ვერ მიიღებს იმით, რაც დაგეგმილი აქვს, მე შემოგთავაზებდით მისთვის ამბულატორიულ მკურნალობას, მაგრამ მანამდე სხვა კონსულტანტმა, რომელიც მასთან იმუშავეს, უნდა გამოთარკვიოს, რამდენად გრძელდება ალკოჰოლის და მოსანევის მოხმარება. მათ ერთად საკმაოდ სერიოზული სამუშაო ექნებათ ჩასატარებელი, და, უნდა გითხრა, რომ ამბულატორიული კონსულტირება ძალიან სხვადასხვანაირია იმ თვალსაზრისით, თუ რამდენად ხშირად ან რა ხნის განმავლობაში ხვდებიან კლიენტს. ის დამოკიდებულია აგრეთვე დაზღვევაზე და იმაზე, რა პროგრამები მოიცავს თქვენს შემთხვევას.

**ჰიში:** მე ამჟამად დაზღვევა არ მაქვს.

**კონსულტანტი:** მართალი გითხრა, ეს ვითარებას ცვლის, მაგრამ არსებობს კარგი პროგრამები, რომლებიც მცოცავი სკალის პრინციპით იღებს ხალხს, ამის დაძლევა კი შეგეძლებათ, თუ როდისმე დაგჭირდათ.

**მარცია:** ახლა თავს უკეთ ვგრძნობ, რაკი ვიცი, რომ ის დახმარებას მიიღებს, იმიტომ, რომ აქამდე საერთოდ ვერ ხვდებოდი, რა ემართებოდა! უბრალოდ, სხვა კაცი იყო, ის არა, ადრე ვისაც ვიცნობდი.

**კონსულტანტი:** თქვენი რადარი რაღაცას იჭერდა.

**მარცია:** ალბათ, მართალი ხართ და ახლა მივხვდი მაინც, რა ხდებოდა. თორემ მეგონა, ვგიჟდები-მეთქი.

**კონსულტანტი:** შეიძლება, ჭიმიც ვერ გრძნობდა თავს.

**ჰიში:** ეგ რა, და ძალიან ცუდად ვიყავი, ალბათ, დეპრესიაც მქონდა.

**კონსულტანტი:** შეიძლება მართალიც იყოთ დეპრესიის შესახებ, და ჩვენ შეგიძლია, გავარჩიოთ ეგვე, როცა ყველაფერს მოგვკარებთ. ამან შეიძლება უკეთ გაგაგებინოთ, თუ რას გრძნობთ, და შეგეძლება, ამ დეპრესიის გრძნობაზეც ვიმუშაოთ, თუ ის პრობლემად დარჩება.



ახლა მინდა, რომ დავასრულოთ, რადგან დღეს დრო უკვე ამოგვეწურა. მე ჯიმს მივცემ იმ ინდივიდუალური თერაპევტების ერთი-ორ ნომერს, რომლებიც ნივთიერებათა ავადმომხმარებელზე მუშაობენ. ის ნაწილი, გაეცნობა მათ და აირჩევს იმას, რომელიც ყველაზე უფრო მისაღები მოეჩვენება. ის თერაპევტი ან მე თვითონ ტესტირებას დავგეგმავთ. ჯიმ, ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ თავად გამოთქვით სურვილი, ეს დამცავი ბაღე გაგვჭიმთ თქვენ ქვეშ იმის გარანტიისთვის, რომ თავს შეიკავებთ. ძალიან ბევრს ეს აზრადაც არ მოსდის.

**ჯიმი:** მაძლავს. მე მინდა, მარცხამ იცოდეს, რომ სერიოზულად მაქვს გადაწყვეტილი.

**კონსულტანტი:** ჯიმ, თქვენ ივლით თერაპევტთან და მასთან ერთად დავგეგმავთ დეტალებს, როგორ უნდა შეიკავოთ თავი. მარცხა, მე შემძლია, თქვენ და ჯიმს კვირაში ერთხელ შეგხვდეთ, თუ ეს ორივეს ხელს გაძლევთ. ნებისმიერ დროს, თუ მოგეჩვენათ, რომ რაღაც არ გამოდის, ჩვენ შეგვიძლია, ერთად გადავწყვიტოთ და იმ გზას აღარ გავყვეთ. ჯიმს შეეძლება, გეგმა B-ზე გადავიდეს, ასე რომ, კიდევ ერთი დამცავი ბაღე გვაქვს.

და, ამას გეტყვით, ჯიმ: თქვენ აღრე ოქროს ბიჭუნა იყავით და სრულიადაც არ გამიკვირდება, კიდევ რომ გაიბრწყინოთ. თქვენ იცით, რა უნდა გააკეთოთ და თქვენ ხართ ის, ვინც უნდა აირჩიოს გზა, რომელსაც გავყვება.

**ჯიმი:** დიახ, მართალია. მე შემძლია, შევძლო ეს ან არ შევძლო – ეს დამოკიდებულია იმაზე, თუ რას ვიზამ ან არ ვიზამ.

## მოტივაციური გამაძლიერებელი თერაპია

თუმცა მოტივაციური ინტერვიუება სხვადასხვა გარემოში გამოიყენება, მისი განშტოება – *მოტივაციური გამაძლიერებელი თერაპია* (Motivational Enhancement Therapy – MET) თავდაპირველად შეიქმნა ისეთ გარემოებში გამოსაყენებლად, სადაც ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტებთან მუშაობდნენ. მოტივაციური გამაძლიერებელი თერაპიის ზოგჯერ მოტივაციური ინტერვიუებაში ურევენ, მაგრამ ის ამ უკანასკნელისგან განსხვავდება უმთავრესად იმით, რომ შეიცავს შეფასებისა და უკუკავშირის ეტაპებს.

მოტივაციური გამაძლიერებელი თერაპია (Motivational Enhancement Therapy, MET) მოტივაციური ინტერვიუების ადაპტირებული საშუალებაა, რომელიც მოიცავს ერთი ან მეტი კლიენტის უკუკავშირის სესიას, რომელშიც ჩართულია ნორმატიული უკუკავშირი და მსჯელობა კონფრონტაციის გარეშე მიმდინარეობს. მოტივაციური ინტერვიუება კონსულტირების დირექტიული, კლიენტზე ორიენტირებული სტილია და გამიზნულია ქცევის ცვლილების გამოსანჯვევად, რაც მიიღწევა კლიენტისთვის დახმარების განვითარებით – მათი ამბივალენტობის დაძლევისა და რიგ პრობლემურ ქცევებში ხანგრძლივი ცვლილებების მიღწევის საქმეში. ამ სახის ინტერვენცია მრავალგზის გამოიყენება ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების მოხმარება/ავადმომხმარებლის სამკურნალო შეფასებებში. MET იყენებს ემპათიურ, მაგრამ დირექტიულ მიდგომას, რომლის დროსაც თერაპევტი გასცემს უკუკავშირს, რომელიც გამიზნულია ცვლილების შესახებ კლიენტის მიღებული გადაწყვეტილების გასაძლიერებლად და გასამყარებლად და თვითფექტურობის გრძნობის წასაქვებლად. მოტივაციური გამაძლიერებელი თერაპიის მიზანია, აღძვრას შინაგანი მოტივაცია ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქცევის შესაცვლელად – კლიენტის ამბივალენტობის დაძლევის, თვითმოტივაციური გამონათქვამების გამოწვევით და ცვლილების თაობაზე მტკიცე გადაწყვეტილების ქონით, აგრეთვე – „წინააღმდეგობას მიყოლით“. (SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs, 2007a).

მოტივაციური ინტერვიუებასა და მოტივაციური გამაძლიერებელი თერაპიის შორის ურთიერთკავშირი თვალსაჩინოა, მათი საერთო სულისკვეთებისა და პრინციპების გამო. თუმცა MET არის სტრუქტურირებული თერაპია, მოტივაციური ინტერვიუების მოდელიდან გადაკეთებული, მკურნალობის მიზნებზე მისასადაგებლად. გაფართოებული შეფასების გამოყენება MET-ს განასხვავებს მოტივაციური ინტერვიუებისგან, მაგრამ უკუკავშირის სესიას აქვს ახასიათებს დადასტურების, კვირის დაკვირის ატმოსფერო, რომელიც აღიარებს, რომ კლიენტს აქვს ძალა, შეფასების შედეგები საკუთარი შეხედულებისამებრ გამოიყენოს.

## შეჯამება

განაფული მოტივაციური ინტერვიუერი ყველა გარემოსა და კონკრეტულ შემთხვევაში რჩება ერთგული მოტივაციური ინტერვიუების სულისკვეთებისა, რომელიც არის თანამშრომლობითი, გამომხმობი და კლიენტის ავტონომიის მხარდაჭერი. მოტივაციური ინტერვიუება შეიძლება დახასიათდეს, როგორც მიზანზე მიმართული, კლიენტზე ორიენტირებული კონსულტირების სტილი, რომელიც განიზრახავს ქცევის ცვლილებას კლიენტებისთვის დახმარების განევით ამბივალენტობის გამოვლენასა და დაძლევაში. მოტივაციური ინტერვიუების საფუძველში მდებარე პრინციპები მოიცავს ემპათიის გამოხატვას, შეუსაბამობის გამოვლენას, წინააღმდეგობას მიყოლას და თვითფექტურობის მხარდაჭერას. მოტივაციური ინტერვიუების სულისკვეთებას და პრინციპებს გამოარჩევს მკვეთრი გამიჯვნა უხეში კონფრონტაციისა და მზამზარეული რჩევების მიცემისგან, რაც ოდესღაც შეერთებულ შტატებში ნივთიერებათა ავადმომხმარების მკურნალობის დამახასიათებელი ნიშანი იყო. ამჟამად ბევრი კონსულტანტი იზიარებს თვალსაზრისს, რომ მათ კლიენტებს სამართლიანად ეკუთვნით უფლება, გადანყვიტონ, მოახდინონ ცვლილება თუ არა. მას მერე, რაც კონსულტანტები ვალდებულებას იღებენ, პატივი სცენ და გაითვალისწინონ კლიენტის სურვილები, ისინი უკვე მზად არიან, ისწავლონ, როგორ დაეხმარონ ადამიანებს იმ ამბივალენტობის დაძლევაში, რაც ხშირად თანახლავს ცვლილებას.

## კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის

1. ამ თავში თქვენ გაცვანით მოკლე ნაწყვეტებს მოტივაციური ინტერვიუდან მარიასთან (პირობით გათავისუფლებულ ახალგაზრდა ქალთან) და რალფთან (ექთნის მიერ ინტერვიუებულ პაციენტთან). აგრეთვე წაიკითხეთ უფრო ვრცელი ინტერვიუ, რომელშიც მონაწილეობდა წყვილი – მარცია და ჯიმი. ჩახედეთ ამ ინტერვიუებს და სცადეთ, გამოარჩიოთ ადგილები, როცა შესაძლო იყო, ინტერვიუერი დაპირისპირებოდა კლიენტს, მაგრამ არჩია, არ მოქცეულიყო ასე. რას ფიქრობთ არჩევნებზე, რომლებიც ინტერვიუებმა გააკეთეს ამ სიტუაციებში? საჭირო იყო თუ არა, უფრო მკაცრად მისწოლოდნენ კლიენტებს? თუ მოტივაციური ინტერვიუების სულისკვეთება უნდა შეენარჩუნებინათ და კლიენტის ავტონომიისთვის დაეჭირათ მხარი?
2. თუ თქვენ კარგად იცნობთ ნივთიერებათა ავადმომხმარების მკურნალობას, გეცოდინებათ, რომ ის ხშირადაა მიმართული კლიენტის მხრიდან უარყოფის დაძლევაზე. მოტივაციური ინტერვიუება გვთავაზობს სრულიად განსხვავებულ თვალთახედვას და უარყოფას წარმოაჩენს არა როგორც კლიენტის ნიშანთვისებას, არამედ, როგორც კლიენტისა და კონსულტანტის ურთიერთობის შედეგს. რამდენად მისაღებია თქვენთვის მოტივაციური ინტერვიუების ამგვარი მიდგომა დახმარების განევაზე?

## ბიბლიოგრაფია

- Arkowitz, H., & Miller, W. R. (2008). Learning, applying, and extending motivational interviewing. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 1–25). New York: Guilford Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., & Farentinos, C. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals

- seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(3), 301–312.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions*, 5(1), 3–17.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Moyers, T. B., & Yahne, C. E. (1998). Motivational interviewing in substance abuse treatment: Negotiating roadblocks. *Journal of Substance Misuse*, 3, 30–33.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. (2007a). *Motivational enhancement therapy*. Retrieved June 1, 2009, from [http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM\\_ID=182#outcomes](http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=182#outcomes)
- SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. (2007b). *Motivational interviewing*. Retrieved April 30, 2009, from [http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM\\_ID=183](http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=183)

ქვევის ცვლილების  
პროცესი

ნაწილი

II



## შეფასება და მკურნალობის დაგეგმვა

შეფასების და მკურნალობის დაგეგმვის პროცესი ყველაზე უფრო ეფექტიანად მაშინ მიმდინარეობს, როდესაც კლიენტები აქტიურად არიან ჩართული მიზნების დასახვასა და ცვლილების სტრატეგიის შედგენაში. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის შემთხვევაში, ისევე, როგორც ნებისმიერ სხვა პრობლემასთან მუშაობისას, პასუხი უნდა გაეცეს შემდეგ საბაზისო კითხვებს:

- რა განსხვავებაა კლიენტის ახლანდელ ცხოვრებასა და იმ ცხოვრებას შორის, რომელსაც თავად ისურვებდა, რომ ჰქონოდა?
- სავარაუდოდ, რა სტრატეგია დაეხმარება კლიენტს ყველაზე მეტი ალბათობით მიზნის მიღწევაში?
- რა დაბრკოლებები შეიძლება იდგეს კლიენტის მიზნისკენ მიმავალ გზაზე?
- როგორ შეიძლება ამ ბარიერების შემცირება?
- რა შინაგანი და გარე რესურსები შეიძლება დაეხმაროს კლიენტს მიზნის მიღწევაში?
- როგორ შეიძლება ამ რესურსების ეფექტიანად გამოყენება?

თუმცა კლიენტებს დანამდვილებით სჭირდებათ კონსულტანტისგან ტექნიკური დახმარება, ამ კითხვებს მათზე უკეთ ვერავინ გასცემს პასუხს.

თუ შესაძლებლობა მიეცათ, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემების მქონე კლიენტებს შეუძლიათ, აქტიურად და პატიოსნად მიიღონ მონაწილეობა შეფასების და მკურნალობის დაგეგმვაში. თუმცა, საკმაოდ ხშირად, შეფასების პროცედურები მიმართულია პრობლემისთვის „ალკოჰოლიზმის“ ან „ადიქციის“ იარლიყის მიკვრებისკენ და კლიენტების დარწმუნებისკენ, რომ ეს იარლიყი სწორად ერგოთ. სამწუხაროდ, ეს ვიწრო და კონფრონტაციული ოპერაცია აზიანებს კონსულტაციის პროცესს იმით, რომ ამძაფრებს კლიენტის თავდაცვით პოზიციას და ამცირებს მის თვითეფექტურობას.

უილიამ მილერმა (William Miller) და მისმა კოლეგებმა შეიმუშავეს მოტივაციური ინტერვიუების კონცეფცია (ვრცლად განხილულია III თავში), როგორც იმ



დირექტიული, კონფრონტაციული სტილის ალტერნატივა, რომელსაც ბევრი იყენებს ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტთან. მილერის მიხედვით (Miller, 2006), „უარყოფა“, რომელიც სრულებითაც არ არის ადექტიური კლიენტებისთვის დამახასიათებელი შინაგანი თვისება, შესაძლოა იყოს იმის შედეგი, თუ რა სახით ვურთიერთობთ ამ კლიენტებთან. როდესაც კონსულტანტი აქტიურად და დაჟინებით მოითხოვს კლიენტისგან, დათანხმდეს თვალსაზრისს, თითქოსდა ყველა მის პრობლემას საფუძვლად ნივთიერებათა მოხმარება უდევს, ის აწყდება წინააღმდეგობას, რომელიც, რაც უფრო გრძელდება კამათი, მით უფრო მეტ თავდაცვით საშუალებას იკრებს გარშემო. ამის საპირისპიროდ, მოტივაციური ინტერვიუ ცდილობს, წახალისოს ცვლილება იარლიყებისთვის თავის არიდებით და იმ თვალსაზრისის აღიარებით, რომ გადაწყვეტილების მიღების პასუხისმგებლობა კლიენტს ეკისრება. კონსულტანტი ფრთხილად ეხმარება კლიენტს და უზიარებს მას მიღებულ მონაცემებს. თუმცა, საბოლოოდ კლიენტი წყვეტს, ეს მონაცემები როგორ გამოიყენოს.

მოტივაციური ინტერვიუება აკეთებს იმას, რომ ამარცხებს მითს, თითქოსდა ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტები იმდენად განსხვავდებიან სხვებისგან, რომ ადამიანის ქცევის ჩვეულებრივი პრინციპები მათ ვერ მიესადაგება. სანამ მივიჩნევთ, რომ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემების მქონე ადამიანებს არ შეუძლიათ პასუხისმგებლიანი არჩევანის გაკეთება და ამიტომ მათ სხვამ უნდა უკარნახოს, როგორ მოიქცნენ – მანამდე იძულებული ვიქნებით, მათი მხრიდან თავდაცვით პოზასა და უარყოფასთან გვექონდეს საქმე. თუ ვაღიარებთ უდავო ჭეშმარიტებას, რომ ქცევები ეფუძნება პიროვნების არჩევანს და არა თერაპევტის სურვილებს, მეტი შანსი გვექნება, მოტივირებულ კლიენტებთან მოგვიწიოს მუშაობა.

მოტივაციური ინტერვიუება უმნიშვნელოვანესი კომპონენტია კონსულტაციის ფაზაზე და საფეხურებრივ პროცესად ვითარდება, ხოლო იწყება იმით, რომ კრიტიკის და გაკიცხვის გარეშე ვეცნობით კლიენტის თვალსაზრისს პრობლემის შესახებ. ქვემოთ მოცემული ინტერვიუ ნარმოგვიდგენს წინასწარი ინტერვიუს მაგალითს, რომელიც ამ მიდგომის გამოყენებით არის აგებული. ჭეიდი, უფროსი კლასის მოსწავლე გოგონა, პირველად ხვდება ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის კონსულტანტს სათემო დაწესებულებაში:

**კონსულტანტი:** სასიამოვნოა, რომ შემოვლა მოახერხე, ჭეიდი. მე ტელეფონით ვესაუბრე დედაშენს და მან მითხრა, რომ შენუხებულია შენი სმის გამო. მაგრამ ამჯერად მინდა მოვისმინო, შენ თვითონ რას ფიქრობ ამაზე. იქნებ იმით დაგვეწყო, რომ მითხრა, თავად შენ რა აზრები გაქვს შენი სმის თაობაზე?

**ჭეიდი:** ოჰ, მე არანაირი პრობლემა არ მაქვს. ეს დედაჩემს ჰგონია ასე და უკვე დიდი ხანია, ცდილობდა, თქვენთან მოსვლაზე დავეყოლიებინე. სიმართლე გითხრათ, მგონია, რომ ეს მისი ახირებაა, რომ რაც კი რამე არასასიამოვნო ხდება, ყველაფერი სმას დააბრალოს.

**კონსულტანტი:** ანუ, ეს უკვე გარკვეული ხანია გრძელდება, მაგრამ ახლა რაღაცამ გადაგანწყვეტინა ჩემთან მოსვლა.

**ჭეიდი:** სინამდვილეში დედაჩემმა მითხრა, რომ მანქანას აღარ მომცემდა, თუ არ მოვიდოდი. მაგრამ ასე ადრეც უთქვამს და რაღაცას მაინც ვახერხებდი ხოლმე. ოღონდ ახლა გადავწყვიტე, მენახა ერთი.

**კონსულტანტი:** ახლა რაღაცამ დაგაჭერა, შენს სმას დაკვირვებოდი?

**ჭეიდი:** იცით, გასულ შაბათ-კვირას რაღაც მოხდა. წვეულება იყო, რომელზეც ბავშვები ყველანი მიდიოდნენ, ჩემი შეყვარებული კი თავის მშობლებთან ერთად ქალაქიდან წასული იყო. ამიტომ ჩემს დაქალს - ჭეკის ვუთხარი, გამოვივლი და ერთად წავიდეთ-მეთქი. ვიფიქრე, ჩემთან ერთად წამოსვლა მოუნდებოდა, იმიტომ, რომ ცოტა ხნის წინ დაშორდა შეყვარებულს და ვიცოდი, რომ მასთან ერთად არ იქნებოდა და ისედაც, ეგეთი წვეულება კი არ იყო - ყველა ბავშვი მიდიოდა, ჭგუფებდა ან მარტოც. უბრალოდ ეგეთი შეხვედრა იყო. როგორც არის... მაგრამ ჭეკიმ მითხრა, შენთან ერთად არ წამოვალ, იმიტომ, რომ ასეთ შეხვედრებზე ყოველთვის ძალიან ბევრს სვამ და მირჩევნია, მანქანაში არ ჩაგიჯდო. მითხრა, მშობლებს მანქანას ვთხოვ და მე თვითონ გამოვივლი, მაგრამ

მე ვუთხარი, არა, დაივინყე, მე თვითონ წავალ-მეთქი. ჰოდა, წავედი კიდევაც და უკან რომ ვბრუნდებოდი, სარკეში პოლიციის მანქანა დავინახე და ვიფიქრე, მე მომდევს-მეთქი. მერე იმან გაუხვია, მაგრამ მე კი გული გამისკდა შიშით. ვიცი, მთვრალ მდგომარეობაში ტარებას თუ ამკიდებენ, დიდ შარში ვიქნები.

**კონსულტანტი:** ესე იგი, სხვებმა დაიწყეს რაღაცების შემჩნევა და შენ გაგიკვირდა, რომ ჭეიკმა თითქოს იწინასწარმეტყველა, რაც მოხდებოდა. კიდევ რამე ხომ არ არის ისეთი, რაც შეიმჩნეული გაქვს და რაც გაფიქრებინებს, რომ შეიძლება, პრობლემები არსებობდეს?

**ჰაიდი:** არა, კაცმა რომ თქვას. ამ ბოლო თვეებში ჩვეულებრივზე ცოტა მეტს ვსვამდი, მაგრამ არა მგონია, ჩემს მეგობრებზე უფრო მეტს ვსვამდე. და კიდევ რამდენი ბავშვია, კოკაინზე და მარიხუანაზე რომ არიან შემტდარები. ყველამ იცის რომ აი, ისინი არიან მართლაც შარში.

**კონსულტანტი:** შენ აღნიშნე, რომ იმაზე მეტს სვამ, ვიდრე ადრე სვამდი ხოლმე.

**ჰაიდი:** კი, მაგრამ ეს ჩემზე ძალიანაც არ მოქმედებს. ადრე, სმას რომ ვინწყებდი, მართლა ძალიან ვთვრებოდი ხოლმე სულ ცოტა სასმელითაც.

**კონსულტანტი:** შენი ტოლერანტობა ალკოჰოლის მიმართ უფრო მაღალია, ვიდრე ადრე.

**ჰაიდი:** ეგ რა არის? ტოლერანტობა?

**კონსულტანტი:** ჰო, ეს ნიშნავს, რომ შეგიძლია, მეტი სვა ისე, რომ ნაკლები ზემოქმედება იგრძნო. კიდევ რამე თუ შეგიმჩნევია?

**ჰაიდი:** რა ვიცი... ერთი-ორჯერ ყველაფერი არ მახსოვდა, რაც წვეულებაზე ან სადმე ხდებოდა ხოლმე. ჩემი შეყვარებულის ძმის გამოსაშვებ საღამოზე წავედი და მეორე დღეს ჯონმა – ანუ ჩემმა შეყვარებულმა – მითხრა, სულელივით იქცეოდი და ხალხი შენზე ლაპარაკობდაო. მე არაფერი მახსოვს, რა ხდებოდა. ამან, ცოტა არ იყოს, შემაშფოთა.

**კონსულტანტი:** სხვა რა ხდებოდა ხოლმე მერე, საღამოს თუ ბევრს დალევდი? თუ ყოფილხარ ნაბახუსევი, ან დილით დალევდის სურვილი თუ გქონია?

**ჰაიდი:** კი, რამდენჯერმე ნამთვრალეზე ძალიან ცუდად ვიყავი, მაგრამ დილაობით არასოდეს ვსვამ. ვიცი, რომ ეს ალკოჰოლიზმის ნიშანია. ერთხელ ფორთოხლის წვენში ცოტა არაყი ჩავისხი, ნამთვრალეზე. მაგრამ ეგ უკვე შუადღისკენ იყო, ადრე დილით კი არა.

**კონსულტანტი:** სხვა კიდევ რა ხდება ხოლმე? ყველასთან კარგად მიგდის ურთიერთობა, როცა სვამ?

**ჰაიდი:** მე, როგორც წესი, ხალხს არ ვეუხეშები ხოლმე. ფსიქოლოგიის გაკვეთილებზე ასერტულობის შესახებ ვისწავლეთ და ვფიქრობ, რომ არ ვარ ისე ასერტული, როგორც საჭიროა. მაგრამ ერთი-ორჯერ ისეთ დავაში ჩავები, რომ ხალხი გავაცოფე.

**კონსულტანტი:** ისე ამბობ, თითქოს დალევდის თაობაზე რაღაც-რაღაცები განუხუხებს.

**ჰაიდი:** ალბათ, ჰო, მაგრამ მე ვიცი, რომ ალკოჰოლიკი არ ვარ. ვიცნობ სკოლაში რამდენიმე ბავშვს, რომლებიც ალკოჰოლიზმს მკურნალობდნენ, და მე იმათნაირი სულაც არ ვარ. ისინი მთლად ჩაშვებულები იყვნენ, სანამ იმკურნალებდნენ, და მათზე ყველამ იცოდა. მე იმათნაირი არ ვარ. სკოლაში ახლაც მშვენივრად ვსწავლობ. შეუძლებელია, ალკოჰოლიკი იყო და ისეთ ნიშნებს იღებდე, მე რომ ვიღებ და ყველაფერში ისე მონაწილეობდე, მე როგორც ვმონაწილეობ. ბოლოს და ბოლოს, ეროვნული საპატიო საზოგადოების მდივანი ვარ. აბა, თუ შეიძლება, ასეთი იყო და თან სმის პრობლემებიც გქმნდეს?

**კონსულტანტი:** ესე იგი, შენი სმის გამო ნერვიულობ, მაგრამ ამ დროს გონებაში წარმოდგენილი გაქვს თინეიჯერი ალკოჰოლიკის სახე და საკუთარ თავს მას არ ამსგავსებ.

**ჰაიდი:** ეგ რაა. შეიძლება, რაღაც-რაღაც პრობლემები მაქვს, მაგრამ შემტდარი არ ვარ.

**კონსულტანტი:** ანუ ამაზე ადრე ბევრი არ გქონდა ნაფიქრი, მაგრამ ახლა გადანწყვით, დედის ვარაუდს დაეთანხმო.

**ჰაიდი:** იცით, მართალი გითხრათ, ჩემს შეყვარებულთან ურთიერთობა ცოტა დამეძაბა, იმაზეც დაივინყე თქვით, კოლეჯზე რა გამოვა, და ყველაფერი, სხვაც.

**კონსულტანტი:** შენ იმდენად არ ნერვიულობ იმაზე, აქამდე რა და როგორ ხდებოდა, მაგრამ განუხუხებს, რომ შეიძლება, ყველაფერი გაუარესდეს, და გინდა, რომ ეს არ დაუშვა.

**ჰაიდი:** ჰო, ასეა.

**კონსულტანტი:** ხომ არ ისურვებდი, ერთი-ორი საათი შეფასებისთვის დაგეთმო? ჩვენ აქ გვაქვს კითხვარები. მათი გამოყენება გვეხმარება, საკმაოდ ობიექტურად შევხედოთ სიტუაციას. ეს შეიძლება დაგეხმაროს, გადანწყვით, რის გაკეთება გინდა. წინააღმდეგი ხომ არ ხარ?

**ჰაიდი:** კარგი იქნება.

ჭედიდსთან ინტერვიუს დროს კონსულტანტი აქტიურად არიდებდა თავს მასთან კონფრონტაციას ან მისი ქცევითვის იარლიყის მიკერებას, ყურადღებას ამახვილებდა მის მოსაზრებებზე და არ ინტერესდებოდა სხვა ადამიანების თვალსაზრისით, რითაც გოგონას უბიძგებდა, თავი გადანყვეტილებების მიღებაზე პასუხისმგებლად ეგრძნო, აკეთებდა წამაქვებელ და გამაძლიერებელ კომენტარებს, რომლებიც გამოავლენდა კლიენტის შესაძლო მზადყოფნას, ელიარებინა და ემუშავა თავის პრობლემაზე. ასეთ მიდგომას მინიმუმამდე დაჰყავს კლიენტის თავდაცვითი რეაქციები და უფრო სავარაუდოს ხდის, რომ ისინი აქტიურ მონაწილეობას მიიღებენ ობიექტურ შეფასებაში და, საბოლოოდ, მოლაპარაკებებში, თუ მოქმედებების რა ალტერნატივები არსებობს. ფაქტი, რომ კლიენტი უმთავრეს გადანყვეტილების მიმღებლად მიიჩნევა, არ ნიშნავს, რომ ობიექტური შეფასება გამორიცხულია. პირიქით, ეს პროცესს კიდევ უფრო ყოველმხრივს ხდის.

### კომპლექსური შეფასების პროცესი

ხშირად კონსულტანტები, რომლებიც ნივთიერებათა მოხმარების თემაზე მუშაობენ, ზედმეტად ამარტივებენ კლიენტების მიერ მათთვის წარდგენილ პრობლემებს. ეს რედუქციონიზმი უკულებელყოფს განსხვავებას კრიტიკულ მეცნიერულსა და კლინიკურს შორის და ვერ ახერხებს, ნივთიერებათა ავადმომხმარების პრობლემები კომპლექსურ და მრავალმხრივ განპირობებულ მოვლენად აღიქვას. როდესაც ეს კომპლექსურობა აღიარებული არ არის, მკურნალობა მიმდინარეობს ზედმეტად გამარტივებულ დონეზე, სადაც აბსტინენცია უტოლდება ჯანმრთელობას, არააბსტინენცია კი – ავადმყოფობას. საუბედუროდ, ეს ან/ან თვალთახედვა ვერ ახდენს ცვლილებებს ცხოვრების სხვა არეალებში და იცავს მითს, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარება და დამოკიდებულება უნიტარული, კარგად განსაზღვრული და წინასწარმეტყველებადი დაავადებებია, რომლებიც შეიძლება იოლად განიკურნოს, თუ კლიენტი უბრალოდ შეწყვეტს თავისი არჩეული ნარკოტიკის მიღებას. თუმცა, სულ უფრო ცხადი ხდება, რომ აბსტინენცია არ არის წარმატებული მკურნალობის ერთადერთი მიზანი (MacCoun, 2009). ამის ნაცვლად, მნიშვნელოვანია, ნივთიერებათა ავადმომხმარების პრობლემები განხილული იქნეს მულტიგარიაციულ სინდრომებად, რომლებსაც ინდივიდუალურად და სხვადასხვანაირად უნდა უმკურნალო, რადგან ისინი სხვადასხვა ადამიანების სხვადასხვა პრობლემებისგან მომდინარეობს. ბოლო წლებში გაჩნდა ნივთიერებათა ავადმომხმარების უფრო გაფართოებული კონცეფცია (Moos, 2009). ეს, წარმოქმნის პროცესში მყოფი თვალსაზრისი, აღიარებს, რომ ქიმიური დამოკიდებულება შეიძლება მოიცავდეს გამოყენების, არასათანადო მოხმარების და ავადმომხმარების მრავალნაირ პატერნს; რომ პრობლემები მრავალი კაუზალური ცვლადის შერწყმით წარმოიქმნება; რომ მკურნალობა მულტიმოდალური უნდა იყოს, რათა უპასუხოს კლიენტის ავადმომხმარების კონკრეტულ პატერნს; და რომ მკურნალობის შედეგი სხვადასხვა პიროვნებებთან სხვადასხვა შეიძლება იყოს. ამ უფრო ფართო თვალთახედვაზე დაყრდნობით ახლა ჩვენ შეგვიძლია, უკეთ გავიგოთ ნივთიერებათა ავადმომხმარების პრობლემები და ნაკლებად დოგმატურად მივუდგეთ მათ დიაგნოსტირებასა და მკურნალობას.

შეფასება გახლავთ კლიენტის მიერ ნივთიერებათა ავადმომხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემის ბუნებისა და მიზეზების განსაზღვრა. მკურნალობის პირველი სეანსების განმავლობაში კონსულტანტები კრებენ მონაცემებს და მათ მიერ კლიენტის გაგების ხარისხს ზრდიან. ამავე დროს კლიენტებს შეუძლიათ, დასვან შეკითხვები და გაარკვიონ კონსულტირებაში თავიანთი როლი. ამ ეტაპზე კონსულტანტი სრულად უნდა აკმაყოფილებდეს კონფიდენციალობის და სხვა მოლოდინებს.

იმისათვის, რათა გავიგოთ ჩვენი კლიენტების ნივთიერებათა ავადმობმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები, უნდა ვცადოთ, გავუგოთ ჩვენს კლიენტებს. ეს გულისხმობს მათ ინტერვიუებას, ისტორიის შედგენას და ფსიქოლოგიური ტესტების ჩატარებას. უმნიშვნელოვანესია, რომ კლინიცისტმა თავი აარიდოს წინასწარ შექმნილ შეხედულებებს კლიენტის შესახებ და მკურნალობა განსაზღვროს მხოლოდ წინასწარი შეფასების დროს შეგროვილ მონაცემებზე დაყრდნობით. ანუ ის, რომ კლიენტი უბრალოდ შედის ნივთიერებათა ავადმობმარების მკურნალობის დაწესებულებაში, თავისთავად არ ნიშნავს უკვე „ქიმიური დამოკიდებულების“ ან „ალკოჰოლიზმის“ დიაგნოზის დასმას. ამის ნაცვლად, კლინიცისტმა ყურადღებით უნდა შეაფასოს კლიენტები და მხოლოდ ამის მერე იმუშაოს მათთან ერთად მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილებების მისაღებად. ამ გადაწყვეტილებებში გათვალისწინებული უნდა იყოს ყოველი კლიენტის კულტურა და წანამძღვრები. ამ არსებითი საკითხების მიმართ უყურადღებობა და ამის შედეგად მიღებული მკურნალობის ჰომოგენიზაცია მნიშვნელოვნად ზღუდავს კონსულტანტის ეფექტიანობას. მკურნალობის შემაფერხებელი ამ წყაროების თავიდან აცილება შესაძლებელია და კლინიცისტმა კლიენტი მათგან უნდა დაიცვას.

### ნივთიერებათა მოხმარების ისტორია

კლიენტის შესახებ მონაცემების შეგროვება ვრცელი ინტერვიუდან იწყება. ის შექმნილია კლიენტის ცხოვრებისეული წანამძღვრების, პრობლემების, მიმდინარე საქმიანობის და მკურნალობის მოტივაციის შესახებ ინფორმაციის მოსაპოვებლად. მისი თავდაპირველი მიზანი მკურნალობის დაგეგმვისთვის საძირკვლის მომზადებაა. კონსულტანტებმა თავიანთ კლიენტებს უნდა აგრძნობინონ, რომ მათ სიხარულით იღებენ, და მაქსიმალური კომფორტი შეუქმნან (გარკვეული დონის მღელვარება მოსალოდნელი და სრულიად მისაღებია). მათ უნდა შექმნან სიტუაცია, რომელშიც შეეძლება, შეკრიბონ მათთვის საჭირო ყველანაირი ინფორმაცია, რაც საუკეთესოდ მოხერხდება, თუ მკაფიოდ იქნებიან ორიენტირებულები შედგენილ გეგმაზე. არსებითად, კონსულტანტები სვამენ შეკითხვათა სერიებს და ცდილობენ, რაც შეიძლება მკაფიო პასუხები მიიღონ. ამის ეფექტიანად გასაკეთებლად კონსულტანტმა უნდა ჩამოაყალიბოს სტრუქტურა და კლიენტი მშვიდად, მეთოდურად მიადევნოს მას. კლიენტის ნათლად და ყოველმხრივ გასაგებად, ინტერვიუ უნდა მოიცავდეს შემდეგ საკითხებს:

1. გადმომამისამართებელი (რეფერალის) წყარო
2. მთავარი ჩივილი
3. ახლანდელი პრობლემის (ავადმყოფობის) ისტორია
4. ნივთიერებათა მოხმარების და ავადმობმარების ისტორია
5. ცხოვრებისეული სიტუაცია
  - ა. საცხოვრებელი პირობები
  - ბ. ქორწინება ან თანაცხოვრება
  - გ. შვილები
  - დ. სოციალური ცხოვრება
  - ე. მიმდინარე საქმიანობა
6. ოჯახის ისტორია
  - ა. და-ძმა
  - ბ. მშობლები ან ოჯახის სხვა წევრები
  - გ. აღზრდა
  - დ. როგორ და სად გაიზარდა კლიენტი
7. რელიგიურობა

8. კლიენტის, მისი და-ძმის, მშობლების და მეუღლის მუშაობის ისტორია
9. დანაშაულებრივი გამოცდილება
10. სექსუალური გამოცდილება
11. ფსიქიკური მდგომარეობა
  - ა. გარეგნობა, ქცევა და ატიტუდი
    - (1) ზოგადი შესახედაობა
    - (2) მოტორული მდგომარეობა
    - (3) აქტიურობა
    - (4) სახის გამომეტყველება
    - (5) ქცევა
  - ბ. მეტყველების მახასიათებლები
    - (1) ბლოკირება
    - (2) რამდენად შენახულია
    - (3) აზრების ქარიშხალი
    - (4) აუტიზმი
  - გ. ემოციური მდგომარეობა: აფექტური რეაქციები
    - (1) გუნებ-განწყობა
    - (2) აფექტი
    - (3) დეპრესია
    - (4) მანია
  - დ. ფიქრების შინაარსი: განსაკუთრებული ჩივილები და გამოცდილებები
    - (1) ჰალუცინაციები
    - (2) ბოდვები
    - (3) კომპულსიები
    - (4) ობსესიები
    - (5) რიტუალური ქცევები
    - (6) დეპერსონალიზაცია
    - (7) ფანტაზიები ან ოცნებები
  - ე. შფოთვა
    - (1) ფობია (ფობიები)
    - (2) გენერალიზებული (დიფუზიური) შფოთვა
    - (3) სპეციფიკური შფოთვა
  - ვ. ორიენტაცია
    - (1) პიროვნება
    - (2) ადგილი
    - (3) დრო
    - (4) ცნობიერების აბნევა
12. მეხსიერება
  - ა. მეხსიერების სიძლიერე
    - (1) შორეული წარსულის გამოცდილებები
    - (2) ახლო წარსულის გამოცდილებები
    - (3) ამნუთიერი შთაბეჭდილებები
    - (4) ზოგადი აღქმა და გახსენება
  - ბ. ზოგადი ინტელექტუალური შეფასება
    - (1) ზოგადი ინფორმაცია
    - (2) გამოთვლები
    - (3) მსჯელობა და განსჯა
  - გ. ინსაითი

თუმცა ზემოთ მოყვანილი სქემა დაგეხმარებათ შეფასების გეგმის შედგენასა და კლიენტის მდგომარეობის გაგებაში, გონივრული იქნება, ყოველ კატეგორიას



რალაც დაემატოს. სტანდარტიზებული ფორმატი კარგი დამხმარეა ინტერვიუს წარმართვისთვის და ისეთი სტრუქტურის შემოსათავაზებლად, ყველა არსებით ინფორმაციას რომ იძლეოდეს. ასეთი ისტორიის ფორმის მაგალითი მოცემულია დანართში A.

### ქსევის შეფასება

მას მერე, რაც ნივთიერებათა ავადმობხარების ისტორია შეივსება, კონსულტანტი უკვე მზადაა ქცევის შეფასების და ფუნქციური ანალიზის გასაკეთებლად. ქცევის შეფასება კონსულტანტს აძლევს საშუალებას, აღმოაჩინოს კლიენტის ნივთიერებათა ავადმობხარების ტრიგერები და მისგან გამომწვეული შედეგები (Donovan & Marlatt, 2005). ქცევის შეფასება და ფუნქციური ანალიზი (Cooney, Kadden, & Steinberg, 2005) ასევე შეადლებინებს კონსულტანტს, განსაზღვროს, თუ რას შეუძლია, კლიენტს ძალები შესძინოს თუ მარცხი აგემოს, და გამოარჩიოს ფაქტორები, რომლებიც დიდი ალბათობით, ნივთიერებათა ავადმობხარებას უკავშირდება. ფუნქციური ანალიზი, ქცევის შეფასების შემადგენელი ნაწილი, ცხადად გვიჩვენებს, ესა თუ ის კლიენტი როდის და რატომ მოიხმარს ნივთიერებას მავნედ. ამის შემდეგ კონსულტანტს შეუძლია, ეს ინფორმაცია გამოიყენოს მკურნალობის გეგმის მოსარგებად კლიენტის უნიკალურ საჭიროებაზე. ქცევის შეფასების და ფუნქციური ანალიზის ინტერვიუ (დანართი B) შედგენილია კონსულტანტის მიერ საუბრით ჩასატარებლად. იგი უნდა შეეცადოს, ყოველ შინაარსობრივ არეში რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია მოაგროვოს. ამ ინტერვიუს ჩატარებისას კონსულტანტი უნდა იყოს მგრძობიარე და ამავე დროს დირექტიული.

### შეფასების მექანიზმები

ამ განყოფილებაში აღწერილი თუ ჩამოთვლილი შეფასების ინსტრუმენტები შეირჩა იმ ნიშნით, რომ ისინი იოლად ხელმისაწვდომი, საიმედო, დასაბუთებული, იოლად მოსახმარი, იოლად დასათვლელი და პრაქტიკულია. მათი შედეგები დაუბრკოლებლად შეიძლება იქნეს გამოყენებული კლინიკურ გარემოში.

### ალკოჰოლის მოხმარების კომპლექსური პროფილი

ალკოჰოლის მოხმარების კომპლექსური პროფილი (Comprehensive Drinker Profile – CDP) არის სტრუქტურირებული პირველადი ინტერვიუ, რომლის დანიშნულებაც ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების შეფასებაა. ის საჯაროდ ხელმისაწვდომია და მისი მოხმარება უსასყიდლოდ შეუძლია ყველა პრაქტიკოსს კონსულტანტს. ის სრულადაა მოცემული დანართში C. მას იყენებდნენ და ღირებულად სცნეს როგორც კლინიცისტებმა, ასევე მკვლევარებმა, გამოსადეგია როგორც ქალების, ასევე მამაკაცებისთვის ნებისმიერი სამკურნალო მეთოდის პირობებში და სენსიტიურია კულტურული თვალსაზრისით.

CDP იძლევა კლიენტის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების და ავადმობხარების ინტენსიურ და ამომწურავ ისტორიასა და მდგომარეობის სურათს და მასში განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა მკურნალობის ტიპის ინდიკატორების განსაზღვრას (Tarter, Kirisci, & Mezzich, 1999). ინტერვიუ ფოკუსირებულია ინფორმაციაზე, რომელიც რელევანტურია მკურნალობის შერჩევის, დაგეგმვისა და განხორციელებისთვის.

CDP ფარავს კლიენტის შესახებ ფართო საინფორმაციო მასივს, რომელშიც შედის საბაზისო დემოგრაფიული მონაცემები, ოჯახური და სამსახურებრივი

მდგომარეობა, ალკოჰოლის მოხმარების ისტორია, ალკოჰოლის მოხმარების პატერნი, ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემები, დამოკიდებულების სიმძიმე, მოხმარების სოციალური ასპექტები, მოხმარების თანმდევი ქცევები, შესაბამისი სამედიცინო ისტორია და ალკოჰოლის მოხმარების და მკურნალობის მოტივაციები. CDP-ში ჩართულია ფართოდ გამოყენებული *მიჩიგანის ალკოჰოლიზმის სკრინინგ-ტესტი* (Michigan Alcoholism Screening Test – MAST). ის გვიჩვენებს სხვა მიმართულებათა რაოდენობრივ მაჩვენებლებსაც, რომელთა შორისაა პრობლემის ხანგრძლივობა, ალკოჰოლიზმის ოჯახური ისტორია, ალკოჰოლის მოხმარება, ალკოჰოლური დამოკიდებულება, მოხმარების სიტუაციების ჩამონათვალი, სხვა ნარკოტიკების მოხმარების რაოდენობა და სიხშირე, მოხმარებული სასმელის სახეობები, მოხმარებასთან დაკავშირებული ემოციური ფაქტორები და სხვა ცხოვრებისეული პრობლემები.

ინტერვიუს ჩატარება შეუძლია ჯანდაცვის თუ ნივთიერებათა ავადმომხმარების მუშაკთა უმრავლესობას, სათანადო მომზადების და პრაქტიკის ქონის პირობით. ინტერვიუ კომპლექსური ხასიათისაა და კონსულტანტები ყურადღებით უნდა გაეცნოს CDP-ის ნაკრებში ჩადებულ სახელმძღვანელოს, სანამ ინტერვიუს ჩატარებას შეუდგებოდნენ. ამას გარდა, რეკომენდებულია, კონსულტანტებმა გაიარონ როლური სავარჯიშო ინტერვიუ, სანამ კლიენტის ინტერვიუებას შეუდგებოდნენ. CDP-ის ნაკრებში ასევე შედის ინდივიდუალური ინტერვიუს ფორმები და ინტერვიუს ჩასატარებლად საჭირო, მრავალჯერადი მოხმარების ბარათების რვა დასტა.

CDP გახლავთ ამ ტიპის ყველაზე უფრო კომპლექსური, ემპირიულად მიღებული ინსტრუმენტი. ის გულდასმითაა შედგენილი და მისდევს ლოგიკურ თანამიმდევრობას:

1. დემოგრაფიული ინფორმაცია
  - ა. ასაკი და საცხოვრებელი ადგილი
  - ბ. ოჯახური მდგომარეობა
  - გ. ინფორმაცია სამსახურის და შემოსავლის შესახებ
  - დ. განათლების ისტორია
2. ალკოჰოლის მოხმარების ისტორია
  - ა. მოხმარების პრობლემის განვითარება
  - ბ. მოხმარების არსებული პატერნი
  - გ. პატერნის ისტორია
  - დ. ალკოჰოლთან დაკავშირებული ცხოვრებისეული ისტორია
  - ე. მოხმარების გარემოება
  - ვ. თანმდევი ქცევები
  - ზ. სასმელის არჩევა
  - თ. რელევანტური სამედიცინო ისტორია
3. მოტივაციური ინფორმაცია
  - ა. მოხმარების მიზეზები
  - ბ. მოხმარების შედეგები
  - გ. სხვა ცხოვრებისეული პრობლემები
  - დ. მკურნალობის მოტივაცია
  - ე. ალკოჰოლის მოხმარებლის ტიპის განსაზღვრა

### ღამათაბითი შეფასების ინსტრუმენტები

CDP უჩვეულოდ სრული და კარგად შესწავლილი ინსტრუმენტია, მაგრამ კონსულტანტებმა შეიძლება, მოისურვონ, შეარჩიონ რომელიმე სხვა მრავალფეროვანი დამატებითი ინსტრუმენტებიდან, რომლებიც შეფასების პროცესში დაეხმარებათ. ჩვენ აქ განვიხილავთ ზოგიერთ ინსტრუმენტს და მათგან რამდენიმეს მოსასინჯადაც წარმოგიდგინთ. კონსულტანტმა უნდა შეაგროვოს რაც შეიძლება მეტი ინფორმაცია,

სანამ კლიენტთან ერთად მკურნალობის გეგმის შედგენაზე დაიწყებდეს მუშაობას. ქვემოთ წარმოდგენილი შეფასების ინსტრუმენტები ამ თვალსაზრისით კარგი დამხმარე იქნება. კვლევით გამოცდილი შეფასების ინსტრუმენტების ამომწურავი ბიბლიოთეკის სანახავად კონსულტანტებს ვურჩევდით, ეწვიონ შემდეგ ვებსაიტებს: <http://casaa.unm.edu/inst.html> ან <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arth28-2/78-79.htm> სადაც შესაძლებელია სხვადასხვა ინსტრუმენტების მოძიება და გაცნობა.

**ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემების საკონტროლო ჩამონათვალი.** პრაქტიკოსებისთვის სასარგებლო კლინიკური დამხმარე საშუალებაა *ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემების საკონტროლო ჩამონათვალი* (Substance Abuse Problem Checklist; SAPC). SAPC თვითადმინისტრირებადია. იგი მოიცავს 377 სპეციფიკურ პრობლემას, დაჯგუფებული 8 კატეგორიაში: (1) თერაპიაში ჩართვის მოტივაციასთან დაკავშირებული პრობლემები; (2) ჯანმრთელობის პრობლემები; (3) პიროვნული პრობლემები; (4) პრობლემები სოციალურ ურთიერთობაში; (5) სამსახურთან დაკავშირებული პრობლემები; (6) თავისუფალი დროის არასწორად გამოყენებასთან დაკავშირებული პრობლემები; (7) რელიგიური ან სულიერი პრობლემები; და (8) სამართლებრივი პრობლემები. კლიენტისთვის სასარგებლოა სამკურნალო პროცესში აქტიური თანამშრომლის როლის მორგება. ამას გარდა, SAPC ეხმარება კლინიკის ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის დიაგნოსტიკასა და მკურნალობაში და პოტენციურად შეიძლება მისი გამოყენება კვლევაში. პენსილვანიის საავადმყოფოში შევსებული 114 ცალი SAPC შესწავლის შედეგები ასახავს ჩახშული ან დათრგუნვილი გრძნობების წვლილს ქიმიური დამოკიდებულების განვითარებაში და ცხადად მიანიშნებს ეკოლოგიური თვალთახედვის მნიშვნელოვნებაზე. SAPC-ის ერთ-ერთი პრობლემა გახლავთ, რომ ის გამოუსადეგარია კლიენტებისთვის, რომლებსაც არასაკმარისად აქვთ განვითარებული ინგლისური ენის უნარები. ამას გარდა, კლიენტმა პასუხის გაცემისას შეიძლება ცნობიერად თუ გაუცნობიერებლად უარპყოს ან დაფაროს პრობლემები.

**მირიბანის ალკოჰოლიზმის სკრინინგ-თესტი (MAST) 24-**პუნქტიანი კითხვარი სვამს კითხვებს მოხმარების ჩვევების შესახებ. ამ ტესტის გამოსადეგობა გამუდმებით მტკიცდება ემპირიული შეფასების გზით. MAST ანიჭებს ქულებს 0-დან 53-მდე. 0-4 ქულა შეესაბამება პრობლემის არარსებობას; 20 და მეტი ქულა მძიმე ალკოჰოლიზმის ნიშანია. MAST სრულად არის წარმოდგენილი დანართში D.

**მირიბანის ალკოჰოლიზმის მოკლე სკრინინგ-თესტი (The Short Michigan Alcoholism Screening Test – SMAST)** გახლავთ კლინიკისთვის გამოსადეგი და ადვილად რეგულირებადი შეფასების მექანიზმი. ის შედგება 17 „კი/არა“ პასუხის გასაცემი კითხვისგან, რომლებიც თავდაპირველი MAST-დან არის შერჩეული, როგორც ყველაზე უფრო ნიშანდობლივი. ბევრი კონსულტანტი მოკლე ფორმას უფრო იოლად ჩასატარებელ ვარიანტად მიიჩნევს. SMAST არ იხრება ცრუ პოზიტივებისკენ, MAST-ისგან განსხვავებით, და უფრო ზუსტია ალკოჰოლის პრობლემების სწორად დიაგნოსტიკაში. ანუ, SMAST არის მარტივი და სწრაფი ტესტი, რომელსაც მაღალი საიმედოება და ვალიდობა გამოარჩევს. ის გამოსადეგია ყველა ტიპის ალკოჰოლის ავადმომხმარებელ პოპულაციასთან გამოსაყენებლად და მაღალ კორელაციაშია (0,83) სრულ MAST-თან. SMAST მიხედვით კლიენტს 0-დან 53-მდე ქულა ენიჭება, 20 ან მეტი ქულა მძიმე ალკოჰოლიზმის მაჩვენებელია.

**დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი (Addiction Severity Index, ASI)** აფასებს შვიდ არეს: სამედიცინო მდგომარეობას, სამსახურებრივ მდგომარეობას, ნარკოტიკების მოხმარებას, ალკოჰოლის მოხმარებას, სამართლებრივ მდგომარეობას, ოჯახურ/სოციალურ ურთიერთობებს და ფსიქოლოგიურ მდგომარეობას. ეს ერთ-ერთია იმ

მცირერიცხოვან კარგად გამოცდილ ინსტრუმენტთაგან, რომლითაც ალკოჰოლის გარდა სხვა ნარკოტიკებზეც მუშაობენ. სტრუქტურირებული ინტერვიუს ფორმატის გამოყენებით ინსტრუმენტი იძლევა სიმძიმის შეფასებას თითოეული არისტვის, დაწყებული 0-დან (მკურნალობას არ საჭიროებს) 9 ბალამდე (საჭიროა სამკურნალო ჩარევა სიცოცხლის საფრთხის თავიდან ასარიდებლად).

**ალკოჰოლზე დამოკიდებულების სკალა (Alcohol Dependence Scale)** გახლავთ მოკლე, თვითადმინისტრირებადი სკრინინგის ინსტრუმენტი, რომელიც ალკოჰოლური დამოკიდებულების სიმძიმეს ზომავს. ესაა 25 შეკითხვა, ასარჩევი პასუხებით, რომლებიც ფოკუსირებულია ალკოჰოლური ალკვეთის მდგომარეობის სიმპტომებზე, ობსესიურ მოხმარებაზე, ტოლერანტობასა და სასმელის ძიების ქცევაზე.

**ალკოჰოლის მოხმარების დროის ხანის ბახსენება (Alcohol Timeline Follow Back – TLFB)**, ანუ ყოველდღიური მოხმარების შეფასების მეთოდი, იძლევა პიროვნების მიერ განსაზღვრული ხნის განმავლობაში სასმელის მოხმარების დეტალურ სურათს. TLFB მეთოდი თავდაპირველად შემუშავდა, როგორც ალკოჰოლის ავადმომხმარებლისაგან გამოსაყენებელი კვლევის ინსტრუმენტი, მაგრამ შემდეგ გადაკეთდა კლინიკურ გარემოებში გამოსაყენებლად და ნარკოტიკების და სიგარეტის მოხმარების სფეროებზე მოიცავს. TLFB – ესაა კალენდარზე დაფუძნებული ფორმა, რომელშიც ადამიანები იძლევიან მათი ყოველდღიური მოხმარების რეტროსპექტულ შეფასებას, მათ შორის, აღნიშნავენ აბსტინენციურ დღეებსაც. ეს ხდება რალაც განსაზღვრული დროის განმავლობაში, რომლის ხანგრძლივობაც შეიძლება სხვადასხვა იყოს და აღწევდეს 12 თვესაც კი ინტერვიუს ჩატარებამდე. გახსენების გასაიოლებლად გამოიყენება მეხსიერების დამხმარებები. TLFB-ის შესავსებად საჭირო დრო შესაფასებელი პერიოდის შესაბამისად იცვლება (მაგ., 90 დღე=10-15 წუთს; 12 თვე=30 წუთს). TLFB-ს შეუძლია, აწარმოოს რიგი ცვლადებისა, რომელიც იძლევა უფრო ზუსტ და მრავალმხრივ ინფორმაციას პიროვნების მიერ ალკოჰოლის მოხმარებაზე, ვიდრე ეს მოხმარების რაოდენობისა და სიხშირის უბრალო შეფასებით მიიღება. TLFB-ს შეუძლია, აწარმოოს ცვლადები, რომლებიც დახატავს მოხმარების პატერნის, ცვალებადობის და ხარისხის სურათს. TLFB-ის ჩატარების ხერხი მოქნილია: ის შეიძლება თავად კლიენტმა ჩაიტაროს (თვითადმინისტრირება) ან ჩაატაროს გავარჯიშებულმა ინტერვიუერმა; მისი ჩატარება შეიძლება ფანქრითა და ქალაღდით ან კომპიუტერულ ფორმატში.

**მოზარდთა მიერ ალკოჰოლის მოხმარების ინდექსი (Adolescent Drinking Index)** ზომავს მოხმარების ქცევების სიმძიმეს მოზარდებისთვის ოთხ სიტუაციაში: მოხმარების კონტროლის დაკარგვა, მოხმარების პრობლემების სოციალური ინდიკატორები, ფსიქოლოგიური პრობლემები და მოხმარების პრობლემების ფიზიკური ინდიკატორები. ეს მექანიზმი ზომავს საპროტესტო მოხმარების და თვითმედიკაციის ქცევას.

**ალკოჰოლის მოხმარების კითხვარი (Alcohol Use Inventory)** არის თვით-ანგარიშის ინსტრუმენტი, რომელიც ალკოჰოლის ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებულ ქცევის პატერნებს, ატიტუდებს და სიმპტომებს განსაზღვრავს. გამოიყენება 16 წლის და უფროსი ასაკის პიროვნებებისთვის, აფასებს მოხმარებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს და ერთმანეთისგან განასხვავებს მოხმარების სახეებს.

**CAGE** – არის მარტივი ოთხკომპონენტიანი თვით-ანგარიშით მოქმედი შეფასების მექანიზმი. კლიენტებს დაესმით ოთხი შეკითხვა: C (cut back on) – როდისმე თუ გიცდიათ, *შეგემცირებინათ* ქიმიური ნივთიერებების მოხმარება? A (annoyed) – როდისმე თუ *გაღიზიანებულხართ* იმით, რომ ადამიანები აკრიტიკებდნენ თქვენ მიერ ნივთიერებათა ავადმომხმარებას? G (guilty) – გქონიათ თუ არა როდისმე



*დანაშაულის გრძობა* ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქცევის გამო? და E (eye-opener) – როდისმე თუ გამოგიყენებიათ ალკოჰოლი ან სხვა ნარკოტიკი, როგორც გონზე მოსასვლელი საშუალება, ნივთიერებათა მოხმარებაში გატარებული მძიმე ღამის შემდგომ?

**მოზარდთა მიერ ნარკოტიკების მოხმარების სკალა** (Adolescent Drug Involvement Scale) გახლავთ 12-პუნქტიანი სკალა, რომელიც აფასებს მოზარდების მიერ ნარკოტიკების მოხმარების ხარისხს, ალკოჰოლის გარდა. იზომება ნარკოტიკების მოხმარების სიხშირე, მოხმარების მიზეზები, სოციალური კონტექსტი, მოხმარების ეფექტები და მოხმარების თვითშეფასება.

**ნარკოტიკების, ალკოჰოლისა და ახარბული თამაშების სკრინინგი** (Drugs, Alcohol, and Gambling Screen, DAGS) არის 45-კითხვიანი შეფასება, რომელიც ამოწმებს პრობლემის წარმოშობის რისკის არსებობას ყველა სამიზნე სფეროში. სკალაზე მონიშნება პოტენციური რისკი – მსუბუქიდან სერიოზულამდე.

**ნარკოტიკების მოხმარების სკრინინგი კითხვარში** (Drug Use Screening Inventory, DUSI) არის 159-პუნქტიანი შეფასების ინსტრუმენტი, რომელიც შექმნილია ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების აღმოსაჩენად როგორც მოზრდილებში, ასევე მოზარდებში. გამოკვლევის საგანია ნივთიერებათა ავადმომხმარება, ფსიქიკური აშლილობები, ქცევითი პრობლემები, სკოლასთან შეგუება, თანატოლებთან ურთიერთობები, სოციალური უნარიანობა, ოჯახური ურთიერთობები და თავისუფალი დროისა და დასვენების ასპექტები. ამ შეფასების უმთავრესი ნაყოფია მიმდინარე მდგომარეობის აღწერა და პრობლემური არეების იდენტიფიკაცია.

**ნივთიერებათა ავადმომხმარების ნატიფი სკრინინგი კითხვარში** (Substance Abuse Subtle Screening Inventory) აფასებს პიროვნებებს ნივთიერებათა ავადმომხმარების და ნივთიერებაზე დამოკიდებულების აშლილობების კუთხით. მასში ქალებისა და მამაკაცებისთვის ქულები განსხვავებულად გამოითვლება.

#### **კომბინირებული ფაქტორების შეფასების ინსტრუმენტები**

რამოდენიმე ინსტრუმენტის გამოყენება შეიძლება ქცევის ანალიზის პროცესის შესავსებად და კლიენტებისთვის ხელშესაწყობად, რომ ამოიცნონ სიტუაციები, რომლებიც მათ ნარკოტიკის და ალკოჰოლის მოხმარების რისკებზე აყენებს. ამ მიზნით, პრაქტიკოსს კონსულტანტთა დასახმარებლად შექმნილია სამი სასარგებლო ინსტრუმენტი: ალკოჰოლის მოხმარების სიტუაციების კითხვარი (Inventory of Drinking Situations – IDS), სიტუაციური თავდაჯერებულობის კითხვარი (Situational Confidence Questionnaire – SCQ) და კოგნიტური შეფასების კითხვარი (Cognitive Appraisal Questionnaire – CAQ).

**ალკოჰოლის მოხმარების სიტუაციების კითხვარი** IDS ეხმარება კლიენტს, განსაზღვროს და გამოარჩიოს ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული სიტუაციები. ეს სიტუაციები ჯგუფდება რვა კატეგორიად: ნეგატიური ემოციური მდგომარეობები, ნეგატიური ფიზიკური მდგომარეობები, პოზიტიური ემოციური მდგომარეობები, პერსონალური კონტროლის მოსინჯვა, დაყოლიება და ცდუნება, პიროვნებათშორისი კონფლიქტი, სმის სოციალური მოთხოვნა და სხვებთან ერთად გატარებული სასიამოვნო დრო. შედეგად მიღებული პროფილი აჩვენებს კლიენტისთვის მაღალი და დაბალი რისკის შემცველ სიტუაციებს. ეს პროფილი



ეხმარება კლიენტს, გაიაზროს მოხმარების წინამორბედი სიტუაციები, რათა განსაზღვროს მათთან გამკლავების სტრატეგიები.

**სიღუპის შემთხვევაში მკვლევარების კითხვარი SCQ** სთხოვს კლიენტებს, ირეაგირონ ალკოჰოლის მოხმარების სხვადასხვა სიტუაციაზე. მათ სთხოვენ, წარმოიდგინონ თავი ამ სიტუაციებში და განსაზღვრონ საკუთარი თავდაჯერების ხარისხი, თუ რამდენად შეუძლიათ სიტუაციის მართვა ისე, რომ არ დალიონ. ეს ინსტრუმენტი ეხმარება კლიენტს, ჩამოაყალიბოს ალკოჰოლის მოხმარების სიტუაციების იერარქია ისე, რომ დაიწყოს თავდაპირველად იმ ამოცანებიდან, სადაც დარწმუნებულია, რომ თავს წარმატებით გაართმევს მათ შესრულებას და თანდათან გადავიდეს სიტუაციებზე, რომლებშიც ნაკლებ თავდაჯერებულობას გრძნობს.

**კომპიუტერიანი შეფასების კითხვარი CAQ** ეხმარება კლიენტს, გამოარჩიოს კოგნიტური ფაქტორები, რომლებმაც შეიძლება დაბრკოლება შეუქმნას მის თვითფექტურობას. წინა ორი კითხვარისგან განსხვავებით, რომლებსაც კლიენტები წერილობით ავსებენ, CAQ სტრუქტურირებული ინტერვიუს საფუძველზე დგება. ეს კითხვარი იკვლევს შემეცნებით მხარეს, რომლებიც გავლენას ახდენენ პიროვნების მიერ წარმატების შეფასებაზე.

ეს ინსტრუმენტები გამოიყენება კლინიკურ ინტერვიუსა და სხვა შესაფასებელ პროცედურებთან ერთად. მხოლოდ ერთ შეფასების მექანიზმზე დაყრდნობა გონივრული არ იქნება – ამ შემთხვევაში იზრდება ცრუ-ნეგატიური ან ცრუ-პოზიტიური დიაგნოზის ალბათობა, რაც შეიძლება არასათანადო ან წარუმატებელი მკურნალობის მიზეზი გახდეს.

## ლიტერატურა

მას მერე, რაც შეფასება დასრულდება, კონსულტანტისთვის დგება დიაგნოსტიკური შთაბეჭდილების ჩამოყალიბების ეტაპი. დიაგნოზი კონსულტანტს აძლევს სხვა პროფესიონალებთან კომუნიკაციის შესაძლებლობას და ეხმარება მკურნალობის ფარგლების განსაზღვრაში. კონსულტანტები თავიანთ დასმულ დიაგნოზს უნდა უდგებოდნენ, როგორც დასკვნის არა შეუცვლელ, არამედ სამუშაო ვერსიას. თუ ისინი ხედავენ, რომ კლიენტს არ აქვს სასურველი პროგრესი კონკრეტული მკურნალობის შედეგად, ან თუ კონსულტაციის დროს ახალი ინფორმაცია გამოაშკარავდება, ისინი არ უნდა მოერიდონ ახალი, უფრო ზუსტი დიაგნოზის დასმას და შედეგად, მკურნალობის ახალი გეგმის შედგენას. სრულიად მისაღებია იმის აღიარება, რომ თავდაპირველი შთაბეჭდილება არ იყო ზუსტი.

კლინიციკტებს გამოადგებათ დიაგნოსტიკური მიდგომა, რომელიც წარმოდგენილია ნაშრომში „ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო. მეოთხე გამოცემა, შესწორებული ტექსტი“ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision – DSM-IV-TR) (ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაცია, American Psychiatric Association, 2002). DSM-IV-TR ერთმანეთისგან განასხვავებს ნივთიერებათა ავადმოხმარებას და ნივთიერებაზე დამოკიდებულებას. ფსიქოაქტიური ნივთიერებათა მოხმარება აშლილობად განიხილება მხოლოდ მაშინ, თუ (1) პიროვნება ამჟღავნებს უუნარობას, აკონტროლოს მის მიერ ნივთიერებათა მოხმარება კოგნიტური, ქცევითი თუ ფიზიოლოგიური სიმპტომების მიუხედავად და (2) თუ სიმპტომები საერთო ჯამში გამოვლინდება 1 თვის მანძილზე 12 თვის განმავლობაში.

კლიენტს ნივთიერებაზე დამოკიდებულის დიაგნოზი დაესმის მხოლოდ მაშინ, თუ შემდეგი შვიდი სიმპტომიდან სამი მაინც დაემზიერება (American Psychiatric Association, 2002, გვ. 197-198):

1. შესამჩნევი ტოლერანტობა: სჭირდება ნივთიერების შესამჩნევად გაზრდილი რაოდენობა (ანუ მინიმუმ 50%-ით მეტი) ინტოქსიკაციის ან სასურველი ეფექტის მისაღებად, ან შესამჩნევად შემცირებულია ეფექტი იმავე რაოდენობის ნივთიერების მიღების გაგრძელებისას;
2. დამახასიათებელი აღკვეთის მდგომარეობის სიმპტომები და ნივთიერების ხშირი მიღება აღკვეთის მდგომარეობის სიმპტომების მოსახსნელად ან თავიდან ასარიდებლად;
3. ნივთიერების იმავე უფრო დიდი რაოდენობით ან უფრო ხანგრძლივი დროით მოხმარება, ვიდრე პიროვნება განიზრახავდა;
4. მუდმივი სურვილი ან ერთი ან მეტი წარუმატებელი მცდელობა, შეემცირებინა ან ეკონტროლებინა ნივთიერებათა მოხმარება;
5. დიდი დროის ხარჯვა ნივთიერების მოპოვებისთვის (მაგ., ქურდობით), ნივთიერებათა მოხმარებისთვის (მაგ., „გედიზედ მოწევა“) ან მისი ეფექტებიდან გამოსვლისთვის აუცილებელ ქმედებებზე.
6. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის გამო მნიშვნელოვანი სოციალური, სამსახურებრივი ან გასართობი აქტივობების შეწყვეტა ან შემცირება;
7. ნივთიერების განგრძობადი მოხმარება, იმის ცოდნის მიუხედავად, რომ არსებობს მუდმივი ან პერიოდული სოციალური, ფსიქოლოგიური ან ფიზიკური პრობლემა, რომელიც გამოწვეულია ან მწვავედება ნივთიერებათა მოხმარებით (მაგ., ჰერონის მოხმარება ოჯახის მხრიდან წინააღმდეგობის მიუხედავად, კოკაინით გამოწვეული დეპრესია ან კუჭის წყლული, რომელსაც სმა ამწვავებს).

წყარო: გადმოთქმულია ნებართვით ნაშრომიდან Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision – DSM-IV-TR (© 2000) American Psychiatric Association.

ნივთიერებაზე დამოკიდებულების დიაგნოზი მოიცავდა შემდეგ სპეციფიკატორებს (American Psychiatric Association, 2002, გვ. 168):

**ფიზიოლოგიური დამოკიდებულებით:** ეს სპეციფიკატორი გამოყენებული უნდა იყოს იმ შემთხვევაში, როცა ნივთიერებაზე დამოკიდებულებას ახლავს ტოლერანტობის ან აღკვეთის მდგომარეობის მაჩვენებლები.

**ფიზიოლოგიური დამოკიდებულების გარეშე:** ეს სპეციფიკატორი გამოყენებული უნდა იყოს, როდესაც არ გვაქვს ტოლერანტობის ან აღკვეთის მდგომარეობის მაჩვენებლები. ასეთ პიროვნებებში ნივთიერებათა ავადმომხმარებას ახასიათებს კომპულსური მოხმარების პატერნი (3-7 კრიტერიუმიდან სამი პუნქტი მაინც).

**აღრეული სრული რემისია:** ეს სპეციფიკატორი გამოყენებული უნდა იქნეს, თუ 1 თვის განმავლობაში მაინც, მაგრამ 12 თვეზე უფრო მცირე პერიოდში, არ გვხვდება დიაგნოსტიკის არც ერთი კრიტერიუმი;

**აღრეული ნაწილობრივი რემისია:** ეს სპეციფიკატორი გამოყენებული უნდა იქნეს, თუ 1 თვის განმავლობაში მაინც, მაგრამ 12 თვეზე უფრო მცირე პერიოდში, გვხვდება დიაგნოსტიკის ზოგი, მაგრამ არა ყველა, კრიტერიუმი.

**მყარი სრული რემისია:** ეს სპეციფიკატორი გამოყენებული უნდა იქნეს, თუ 1 წლის ან მეტი ხნის განმავლობაში არ შეგვხვდება დიაგნოსტიკის არც ერთი კრიტერიუმი.

**მყარი ნაწილობრივი რემისია:** ეს სპეციფიკატორი გამოყენებული უნდა იქნეს, თუ დამოკიდებულების მთლიანი კრიტერიუმი არ გამოვლინდება 1 წლის ან მეტი ხნის განმავლობაში, მაგრამ ერთი ან მეტი კრიტერიუმი გამოვლინდება.

**აგონისტურ თერაპიაზე მყოფი:** ეს სპეციფიკატორი გამოყენებული უნდა იქნეს, თუ პიროვნება ნივთიერების გამოყენების თავიდან ასარიდებლად იღებს გამოწერილ მედიკამენტს, ვთქვათ, ნალტრექსონს.

**კონტროლირებად გარემოში მყოფი:** ეს სპეციფიკატორი გამოყენებული უნდა იქნეს, თუ პიროვნებას თვალყურს ადევნებენ კონტროლირებულ გარემოში, სადაც აკრძალულია ალკოჰოლისა და კონტროლირებადი ნივთიერებების შეტანა, მაგალითად, ციხეში ან საავადმყოფოში.

წყარო: გადმობეჭდილია ნებართვით ნაშრომიდან Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision – DSM-IV-TR (© 2000) American Psychiatric Association.

*DSM-IV-TR*-ში, ნივთიერებათა ავადმობმარების დიაგნოსტიკური კატეგორია გამოიყენება იმ პიროვნებისთვის, რომლის მოხმარების პატერნი არცთუ მისაღებია, მაგრამ არ ესადაგება „დამოკიდებულების“ კრიტერიუმები. როგორც ავადმობმარებას, ასევე დამოკიდებულებას ფსიქოპათიურ ნივთიერებათა ცხრა კლასი უკავშირდება: ალკოჰოლი; ამფეტამინები ან მის მსგავსად მოქმედი სიმპათომიმეტიკები; კანაფი; კოკაინი; ჰალუცინოგენები; ინჰალანტები; ოპიოიდები; ფენციკლიდინები ან მის მსგავსად მოქმედი არილციკლოპექსილამინები; და სედატივები, საძილე საშუალებები ან ანქსიოლიტიკები. ნიკოტინს აქვს დამოკიდებულების დიაგნოზი, მაგრამ არ აქვს ავადმობმარების დიაგნოზი. ნივთიერების თითოეულ კლასს აქვს საკუთარი კოდური ნომერი (მაგალითად, ალკოჰოლური დამოკიდებულების კოდია 303.90 და ამფეტამინის ავადმობმარების კოდია 305.70), მაგრამ ავადმობმარებისა და დამოკიდებულების ზოგადი კრიტერიუმები ყველა კატეგორიისათვის მუდმივია.

*DSM-IV-TR* მოიხმარს მრავალგანზომილებიან სისტემას; მასში ყოველი პიროვნება ფასდება ხუთი განზომილების მიხედვით. განზომილების ღერძი აღწერს კლინიკურ სინდრომებს. ნივთიერებათა ავადმობმარება და დამოკიდებულება – ეს გახლავთ I ღერძის დიაგნოზები. II ღერძი განსაზღვრავს განვითარების და პიროვნულ აშლილობებს, III ღერძი კი გამოყოფს ფიზიკურ დარღვევებს და მდგომარეობებს. IV ღერძი გამოიყენება კლინიკური პრობლემების მქონე პიროვნებაზე ზემოქმედების მქონე ფსიქოსოციალური და გარემოს პრობლემების შესაფასებლად, რომლებმაც შეიძლება გავლენა იქონიონ არსებული პრობლემის დიაგნოზზე, მკურნალობაზე ან პროგნოზზე. V ღერძი აფასებს კლიენტის ფუნქციონირების ზოგად დონეს.

*ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო. მეხუთე გამოცემა* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, Text Revision – DSM-V) სავარაუდოდ მომზადდება გამოსაცემად 2012 წლისთვის. კონსულტანტები *DSM-IV-TR*-ის მსგავსი სადიაგნოზო ინსტრუმენტის მოხმარებისას ფრთხილად უნდა იყვნენ, რათა თავი აარიდონ უმართებულო დიაგნოსტიკას ან კლიენტისთვის იარლიყების მიკვრას. დიაგნოსტიკების სქემის თანმდევი სირთულეების გამო კონსულტანტებმა უნდა მოისურვონ საუკეთესოდ გარკვევა და განაფვა როგორც დიაგნოსტიკური სქემის მოხმარებაში, ასევე – მისი შედეგების პრაქტიკულ გამოყენებაში.

## მკურნალობის დაგეგმვა

მკურნალობის გეგმა წარმატების საძირკველია, იგი კონსულტანტსაც და კლიენტსაც აძლევს სტრუქტურას, რომლის მიხედვითაც უნდა იმოქმედონ. მისი წყალობით მოლოდინები ცხადი ხდება და ნებისმიერი გაუგებრობა უფრო იოლი გადასატრიალია. მკურნალობის გეგმა კონსულტანტსა და კლიენტს აძლევს საშუალებას, დასახონ მიზნები და დააკვირდნენ და შეაფასონ პროგრესი. ასეთი გეგმა იძლევა შესაძლებლობას, რომ კონსულტირება წარიმართოს მარტივი, შედეგზე ორიენტირებული გზით. მის გარეშე კლიენტ-კონსულტანტის ურთიერთობა არასაკმარისად იქნება განსაზღვრული და წარმატების ალბათობაც შემცირდება. მკურნალობის გეგმა შეიძლება იყოს მარტივი ან გართულებული, ოღონდ უნდა აკმაყოფილებდეს პირობას, რომ ეხება ყველა იმ პრობლემას, რომელიც

მკურნალობით უნდა მოგვარდეს. ამ თვალსაზრისით, საჭიროა, კონსულტანტმა სიტყვიერად ჩამოაყალიბოს მოკლევადიანი მიზნები (იმ პრობლემებისთვის, რომელთა გადაჭრაც 3-6 თვეშია შესაძლებელი) და გრძელვადიანი მიზნები (იმ პრობლემებისთვის, რომელთა გადაჭრასაც შესაძლოა 1 წლამდე დრო დასჭირდეს და სავარაუდოდ, დასჭირდება რეგულარული დაკვირვება კლიენტის მთელი სიცოცხლის განმავლობაში).

კუმბსის და ჰოვატის (Coombs and Howatt, 2005) აზრით, გრძელ- და მოკლევადიანი მიზნების დასახვაზე გავლენას ახდენს ისეთი ფაქტორები, როგორცაა კლიენტის პრობლემების მასშტაბები და სიმძიმე, კლიენტის მოტივაცია, გარემო, მკურნალობის სავარაუდო ხანგრძლივობა, ის, თუ რას ანიჭებენ კლიენტი და თერაპევტი უპირატესობას, და კლიენტისთვის მნიშვნელოვან პიროვნებათა ჩარევა-თანამშრომლობა.

ნივთიერებათა ავადმობარების საკითხებზე კონსულტაციისას პრიორიტეტები შეიძლება კლიენტის მდგომარეობის სიმძიმემ განსაზღვროს. მაგალითად, კლიენტებმა, რომლებიც ფიზიკურად არიან დამოკიდებული ნარკოტიკებსა და ალკოჰოლზე, საჭიროა, გაიარონ დეტოქსიკაცია მედიკამენტების მიღების გზით, სანამ სხვა სახის მკურნალობას დაიწყებდნენ. სუიციდურ კლიენტებს ჯერ დეპრესიის მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეთ, სანამ ქიმიური დამოკიდებულების პრობლემას მიეხედებოდნენ, ხოლო ფსიქოზის შემთხვევაში - პიროვნებების მდგომარეობა უნდა დასტაბილურდეს, სანამ ქიმიური დამოკიდებულების მკურნალობას შეუდგებოდნენ.

მიზნების დასახვაზე დიდ გავლენას ახდენს კლიენტის მოტივაციაც. კლიენტებს, რომლებსაც ნაკლებად აქვთ იმედი და არ სჭერათ მკურნალობის შედეგიანობის, უნდა დაესახოთ მცირე ამოცანები, რომლებსაც ისინი სწრაფად და წარმატებით გადაჭრიან. ეს წარმატებები გაზრდის მათ თვითშეფასებას და მკურნალობის პროცესის მიმართ რწმენას გაუღვივებს. ეს ტექნიკა, რომელსაც „შეიპინგი“ ეწოდება, უაღრესად ეფექტიანია მოტივაციის ასამაღლებლად და, საბოლოოდ, მკურნალობის შედეგის გასაუმჯობესებლად.

გარკვეული მკურნალობის ჩატარება შესაძლებელი ხდება მხოლოდ სტაციონარულ გარემოში (მაგ., დეტოქსიკაცია). სხვები (როგორცაა *in vivo* დესენსიტიზაცია და სამსახურის შენარჩუნება) - უკეთ მიიღწევა მკურნალობის ამბულატორიული ფორმით.

კლიენტებს ყოველთვის აინტერესებთ სამკურნალო დროის სავარაუდო ხანგრძლივობა. თავდაპირველ შეფასებასა და დიაგნოზზე დაყრდნობით კონსულტანტებს შეეძლება, კლიენტებს საკმაოდ ზუსტი განრიგი შესთავაზონ. კონკრეტული პრობლემის კონკრეტული მკურნალობა დროის კონკრეტულ ხანგრძლივობას მოითხოვს და გამოცდილების და პრაქტიკის დახმარებით, კონსულტანტი ამ დროების წინასწარ განსაზღვრაში იწაფება.

თუ რას ანიჭებენ უპირატესობას კლიენტი და კონსულტანტი – ეს მნიშვნელოვანი ცვლადია მიზნების არჩევის ფორმულაში. მაგალითად, კლიენტმა შეიძლება არჩიოს მკურნალობის განმავლობაში 1, 2 და 3 პრობლემებთან გამკლავება, მაგრამ არ მოინდომოს 4, 5 და 6 პუნქტებზე მუშაობა. ასევე, კონსულტანტმა შეიძლება, კლიენტს ურჩიოს, არ დაიწყოს ამა თუ იმ პრობლემაზე მუშაობა, რადგან მიაჩნდეს, რომ იგი ზედმეტად რეზისტენტულია თერაპიის მიმართ ან დარწმუნებული იყოს, რომ კლიენტის ჩასმას თერაპიის კურსში უკუჩვენება ექნება. კონსულტანტმა და კლიენტმა ერთობლივად უნდა გამოთქვან თავ-თავიანთი სამომავლო სურვილები და მერე, ურთიერთშეთანხმების მეშვეობით, განსაზღვრონ მკურნალობის მიზნები.

არსებითია პროცესში კლიენტისთვის მნიშვნელოვანი პიროვნებების ჩართვა. ოჯახი ან კლიენტის ახლობელი სხვა ადამიანები შეიძლება მისთვის იყვნენ ან ბუნებრივი მკურნალები (ეხმარებოდნენ კლიენტს, მართავდნენ შემთხვევითობებს და უზრუნველყოფდნენ ჯილდოებს, სთავაზობდნენ მხარდაჭერას და ნაქვებებს) ან იყვნენ ხელშემშლელი (ზიანს აყენებდნენ მკურნალობას, საფუძველს აცლიდნენ



კლიენტს ან სტიდნენ მას). კონსულტანტმა უნდა შექმნას თანამშრომლობისთვის ხელსაყრელი პირობები და, თუ დაინახავს, რომ მისი მცდელობა არ ჭრის, კლიენტს ამის გათვალისწინებით ურჩიოს წარმატების მისაღწევად შესაფერისი გზები. მნიშვნელოვანი პიროვნებები კრიტიკულად საჭირო მოკავშირეები არიან და თერაპევტი მთელი ძალ-ღონით უნდა შეეცადოს მათი მხარდაჭერის მოპოვებას.

არ არის აუცილებელი, რომ ეფექტიანი მკურნალობის გეგმა რთული და მრავალმხრივი იყოს – მას შეიძლება 4.1 ნიმუშში წარმოდგენილი ფორმა ჰქონდეს. შედგენილი მკურნალობის გეგმის მაგალითები შეგიძლიათ იხილოთ 4.2 და 4.3 ნიმუშებში. მას მერე, რაც მკურნალობა გაინერება, შეიძლება ოფიციალური კონსულტირების დანეგებაც.

## შეჯამება

კომპლექსური შეფასება ნივთიერებათა ავადმობმარების თემაზე კონსულტაციის განევის მნიშვნელოვანი პირველი ეტაპია. იდეალურ შემთხვევაში ეს პროცესი ერთობლივი ძალისხმევით უნდა მიმდინარეობდეს, რომლის დროსაც კლიენტი და კონსულტანტი ითანამშრომლებენ პრობლემური სფეროების განსასაზღვრად და მიზნების დასასახად. შეფასება უმდა შეიცავდეს ნივთიერებათა ავადმობმარების ზოგად ისტორიას და შეფასების ინსტრუმენტს, რომელიც კლიენტის სპეციფიკური საჭიროებების გათვალისწინებით იქნება შერჩეული.

დიაგნოზის დასმის თვალსაზირისით, ყველაზე უფრო გამოსადეგი კრიტერიუმები გახლავთ ის, რომლებიც მოცემულია ამერიკის ფსიქიატრთა ასოციაციის წიგნში „ფსიქიკური აშლილობების დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელო. მეოთხე გამოცემა, შესწორებული ტექსტი“ (*DSM-IV-TR*). *DSM-IV-TR* ერთმანეთისგან ასხვავებს ნივთიერებათა მოხმარებას, ნივთიერებათა ავადმობმარებას და ნივთიერებაზე დამოკიდებულებას და გვთავაზობს ცხად მითითებებს აშლილობის არსებობის განსასაზღვრად.

თავდაპირველი შეფასება და დიაგნოზი იძლევა ჩარჩოს მკურნალობის გეგმის დასასახად. მკურნალობის გეგმა უნდა ეფუძნებოდეს ცხადად განსაზღვრულ მოკლე- და გრძელვადიან მიზნებს და დეტალურად ასახელებდეს თითოეული მიზნის მისაღწევად გამიზნულ ინტერვენციებს. სამკურნალო გეგმის ხარისხსა და სიცხადეზე დიდწილად და დამოკიდებული, თუ რამდენად წარმატებული იქნება კონსულტაციის მთელი პროცესი.

<b>ილუსტრაცია 4.1</b>	<b>მკურნალობის გეგმის ფორმა</b>
სახელი _____ თარიღი _____	
მკურნალობის დანეების თარიღი _____ გენდერი _____ დაბადების თარიღი _____	
გეგმის გადახედვის თარიღი (ყოველ 3 თვეში) _____	
<i>DSM-IV-TR</i> -ის დიაგნოზ(ებ)ი	
I ღერძი _____	
II ღერძი _____	
III ღერძი _____	
IV ღერძი _____	
V ღერძი _____	
A. მოკლე ისტორია: _____	
_____	
_____	
_____	



B. შემთხვევის ფორმულირება: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

C.

	მოკლევადიანი მიზნები	ინტერვენცია	დროის ჩარჩო	საზომი	მიზანი მიღწეულია? (დიახ ან არა)
1.					
2.					
3.					
4.					

D.

	მოკლევადიანი მიზნები	ინტერვენცია	დროის ჩარჩო	საზომი	მიზანი მიღწეულია? (დიახ ან არა)
1.					
2.					
3.					
4.					

E. კომენტარი: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

F. შეფასების განახლება (ყოველ 3 თვეში). 1 წელიწადში გვემა თავიდან შედგება.  
 შეფასება 1 \_\_\_\_\_  
 შეფასება 2 \_\_\_\_\_  
 შეფასება 3 \_\_\_\_\_  
 შეფასება 4 \_\_\_\_\_

**ილუსტრაცია 4.2 | აკურნალობის გეგმის ფორმა**

სახელი: ჭონ დო თარიღი: 1-15-2009  
 მკურნალობის დაწყ. თარიღი: 1-10-2009 გენდერი: მამაკაცი დაბადების თარიღი: 5-20-1982  
 გვემის გადახედვის თარიღი (ყოველ 3 თვეში): 3-15-2009, 6-15-2009, 9-15-2009  
 DSM-IV-TR დიაგნოზ(ებ)ი:  
 I დერი: ალკოჰოლზე დამოკიდებულება, მძიმე გენერალიზებული შფოთვითი აშლილობა  
 II დერი: სხვაზე დამოკიდებულების აშლილობა  
 III დერი: ღვიძლის გაცხიმოვნება  
 IV დერი: ფსიქოსოციალური და გარემოს პრობლემები: მეგობარი ქალის დაკარგვა, ფინანსური სიძნელეები ცოტა ხნის წინ სამსახურის დაკარგვის გამო  
 V დერი: GAF 45 (მიმდინარე)

A. მოკლე ისტორია: ამ 28 წლის თეთრკანიანმა მამაკაცმა დაახლოებით 1 წლის წინ დაიწყო ყოველდღიური ალკოჰოლის მოხმარება (9-დან 18-მდე 340-გრამიანი ქილა ლუდი დღეში), მას მერე, რაც მეგობარმა ქალმა 3-წლიანი ურთიერთობის მერე სხვა კაცის გამო მიატოვა. ქალი მასზე ჩიოდა, რომ „ის მუდამ ნერვიული და სუსტი იყო“. კლიენტი გასული წლის განმავლობაში სამჯერ იყო დაკავებული ალკოჰოლთან დაკავშირებული დარღვევების გამო (ერთი ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის მართვა, ორი – საჯარო ადგილას ინტოქსიკაცია). თავად ამბობს, რომ სვამს შფოთვის შესამცირებლად და ალკოჰოლის ზემოქმედებით მოგვრილი დაცულობის გრძნობის გამო. კლიენტმა ცოტა ხნის წინ სამსახური დაკარგა სისტემატური გაცდენებისა და ინტოქსიკაციების გამო, ბოლო თვეში კი დაუდგინდა ღვიძლის გაცხიმოვნების დიაგნოზი. კლიენტს აქვს მომატებული ტოლერანტობა, მაგრამ არ აღენიშნება ალკოჰოლის მდგომარეობის სინდრომები.

B. შემთხვევის ფორმულირება: კლიენტმა, რომელსაც ჰქონდა სხვაზე დამოკიდებულების აშლილობა, დაიწყო ალკოჰოლის გადამეტებული და საზიანო სმა, როდესაც მეგობარმა ქალმა (რომელზეც ძალიან იყო მიჯაჭვული) მიატოვა. ამ ჭარბად მოხმარების პერიოდამდე კლიენტი ჩვეულებრივ მოიხმარდა სამ-ოთხ ულუფა ალკოჰოლურ სასმელს – დამშვიდების, სოციალური ურთიერთობების გაიოლების და უფრო სწრაფად ჩაძინების მიზნით.

C.

მოკლევადიანი მიზნები	ინტერვენცია	დროის ჩარჩო	საზომი	მიზანი მიღწეულია? (დიახ ან არა)
1. იძულებითი აბსტინენცია	250 მგ ანტაბუსი ყოველდღე	6 თვე	სისხლის ანალიზი ანტაბუსის აღმოსაჩენად	
2. ქვევის/შფოთვის ფუნქციური ანალიზი	ფუნქციური ანალიზის პროტოკოლი	3 თვე	სტანდარტული ფორმები	
3. შემცირებული შფოთვა	პროგრესული კუნთების რელაქსაციის ტრენინგი	3 თვე	კლიენტის თვით-ანგარიში/ თვითმონიტორინგი შფოთვაზე	
4. კლიენტის გაცნობიერება მისი იმჟამინდელი დისფუნქციის შესახებ	ინდივიდუ-ალიზებული სწავლება	1 თვე	პოსტ-ტესტი სპეციფიკურ დისფუნქციებზე	
5. პრობლემის გადაჭრის და გადაწყვეტილების მიღების გაუმჯობესებული უნარები	გადაწყვეტი-ლებების მიღების და პრობლემების გადაჭრის ტრენინგი	2 თვე	პრობლემის გადაჭრის კითხვარი და თერაპევტის არჩევანი	
6. კლიენტის ჩართვა თერაპიაში; სამკურნალო თანამშრომლობის გაძლიერება	ზოგადი ტექნიკა; მცირე წარმატებების გამოცდილება	3 თვე	კლიენტის თანხმობა	

D.

მოკლევადიანი მიზნები	ინტერვენცია	დროის ჩარჩო	საზომი	მიზანი მიღწეულია? (დიახ ან არა)
1. განგრძობადი აბსტინენცია	თვითმონი-ტორინგი, მხარდამჭერ ჯგუფებში მონაწილეობა	1 წელი	კლიენტის დამატებითი ანგარიში	
2. შემცირებული დამოკიდებულება	დათქმების შეთანხმება; ინდივიდუალური კონსულტირება	1 წელი	კლიენტის, დამატებითი და თერაპევტის ანგარიში	

3. შემცირებული შფოთვა	რალაქსაციის უნარების დახვეწა; ტრენინგი ალტერნატივებზე, სტიმულის კონტროლი და კოგნიტური რესტრუქტურბაცია	6 თვე	კლიენტის და თერაპევტის ანგარიში; შფოთვის სკალა
4. პროდუქტიულ და დამაკმაყოფილებელ ურთიერთობებში ჩართვა	ურთიერთობის ტრენინგი; კომუნიკაციის ტრენინგი; უნარების ტრენინგი	1 წელი	თერაპევტის და კლიენტის აღქმა
5. ურთიერთობის დასრულება; წარმატებით მიზნის მიღწევა	გრაფიკიდან მოხსნა	1 წელი +	

E. კომენტარი: კლიენტი ძლიერ მოტივირებული და მკურნალობაში დაინტერესებული ჩანს. მის მშობლებს სურთ, ჩართული იყვნენ პროცესში. კლიენტი გონიერია და მისთვის კარგი შედეგი ექნება ქცევით და ინსაითზე ორიენტირებულ ფსიქოთერაპიას. უნდა დაიგეგმოს დასრულება, კლიენტის ურთიერთობიდან გამოსვლის შესამსუბუქებლად. კონსულტაციები უნდა შემცირდეს ყოველკვირეული სეანსებიდან ორ კვირაში ერთხელ შეხვედრამდე, შემდეგ - ყოველთვიურამდე და სტანდარტულ გამაძლიერებელ განრიგამდე.

F. შეფასების განახლება (ყოველ 3 თვეში). 1 წელიწადში გეგმა თავიდან შედგება.  
 შეფასება 1: შეფასებები გამოყენებული იქნება ნებისმიერი ახლად მოძიებული შესაბამისი მონაცემის დასამატებლად და ახალ სტრესის ფაქტორებზე, პრობლემებზე ან წარმატებებზე კომენტარის გასაკეთებლად.

შეფასება 2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

შეფასება 3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

შეფასება 4 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ილუსტრაცია 4.3 | მკურნალობის გეგმა ოქსიკონტინის მოხმარებლისთვის**

სახელი: ჯენ დო თარიღი: 1-15-2009  
 მკურნალობის დაწყების თარიღი: 1-4-2009 გენდერი: ქალი დაბადების თარიღი 1-8-1982  
 გეგმის გადახედვის თარიღი (ყოველ 3 თვეში): 4-8-2009, 7-8-2009, 10-8-2009  
 DSM-IV-TR -ის დიაგნოზ(ებ)ი:  
 I ღერძი: ოპიოიდზე დამოკიდებულება, მძიმე (ოქსიკონტინი)  
 II ღერძი: ანტისოციალური პიროვნული აშლილობა  
 III ღერძი: კლიენტს მომატებული აქვს ტრიგლიცერიდები სისხლის შრატში, აქვს ვენერიული დაავადების ისტორია  
 IV ღერძი: ფსიქოსოციალური და გარემო პრობლემების სტრესის ფაქტორები: ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება, პროსტიტუცია, არასტაბილური საცხოვრებელი პირობები, რამდენიმე დაკავება.  
 V ღერძი: GAF 35  
გასულ წელს ადაპტაციური ფუნქციონირების უმაღლესი დონე

A. მოკლე ისტორია: 28 წლის თეთრკანიანი ქალი, ოპიოიდური დამოკიდებულების 7-წლიანი ისტორიით. კლიენტი ამჟამად მოიხმარს 100-დან 160 მგ-მდე ოქსიკონტინს ყოველდღიურად და ამ ჩვევის მატერიალურად უზრუნველსაყოფად პროსტიტუციას ეწევა. კლიენტს რეგულარულად აუპატიურებდა მამამისი 12-დან 16 წლამდე. დედა გარდაიცვალა, როცა კლიენტი 3 წლის იყო. ადრე არ უმკურნალია. ამჟამად სასამართლოში მიმდინარე საქმე არ აქვს. სამკურნალოდ თავად მოგვმართა. არ გააჩნია სტაბილური საცხოვრებელი გარემო.

B. შემთხვევის ფორმულირება: კლიენტს პატარაობიდან მძიმე ცხოვრება ჰქონდა. 8 წლის ასაკიდან ის რეგულარულად იტყუებოდა, ჩხუბობდა და ქურდობდა. 14 წლისამ დაიწყო სხვადასხვა ნარკოტიკების ავადმოხმარება, რათა საკუთარი სახლის რეალობას გაეცვოდა. დედის ადრეული სიკვდილის და მამის აბერაციული ქცევის გათვალისწინებით, ცხადი ხდება, რომ ამ ქალს არ ჰყოლია სტაბილური პოზიტიური როლური მოდელები და არ შეეძლო სტაბილური ურთიერთობების აგება. ნარკოტიკებს თავდაპირველად მოიხმარდა სიმპტომების შესამსუბუქებლად და რეალობიდან გასაქცევად, ახლა კი – დამოკიდებულების გამო.

C.

მოკლევადიანი მიზნები	ინტერვენცია	დროის ჩარჩო	საზომი	მიზანი მიღწეულია? (დიახ ან არა)
1. აკრძალული ნარკოტიკების მოხმარების დასრულება	მეთადონით ჩანაცვლება, 100 მგ თვეში	6 თვე	შემთხვევითი პრინციპით შარდის ტესტირება	
2. თერაპიული სამკურნალო ალიანსი	ინდივიდუალური კონსულტაციები კვირაში ორჯერ	6 თვე	-----	
3. გაუმჯობესებული სოციალური უნარები	უნარების ტრენინგი	6 თვე	ყოველკვირეული დასწრება	
4. კანონიერი დასაქმება	სამსახურის კლუბში შეყვანა	6 თვე	ყოველკვირეული დასწრება, სათა-დარიგო გეგმის არსებობით იმ შემთხვევისთვის, თუ 6 თვის მანძილზე არ გამოჩნდა ხელსაყრელი საშუალო	

D.

მოკლევადიანი მიზნები	ინტერვენცია	დროის ჩარჩო	საზომი	მიზანი მიღწეულია? (დიახ ან არა)
1. განგრძობადი აბსტინენცია	მეთადონი; „ანონიმი ნარკომანები“; დეტოქსიკაცია და შემთხვევითობის მართვა	1 წელი	შარდის ანალიზი	

მოკლევადიანი მიზნები	ინტერვენცია	დროის ჩარჩო	საზომი	მიზანი მიღწეულია? (დიახ ან არა)
2. სტაბილური დასაქმება	სამსახურის კლუბი	1 წელი	ანგარიშები მუშაობის შესახებ	
3. გაზრდილი ქცევით გამკლავების უნარები	ასერტულობის ტრენინგი; რელაქსაციის ტრენინგი	8 თვე	ასერტულობის სკალა; ბიოუკუკავშირის მონაცემები	
4. გაუმჯობესებული ფიზიკური მდგომარეობა	კვებაზე კონსულტაცია; ვარჯიშის რეჟიმი; ექიმთან ვიზიტები	მუდმივად	ფიზიკური კორელატები	
5. თერაპიის დასრულება	გადასვლა ყოველკვირეულიდან ორ კვირაში ერთხელ, ყოველთვიურ და გამაძლიერებელ განრიგზე	2 წელი		
<p>E. კომენტარი: კლიენტს მკურნალობის მცდელობის მიმართ ამბივალენტური დამოკიდებულება აქვს. ის სრულადაა ინტეგრირებული ნარკოტიკების მოხმარებელ კულტურაში და ვერ აღიქვამს კავშირს ნარკოტიკების მოხმარებასა და მის ამჟამინდელ პრობლემებს შორის. კლიენტს აქვს ანთისოციალური პიროვნების აშლილობა და ეს მკურნალობის პროცენტს საკმაოდ არასასიამოვნოდ წარმოაჩენს.</p>				
<p>F. განახლება (ყოველ 3 თვეში). 1 წელიწადში გეგმა თავიდან შედგება.</p>				
<p>შეფასება 1: ანგარიშები გამოყენებული იქნება ნებისმიერი ახლად მოძიებული შესაბამისი მონაცემის დასამატებლად და ახალ სტრესის ფაქტორებზე, პრობლემებზე ან წარმატებებზე კომენტარის გასაკეთებლად.</p>				
<p>შეფასება 2</p> <hr/> <hr/>				
<p>შეფასება 3</p> <hr/> <hr/>				
<p>შეფასება 4</p> <hr/> <hr/>				

**შეკითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის**

1. ამ თავის დასაწყისში ჩვენ შევხვდით ჯეიდის, უფროსკლასელ გოგონას, რომელიც ნივთიერებათა ავადმომარების კონსულტანტს ხვდებოდა პირველ ინტერვიუზე. ჯეიდის თქმით, მას არ სჯეროდა, რომ სინამდვილეში იდგა რაღაც პრობლემის წინაშე. მას მერე, რაც შეიტყო შეფასების შედეგები, მიხვდა, რომ ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებით რაღაც უნდა ეღონა. კონსულტანტი არ დაპირისპირებია მას და არ დაუძალებია მკურნალობის დაწყება, რადგან



მიაჩნდა, რომ არჩევანი გოგონას თავად უნდა გაეკეთებინა. ზოგი კონსულტანტი სხვაგვარ მიდგომას არჩევდა, დაწინებთ მოითხოვდა, რომ ჭეიდის ელიარებინა და დაეწყო მუშაობა ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე. ცხადია, რომ ამ შემთხვევასაც მედლის ორი მხარე აქვს. როგორ გგონიათ, რა იქნება ჭეიდისთვის ყველაზე უფრო მოსალოდნელი შედეგი? კონსულტანტს უფრო კონფრონტაციული მიდგომა რომ გამოეყენებინა, რამდენად შეცვლიდა ეს შედეგს? რამდენად ახდენს გავლენას ჭეიდის ასაკი თქვენს შეხედულებაზე, თუ როგორ უნდა მოპყრობოდა მას კონსულტანტი?

2. ჭეიდი თქვენი კლიენტი რომ ყოფილიყო, მის შესახებ რა დამატებითი ინფორმაციის ქონას ისურვებდით? შეფასების რა მეთოდები დაგეხმარებოდათ ამ ინფორმაციის მოპოვებაში? ამ მონაცემებს რამდენად შეიძლებოდა შეეცვალა მისი სამკურნალო გეგმა?

### ბიბლიოგრაფია

American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Text Revision* (4 th ed.). Washington, DC: Author.

Coombs, R., & Howatt, W. (2005). *The addictions counselor desk reference*. Hoboken, NJ: Wiley.

Cooney, N., Kadden, R., & Steinberg, H. (2005). Assessment of alcohol problems. In D. Donovan & G. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors* (2 nd ed.). NY: Guilford Press.

Donovan, D., & Marlatt, G. (2005). *Assessment of addictive behaviors* (2 nd ed.). NY: Guilford Press.

Lewis, J. A. (1992). Applying the motivational interviewing process. *The Family Psychologist*, 8(1), 31-32.

MacCaun, R. J. (2009). Toward a psychology of harm reduction. In G. A. Marlatt & K. Witkiewitz(Eds.), *Addictive behaviors: New readings on etiology, prevention and treatment*. Washington, DC: APA.

Miller, W. R. (2006). Motivational factors in addictive behaviors. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows and what we should do about it*. New York, NY: Guilford Press.

Moos, R. (2009). Addictive disorders in context: principles and puzzles of effective treatment and recovery. In G. A. Marlatt & K. Witkiewitz(Eds.), *Addictive behaviors: New readings on etiology, prevention and treatment*. Washington, DC: APA.

Tarter, R., & Kirisci, L., & Mezzich, A. (1999). Psychometric assessment of substance abuse. In P. Ott, R. Tarter & R. Amerman (Eds.), *Sourcebook on substance abuse: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.

## კლიენტისთვის დახმარების განევა ცვლილების განხორციელებაში

რატომღაც, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის თემაზე კონსულტაციის განევის შესახებ ჩამოყალიბდა მითი და მისგან მომდინარე საყოველთაოდ აღიარებული სიბრძნე გვაუწყებს, რომ კონსულტანტი კლიენტებს უნდობლობით და უპატივცემულოდაც კი უნდა ეპყრობოდეს. სინამდვილეში კი ის კონსულტანტები, რომლებსაც სჭერათ, რომ თერაპევტული ურთიერთობა უნდა ემყარებოდეს თანამშრომლობას, ორმხრივ ნდობას და ემპათიას, უნდა ცდილობდნენ, რომ ეს პრინციპი უცვლელად შეინარჩუნონ მაშინაც, როცა მათ წინაშე მდგარი პრობლემა ნივთიერებათა ავადმომხმარებაა. უნარები, დამოკიდებულება და მახასიათებლები, რომლებიც კონსულტანტს კლიენტის დამხმარედ აქცევს ზოგადად კონსულტაციის განევის პრაქტიკისას, სრულებით არ კარგავს აქტუალობას, როცა კლიენტს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული ჩივილები აქვს. კონსულტანტ-კლიენტის ურთიერთობის დამყარება პირველი ნაბიჯია აღდგენა/გამოჯანმრთელებისკენ მიმავალ გზაზე.

### კონსულტაციური ურთიერთობა

კონსულტანტ-კლიენტის ურთიერთობის სიძლიერე დამოკიდებულია ორ განსხვავებულ, მაგრამ ერთმანეთთან მჭიდროდ დაკავშირებულ ფაქტორზე. ესენია: (ა) ფასილიტაციის უნარები, რომლებსაც კონსულტანტი პროცესში იყენებს და (ბ) სტრატეგია, რომელსაც იგი იყენებს მოკვლევისა და ცვლილებისთვის ხელსაყრელი გარემოს შესაქმნელად.

### ფასილიტაციის უნარები

პიროვნული მახასიათებლები, რომლებიც განაპირობებს მხარდამჭერ ურთიერთობას, გულისხმობს ისეთ თვისებებს, როგორიცაა ემპათია, გულწრფელობა, უშუალობა,

სითბო და პატივისცემა. იმის მიუხედავად, რომ ეს თვისებები ხშირად ასოცირდება კლიენტზე ორიენტირებულ და პიროვნებაზე ორიენტირებულ მიდგომასთან, ისინი რეალურად თითქმის ყველა სახის წარმატებული ინტერვენციის საფუძველში დევს. წარმატებული უთიერთობის აგება აგრეთვე დამოკიდებულია კონსულტანტის უნარზე, გამოამჟღავნოს კულტურული სენსიტიურობა.

**ემპათია.** *ემპათია* აღნიშნავს ადამიანის უნარს, გაითავისოს სხვა პიროვნების განცდები, გრძნობები თუ დამოკიდებულებები. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ჩვენ გვაქვს უნარი, ჩავნვდეთ სხვის გრძნობებს, აზრებს თუ შეხედულებებს. მაგალითად, კონსულტანტი შეიძლება ისმენდეს, როგორ უხსნის კლიენტი, თუ რა უიმედოდ და უსარგებლოდ გრძნობს იგი თავს, როგორ უჭირს ცხოვრების გზაზე სიარული. ემპათიური პასუხი პირდაპირი და დამამშვიდებელი იქნება. პასუხი არ გამოხატავს, რომ კონსულტანტი განიცდის იმასვე, რასაც კლიენტი, არამედ აჩვენებს, რომ კონსულტანტი კლიენტის მიერ აღწერილი სურათის ცხად აღქმას იწყებს. ემპათიური პასუხი ამ დროს შეიძლება ყოფილიყო: „მე გავიგონე, რომ თქვით, უსარგებლო ვარ და მომავლის იმედი არ მაქვსო. ეს ნიშნავს, რომ თქვენ ძლიერ სევდიანი ხართ, ძლიერ დათრგუნვილი – გრძნობთ, რომ ამ განცდებს ვერ ერევით. სწორად მესმის სიტუაცია?“ ამგვარად, ემპათია მზრუნველობის გამოხატავა, მაგრამ ეს არ არის თანაგანცდა. რასაკვირველია, კონსულტანტს ვერ ეცოდინება კლიენტის გამოცდილება, მაგრამ მას შეუძლია, გაიზიაროს კლიენტის გრძნობები, კლიენტისავე აღქმის პრიზმაში. ემპათია აქ-და-ახლა თვისებაა და მხოლოდ მაშინაა შესაძლებელი, თუ კონსულტანტი ძლიერ ყურადღებით ეკიდება თავის კლიენტს. ის კლიენტის გვერდით უნდა იდგეს მის განცდაში. სწორად გამოვლენილი ემპათია კლიენტს ეხმარება, იგრძნოს, რომ მას გაუგეს, და ეს შეგრძნება უაღრესად მაკურნებელია ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი პიროვნებებისთვის.

ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტის გვერდით დგომის უმნიშვნელოვანესი ასპექტი გულისხმობს, რომ კონსულტანტს გაცნობიერებული აქვს ქცევის შეცვლასთან დაკავშირებული ამბივალენტობა. ნარკოტიკზე ფოკუსირებული ცხოვრების სტილის გადაცვლა გამაჯანსაღებელ სტილზე დამაფრთხობელი ნაბიჯია. კონსულტანტის ემპათია შეიძლება დაეხმაროს კლიენტს, გადადგას ის მნიშვნელოვანი ნაბიჯი, რასაც ნარკოტიკების მოხმარების დადებითი თუ უარყოფითი ასპექტების მიმართ საკუთარ გრძნობებში ღიად და დაუფარავად გარკვევის დაწყება ჰქვია.

**გულწრფელობა.** კონსულტანტის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი თვისებაა *გულწრფელობა*, რომელიც ამა თუ იმ სიტუაციაში საკუთარ თავად დარჩენის უნარს გულისხმობს. გულწრფელი კონსულტანტები ერიდებიან ყალბი როლების მორგებას და უარს ამბობენ თავდაცვის პოზიციაზე. მათი გარეგნული ქცევა ესადაგება მათ შინაგან გრძნობებს. ამგვარი ქცევა განამტკიცებს ალიანსს კონსულტანტსა და კლიენტს შორის და ზრდის მკურნალობის დაცვის ხარისხს (ანუ იმას, თუ რამდენად კარგად მიჰყვება კლიენტი თერაპიის პროცესს). გულწრფელობა ბუნებრივი მდგომარეობაა, მაგრამ კონსულტანტს შეიძლება სჭირდებოდეს, განზრახ გამოიმუშაოს ამ თვისების მოხმარების ჩვევა. კონსულტანტის მზადყოფნა, იყოს გულწრფელი, თავის მხრივ გავლენას ახდენს კლიენტთან ურთიერთობაში არსებულ ნდობაზე და განიცდის კიდევაც მისგან გავლენას. კონსულტანტებს ხშირად უჭირთ გულწრფელობის შენარჩუნება, როდესაც კლიენტს არაპატიოსნებას და მანიპულირების სურვილს ატყობენ. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტებთან, რომლებიც მიჩვეულები არიან, რომ მათ, როგორც წესი, ამ უარყოფით ჭრილში აღიქვამენ, პატიოსანი და პირდაპირი ურთიერთობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია.

გულწრფელობის ამ კონტექსტში ზოგჯერ შეიძლება მართებული იყოს, რომ კონსულტანტი თავად გაეხსნას კლიენტს. გახსნა ნიშნავს კონსულტანტის მხრიდან კლიენტისთვის პირადი გამოცდილების, გრძნობების და შეხედულებების გაზიარებას

– ოღონდ მხოლოდ, კლიენტის ინტერესებიდან გამომდინარე. ეს ძალიან ძლიერი იარაღია და ზოგჯერ შეიძლება თერაპიულის საპირისპირო ეფექტი გამოიწვიოს. კონსულტანტმა ამ ხერხს არასოდეს უნდა მიმართოს საკუთარი განვითარების მიზნით. იმისათვის, რომ ეს ტექნიკა სასარგებლო აღმოჩნდეს, იგი კონკრეტულ, არსებულ სიტუაციას უნდა იყოს მორგებული. ამას შეიძლება მიმართო მხოლოდ მაშინ, თუ კლიენტს შეუძლია, მიიღოს კონსულტანტის მიერ გადაცემული ინფორმაცია და მკურნალობის მიზნის სასარგებლოდ გამოიყენოს იგი.

სათანადოდ გახსნამ შეიძლება გაზარდოს კლიენტის თვითშეფასება – რაკი ის თავს ნაკლებად ეულად, ნაკლებად პათოლოგიურად აღიქვამს და იგრძნობს, რომ უკეთ შეუძლია ცხოვრების აღმართ-დაღმართებთან გამკლავება. ამას გარდა, შესაძლოა, ამ ტექნიკამ უფრო გაათანასწოროს კლიენტ-კონსულტანტის ურთიერთობა, აქედან გამომდინარე, გააძლიეროს თერაპიული ალიანსი და გააუმჯობესოს მკურნალობის შედეგები. თვითგახსნის მნიშვნელობის აღიარება არ ნიშნავს, რომ კონსულტანტს აუცილებლად უნდა ჰქონდეს იმ პრობლემებთან შეხვედრის გამოცდილება, რომელთა წინაშეც კლიენტი დგას. ეს მხოლოდ გულისხმობს, რომ პირად საფიქრალთან დაკავშირებული გრძნობების და შეხედულებების გაზიარებით კონსულტანტი შესაძლოა ზოგჯერ კლიენტს დაეხმაროს.

**უშუალობა.** *უშუალობა*, გულწრფელობის მსგავსად, გულისხმობს კონსულტანტსა და კლიენტს შორის ნამდვილი გრძნობების აქ და ახლა არსებობას. იდეალურ შემთხვევაში, კონსულტანტი და კლიენტი განუწყვეტლივ, პატიოსნად და დაუფარავად უზიარებენ ერთმანეთს, თუ რა ხდება მათ შორის. ეს ტექნიკა კლიენტის ყურადღების ფოკუსში აქცევს რეალობას და ძალიან ეფექტიანია კონსულტაციის პროცესის მუდმივ მოტივობაში შესანარჩუნებლად. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტებთან მუშაობისას კონსულტანტი უნდა ეცადოს, პროცესი მუდამ ფოკუსირებული იყოს და გვიდან არ უხვევდეს. ამაში მას უშუალობის თვისება ეხმარება.

**სითბო.** *სითბოს* გამომჟღავნებაც გულწრფელობას უკავშირდება. ეს თვისება, როგორც წესი, გამოვლინდება არა სიტყვიერად, არამედ ისეთი ქცევებით, როგორიცაა ღიმილი და თავის დაქნევა. ამგვარი პასუხი ამჟღავნებს, რომ კონსულტანტიც ადამიანია, და აძლიერებს კლიენტის ადამიანური მხარეების გამოვლინებას. სითბო გულღიანობის და გახსნილობის ნიშანია და ის კლიენტებს აგებინებს, რომ კონსულტანტი, სულ ცოტა, პოზიტიურად გამოეპასუხებათ, როდესაც ამის საჭიროება იქნება. კონსულტანტის მიერ სითბოს გამომჟღავნება აუმჯობესებს მკურნალობის ხარისხს, უღვიძებს რა კლიენტს შეგრძნებას, რომ მისი პიროვნება მიიღეს. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტები იმსახურებენ იმას, რომ მათ სითბოთი და პატივისცემით მოეპყრან, იმ ფაქტის მიუხედავად, რომ მათი ადრინდელი ქცევები შეიძლება მიუღებელი იყოს კონსულტანტის ფასეულობათა სისტემის მიხედვით.

**პატივისცემა.** *პატივისცემა* გულისხმობს კონსულტანტის უნარს, მიიტანოს კლიენტამდე ის აზრი, რომ მათ აქვთ რთულ გარემოში თავის გატანის ძალა, რომ საკმარისად გონიერები და საკმარისად თავისუფლები არიან საიმისოდ, არჩევანი საკუთარი შეხედულებისამებრ რომ გააკეთონ და თერაპევტული გადაწყვეტილების მიღების პროცესში ჩაერთონ. ასეთი გზი აძლიერებს კლიენტს და იწყებს კონტროლის და პასუხისმგებლობის ფოკუსის შინაგან ორიენტაციაზე დაბრუნების პროცესს. როდესაც კონსულტანტი კლიენტს პატივისცემით ეპყრობა, ის ამით იძლევა ცხად მინიშნებას, რომ მოელის მისგან საკუთარ ქცევაზე პასუხისმგებლობის აღებას.

კლიენტის მიმართ პატივისცემის გამჟღავნების ერთ-ერთი ხერხია, კონსულტანტი მას მოეპყრას, როგორც პიროვნებას, რომელსაც აქვს ძალა, საკუთარ ცხოვრებაში

ცვლილება მოახდინოს. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტები წარსულში ხშირად ექცეოდნენ წნეხის ქვეშ, მიეღოთ საკუთარი პრობლემის ის განსაზღვრება, რომელსაც მკურნალობის უზრუნველყოფელი სპეციალისტი აყალიბებდა, და დაჰყოლოდნენ სხვის მიერ შედგენილ მკურნალობის გეგმას. ერთ-ერთი გზა, რომლითაც შეიძლება, დავებმართო კლიენტს, გადადგას ნაბიჯები პასუხისმგებლობითი ქცევისკენ, არის ის, რომ მოვეპყრათ მას ისევე, როგორც მოვეპყრობოდით ნებისმიერ პასუხისმგებლობის გრძობის მქონე, უნარიან ზრდასრულ ადამიანს. არამოჩვენებითი პატივისცემით მოპყრობა ადამიანებს ძალას მატებს, რადგანაც ნაახალისებს მათ, ირწმუნონ, რომ შეუძლიათ პოზიტიური ცვლილების მოხდენა.

**კულტურული სენსიტიურობა.** კონსულტატიური ურთიერთობის განვითარების პროცესში პატივისცემა და კულტურული სენსიტიურობა ერთმანეთის გვერდიგვერდ დგანან. იმისათვის, რომ შეიქმნას სასარგებლო ურთიერთობის გარემო, კონსულტანტმა უნდა გამოამჟღავნოს განსხვავებების გადალახვის უნარი.

ნებისმიერ გარემოში კონსულტაციაზე მოსული კლიენტები ძლიერ განსხვავდებიან ერთმანეთისგან მათი მოლოდინების თუ კონსულტანტის მიმართ მათი ნდობის ხარისხის თვალსაზრისით. კონსულტანტს არ უნდა გაუკვირდეს და შეურაცხყოფილი არ უნდა დარჩეს, თუ ჩაგრული ჯგუფის წარმომადგენელი კლიენტი მის და კონსულტაციის პროცესის მიმართ უნდობლობას ამჟღავნებს.

ამ ადამიანთა უმრავლესობას თუკი როდისმე რამე სახის კონსულტაცია მიუღია, ეს იყო სოციალური კეთილდღეობის სამსახურის რომელიმე კულტურულად არასენსიტიურ აგენტთან შეხვედრის იძულებითი – და არა ნებაყოფლობითი – გამოცდილება. ამას გარდა, კონსულტაციის პროცესი ხშირად ამა თუ იმ დანაშაულს მოსდევდა ხოლმე. როგორც წესი, ორივე ასეთ სიტუაციაში კონსულტაციის მიზანი არის არა განვითარების მიღწევა, არამედ განკურნება ან დასჯა. ამიტომაც, რომ განსხვავებული კულტურული ფონის მქონე ბევრი ადამიანი კონსულტაციას აღიქვამს, როგორც პროცესს, რომელსაც გაბატონებული საზოგადოება მოიხმარს, რათა ძალდატანებით აკონტროლოს მისი ცხოვრება და კეთილდღეობა (Coombs and Howatt, 2005).

უნდობლობა, რომელიც ხალხს აქვს ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სისტემების მიმართ, რბილად რომ ითქვას, მწვავდება მაშინ, როცა საქმე წარკოტიკებთანაა დაკავშირებული. თუმცა სიმართლეა ის, რომ კონსულტანტმა უნდა შეცვალოს თავისი კლიენტის ეს წარმოდგენა, იმისათვის, რომ მის ინტერვენციას თერაპიული ეფექტი ჰქონდეს, მაგრამ ისიც მართალია, რომ ამ წარმოდგენის შეცვლის საუკეთესო გზა გახლავთ იმ რეალობის შეცვლა, რომელსაც ეს წარმოდგენები ეფუძნება. ეს დიდ მოთმინებას მოითხოვს, მაგრამ კონსულტანტმა ამ საკითხებზე მუშაობისას პატივისცემა და დაინტერესება უნდა გამოამჟღავნოს.

კულტურულად სენსიტიური კონსულტანტები აცნობიერებენ იმასაც, რომ ბევრი კულტურული ტრადიციისთვის უცხოა პროფესიონალისგან დახმარების მიღების აქტი.

თუმცა ძალიან ძნელია ზოგადი მსჯელობა ჯგუფურ მსგავსებებზე და განსხვავებებზე ფსიქოთერაპევტული ურთიერთობების მიმართ, სასარგებლოა გავიაროთ, რომ განურჩევლად ყველა კულტურულ ჯგუფში ზოგ კლიენტს კონსულტაციაზე სრულიად განსხვავებული რეაქცია აქვს და ეს მათი კულტურული გამოცდილებითაა გამოწვეული. ბევრი კლიენტისთვის თვითანალიზის და თვითგახსნის იდეა უდიდესი შფოთვის გამომწვევია (Coombs and Howatt, 2005).

მთელი კონსულტატიური პროცესი ღრმავდება და ძლიერდება, თუ კონსულტანტს აქვს სურვილი, გაზარდოს კლიენტების კომფორტი მათზე თავისი მეთოდების და სტილის ინდივიდუალურად მისადაგებით.



## სვლილქაისთვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნის სტრატეგიები

მას შემდეგ, რაც განვითარებას იწყებს კონსულტანტ-კლიენტის ურთიერთობები, კონსულტანტმა უნდა იზრუნოს ისეთი დაცული სიტუაციის შექმნაზე, რომელიც კლიენტს გახსნილი ურთიერთობისთვის ნააქვებებს. პროცესის ამ ეტაპზე უპირველეს მნიშვნელობას იძენს კომუნიკაციაზე გამოწვევის და ყურადღებით მოსმენის უნარები.

**შესავალი.** შესავალი და ღია კითხვებზე პასუხის გაცემაზე იმისათვისაა განკუთვნილი, რომ კონსულტანტმა კლიენტი აქტიური გამოკვლევის დაწყებაზე ნააქვზოს. კონსულტანტმა შესაძლოა გამოიყენოს შესავალი, როგორც საშუალება – კლიენტისგან მეტი ინფორმაციის მისაღებად მისი პრობლემის შესახებ ან იმისათვის, რომ კლიენტს თავი უფრო კომფორტულად აგრძნობინოს, როდესაც იგი თავის სპეციფიკურ სიტუაციაზე ყვება. ამ მიზნით გამოყენებული შესავალი უბრალოდ „ხელის წაკვრა“ კლიენტისთვის, რომელიც მას ნააქვებებს, განაგრძოს გამოკვლევა ან განავრცოს თემა. უბრალო გამონათქვამები, როგორცაა: „შეგიძლიათ, ამაზე კიდევ რამე მითხრათ?“ ან: „დარწმუნებული არ ვარ, რომ სწორად გავიგე. შეგიძლიათ, ამ საკითხზე დამატებით მელაპარაკოთ?“ განსაკუთრებით გამოსადეგია, თუ გვსურს, კლიენტმა პრობლემის უფრო დაწვრილებითი სურათი დახატოს – როგორც საკუთარი თავისთვის, ასევე კონსულტანტისთვისაც.

**პერიფრაზი.** პერიფრაზირებისას კონსულტანტი იღებს, რაც კლიენტმა თქვა, და საკუთარი სიტყვებით გადმოსცემს მას, უფრო ცხადი და დანაწევრებული ფორმით. ეს ტექნიკა ამცირებს კლიენტის ნათქვამის დაფანტულ ან თავდაცვით ეფექტებს და აძლიერებს თერაპიულ ურთიერთობას, ხელს უწყობს კონსულტირების პროცესს. ხელახლა ჩამოყალიბებას ხშირად „პერიფრაზირებად“ მოიხსენიებენ და ეს პროცესი კლიენტს უჩვენებს, რომ კონსულტანტი ყურადღებას აქცევს კლიენტს, ზრუნავს მასზე და მნიშვნელოვან პიროვნებად მიაჩნია. ამას გარდა, ეს პროცედურა კლიენტს საკითხში არკვევს და ხელს უწყობს მის ზრდას. დავეუშვათ, კლიენტი ამბობს: „ყველა მეუბნება, რომ სმა ჩემი პრობლემაა. მე ასე არ მგონია და ალბათ, ჯობია, ჩემს ოჯახს ელაპარაკოთ. პრობლემა იმათ აქვთ – მე კი არა!“ თერაპევტს შეუძლია, გააიოლოს კომუნიკაცია და წინსვლა შემდეგი პასუხით: „როგორც ჩანს, განუხებთ წნეხი ირგვლივმყოფთა მხრიდან და თქვენ თავად არ მიგაჩნიათ, რომ რამე პრობლემა გაქვთ. თქვენს ოჯახს რომ დავლაპარაკებოდი, ეს რით დაგეხმარებოდათ?“ ამგვარი პასუხი არ არის დამაფრთხობელი და უაღრესად ძალის მიმცემია. ეს გახლავთ კონსულტანტ-კლიენტის ურთიერთობის არსებითი კომპონენტი, რომელიც იძლევა საჭირო სტრუქტურას და, აქედან გამომდინარე, გაზრდილ ინსაიტს და უკეთეს სამკურნალო შედეგებს.

**რეფლექსია.** რეფლექსური მოსმენის ტექნიკა, ანუ კლიენტის კოგნიტური თუ ემოციური ნათქვამის გამეორება აიოლებს კომუნიკაციას, კლიენტს უჩვენს გრძნობას, რომ მას გაუგეს, და აღრმავებს კონსულტანტ-კლიენტის ურთიერთობას. ამ თვალსაზრისით კონსულტანტი შეიძლება მივიდეს გადაწყვეტილებამდე, რომ თვითონ სარკვესავით უნდა აირეკლოს ის, რასაც კლიენტი გრძნობს ან რაც მან თქვა თუ გაიფიქრა. თუ კონსულტანტი გადაწყვეტს, არ გამოიყენოს რეფლექსიის ტექნიკა, ჩნდება რისკი, დროზე ადრე შეწყდეს კონსულტაციური ურთიერთობა, ჩიხში შევიდეს თერაპიული პროცესი, კლიენტი იმედგაცრუებული ან დაბნეული დარჩეს, ანუ ზოგადად, ფუჭად გაიფლანგოს კლიენტის დრო. და პირიქით, ამ ტექნიკის გამოყენება აჩქარებს პროცესს, ამბობს კლიენტის თვითშეფასებას, აღრმავებს კონსულტანტ-კლიენტის ურთიერთობას და ზოგადად, აუმჯობესებს თერაპიულ შედეგს. ქვემოთ მოყვანილი ალკოჰოლის მოხმარების პრობლემის მქონე ქალის ნათქვამზე კონსულტანტის პასუხის მაგალითი:

**კლიენტი:** რამდენჯერაც კი დავფიქრდები, რომ ვსვამ, მინდება, სორომი შევძვრე და ვიტყო. ზოგჯერ ვფიქრობ, ის ჯობს, სმა გავაგრძელო-მეთქი – იქნებ ასე, მალე მაინც მოვკვდე.  
**კონსულტანტი:** თქვენი ნათქვამიდან ჩანს, რომ თქვენ უზომოდ გრცხვენიათ ალკოჰოლის მოხმარების გამო. როგორც ჩანს, თავს ძალიან უიმედოდ და დათრგუნვილად გრძნობთ.

ამ თერაპევტმა სარკესავით აირეკლა კლიენტის გრძნობები და საფარველი ახადა მის ფიქრის პროცესს. ეს საუბარი კლიენტს აძლევს საშუალებას, ხმა მიაწვდინოს და აძლევს მტკიცე გრძნობას იმისა, რომ მისი ნათქვამი გაიგონეს. თერაპიის პროცესმა წინ წაიწია და კლიენტთან ურთიერთობა გაღრმავდა. კონსულტანტმა შეიძლება აირეკლოს კლიენტის გრძნობები ან აზრები. რეფლექსიის ორივე ფორმა ემსახურება მკურნალობის წინსვლას და უბიძგებს უწყვეტი პროგრესისკენ.

**ბამოკითხვა.** *გამოკითხვა* კონსულტანტს აძლევს საშუალებას, ცხადად განსაზღვროს კლიენტის საჭიროებები, გრძნობები და შეხედულებები. ის აადვილებს იდეების განვრცობას, თერაპიულ ზრდას და თვითშემეცნებას. გამოკითხვა არ უნდა იყოს გამოყენებული უსაფუძვლოდ ან მხოლოდ დროის შესავსებად. ზედმეტად გაჭიანურებული გამოკითხვა უკან ხევს პროცესს. დამხმარე გამოკითხვას შეუძლია, კლიენტს ეფექტიანად აუხილოს თვალი, გათიშოს ხელშემშლელი თავდაცვითი მექანიზმები და თერაპიული პროცესი გადაიყვანოს უფრო ღრმა და შინაარსიან დონეებზე. როგორც წესი, მეტი სარგებლის მომტანია შეკითხვები: „რა?“ ან „როგორ?“. თუმცა, „რატომ?“ შეკითხვა მოიცავს სწორ/არასწორის დიქტომიას, აქვებებს ისეთი დამცავი მექანიზმების გამოყენებას, როგორცაა ინტელექტუალიზაცია, რაციონალიზაცია და უარყოფა და ზოგადად აფერხებს კონსულტირების სარგებელს. შეადარეთ კითხვების ეს სამი ტიპი:

**კონსულტანტი:** რა არის ალკოჰოლის მოხმარებაში ისეთი, რაც მნიშვნელოვანია თქვენთვის?  
**კონსულტანტი:** როგორ გრძნობას გიჩენთ ალკოჰოლის მოხმარება?  
**კონსულტანტი:** რატომ სვამთ?

თვალსაჩინოა, რომ „რა?“ და „როგორ?“ კითხვები არ არის განმკითხველი და მოსალოდნელია, რომ მათ ხელი შეუწყონ გახსნილ კომუნიკაციას. შეკითხვა „რატომ?“ კი გამკიცხავად და ლამის ბრალმდებლურად ჟღერს. ის კლიენტს მაშინვე დაბავს და მოსალოდნელია, რომ მრავალგზის გამეორებული უარყოფის და რაციონალიზაციის მეტს შედეგად ბევრს არაფერს მოიტანს.

კითხვებიც შეიძლება იყოს ან პირდაპირი ან, რაც უფრო ეფექტიანია, ღია პასუხებს მოითხოვდეს. ღია კითხვები განავრცობს თერაპიულ პროცესს და ეხმარება კლიენტს კომუნიკაციის თავისუფლად მიმდინარე პატერნის შემუშავებაში. ასე რომ, კონსულტანტი სწორად მოიქცევა, თუ თავს აარიდებს ამ ტიპის შეკითხვებს: „გინდათ, რომ მოკვდეთ?“ და მის ნაცვლად იკითხავს: „რა სიძნელე მოგვარდება, თავს თუ მოიკლავთ?“ სენსიტიურად და თერაპიულად სწორად ჩატარებული გამოკითხვა დაეხმარება კლიენტის გაზრდას და დაინყებს ქცევისა და „მეს“ ერთმანეთისგან გაცალკევების პროცესს. ეს ხელს შეუწყობს მსჯელობას და ამავდროულად, საკუთარი თავის მიმდებლობას, გულახდილობას და გულწრფელობას.

**დუმილი.** აქამდე ჩვენ მიერ ნახსენები ყველა მეთოდი გამიზნული იყო იმისათვის, რომ გამოეწვია კლიენტი - რომ სწორედ ის და არა კონსულტანტი ყოფილიყო ძირითადი მოსაუბრე. ჩამოთვლილი მეთოდების ოსტატურად გამოსაყენებლად კონსულტანტს დასჭირდება, ისწავლოს, როგორ იგრძნოს თავი კომფორტულად სიჩუმის ჩამოვარდნის დროს. შეიძლება, უცნაური გეჩვენოთ *დუმილზე*, როგორც უნარზე, ლაპარაკი, მაგრამ კონსულტანტმა მართლაც უნდა გამოიმუშაოს სიჩუმის ეფექტიანად გამოყენების ცოდნა. სათანადო დროს გამოყენებული დუმილი აიოლებს ინტროსპექციას და თერაპიული დისონანსის (შფოთვის) გამომწვევას. კონსულტანტები

ზოგჯერ მიიჩნევენ, რომ დუმილი ტაბუა და უკუნაჩვენებია „სასაუბრო თერაპიის“ დროს. ეს სიმართლეს არ შეესაბამება და ანდაზა, რომ „დუმილი ოქროა“, იოლად შეიძლება გადაკეთდეს და ითქვას, რომ დუმილი ძალაა.

**კომბინირებული რესტრუქტურირება.** კლიენტის მიერ საკუთარ თავზე მეტი ინფორმაციის გაზიარების კვალად კონსულტანტს შეუძლია, დაიწყოს კომუნიკაციის ხარისხის გაღრმავება. ამ მხრივ, ძალიან გამოსადეგია კიდევ ერთი საბაზისო კონსულტატიური ტექნიკა – *კოგნიტური რესტრუქტურირება*. ის კლიენტს პერიფრაზის საშუალებას აძლევს – ხელახლა გამოთქვას საკუთარი რწმენა და იდეები, ოღონდ იმგვარად, რომ ისინი უფრო მეტად წარმოსახავდეს რეალობას – ფანტაზიის საპირისპიროდ. მაგალითად, კლიენტი, რომელიც აცხადებს: „მე არ შემიძლია ჩემი ქცევის შეცვლა“, კონსულტანტმა უნდა წააქეზოს, რომ მან თქვას: „მე არ ვინდომებ ჩემი ქცევის შეცვლას“. ასე ნათქვამი უფრო ზუსტად ასახავს რეალობას და კლიენტს უბიძგებს ინიციატივის აღებისკენ, რადგან ასე იწყებს ის საკუთარი ქცევის „ფლობას“. კლიენტის ასე ნათქვამი („ზოგ ადამიანს არ მოვწონვარ“ ჩაანაცვლებს „ყველას ვეჭავრები“-ს) უფრო ნაკლებად დამთრგუნველი იქნება და, შედეგად, თერაპიულ ურთიერთობაში მათთან გამკლავება გაიოლდება. არსებითად, ეს ტექნიკა გამოიყენება იმის უზრუნველსაყოფად, რომ კლიენტის აღქმები, ემოციები და ქმედებები უფრო რაციონალური იყოს. კოგნიტური რესტრუქტურირების ხელშესაწყობად კონსულტანტმა უნდა ასწავლოს კლიენტს, საკუთარი აზრებისა და გრძობების შესაფასებლად საკუთარ თავს ეს კითხვები დაუსვას:

- ამ სიტუაციაში ამგვარად აზროვნება უტყუარ ფაქტს ეფუძნება თუ ფანტაზიას?
- ამ სიტუაციაში ამგვარად აზროვნება თუ დამეხმარება, დავიცვა ჩემი სიცოცხლე ან ჯანმრთელობა?
- ამგვარად აზროვნება დამეხმარება თუ ხელს შემოშლის მოკლე- და გრძელვადიანი მიზნების მიღწევაში?
- ამგვარად აზროვნება თუ დამეხმარება სხვებთან კონფლიქტის თავიდან არიდებაში?
- ამგვარად აზროვნება თუ დამეხმარება, შევიგრძნო ის ემოციები, რაც მინდა, რომ შევიგრძნო?

ამგვარი კოგნიტური რესტრუქტურირება შეასუსტებს კლიენტის მიერ საკუთარ თავზე ნეგატიურ გამონათქვამებს, ნეგატიურ წინასწარმეტყველებებს, უიმედობას, შფოთვას და შიშს, და გააძლიერებს რეალისტურ აღქმას, პოზიტიურ წარმოდგენას საკუთარ თავზე და თვითშეფასებას. მუდმივად უნდა მიექცეს ყურადღება, თუ რას ამბობს კლიენტი და დააბრუნოს ხოლმე უკან, რეალობისკენ.

**კონფრონტაცია.** წარსულში ზოგ მკურნალს მიაჩნდა, რომ *კონფრონტაცია* იყო ის ერთადერთი უნარი, რომელიც მათ სჭირდებოდათ. ღია დაპირისპირება შეიძლება იყოს ძლიერი იარაღი კლიენტის ასამოძრავებლად, მაგრამ ის ეფექტური შეიძლება გამოდგეს მხოლოდ უკვე არსებული მყარი დამხმარე ურთიერთობის კონტექსტში და მხოლოდ მაშინ, როდესაც კლიენტი მზადაა მის მისაღებად. ამ კონტექსტში, კონფრონტაცია მაშინ უნდა იქნეს გამოყენებული, როდესაც კონსულტანტი აღიქვამს შეუსაბამობას კლიენტის სიტყვასა და მის განცდებს შორის, მის ახლანდელ ნათქვამსა და ადრე ნათქვამს შორის, ან მის ნათქვამსა და ფაქტობრივ ქცევას შორის. არსებობს კონფრონტაციის ხუთი ტიპი:

1. გამოცდილებით
2. სიძლიერით
3. სისუსტით
4. ქმედებით
5. ფაქტებით

გამოცდილებით კონფრონტაცია ხდება მაშინ, როდესაც კლინიკი ამბობს ერთს, მაგრამ კონსულტანტის აღქმით, გრძობს სხვა რამეს. სიძლიერით კონფრონტაციის დროს კლინიკი აცხადებს, რომ სუსტი და უმწეოა, კონსულტანტი კი მას მიუთითებს ამ განცხადებასა და კლინიკის რეალურ უნარს შორის შეუსაბამობაზე, და ამით აძლიერებს მას. მეორე მხრივ, სისუსტით კონფრონტაცია გამართლებულია მაშინ, როცა კლინიკი უარზეა, აღიაროს მტკივნეული განცდები და მოუწყვლადობის ფასადს იფარებს. კონსულტანტი წააქეზებს კლინიკს, მოიშოროს ეს დამცავი პოზა, რათა ნამდვილი გრძობების გამოჩენის შესაძლებლობა მიეცეს. ქმედებით კონფრონტაცია სასარგებლოა მაშინ, როცა კლინიკი ჩაფლულია უმწეობაში, კონსულტანტი კი აქტიურად უბიძგებს მას ქმედებისკენ, რათა დაასრულოს ის ამოცანა, რაც მნიშვნელოვანია წარმატებისთვის. და ბოლოს, ფაქტებით კონფრონტაციაა, როცა კონსულტანტი კლინიკს უჩვენებს, რომ მისი შეხედულებები მითს ან არასწორ ფაქტებს ემყარება. ასეთი შესაძლებლობა ხშირად ჩნდება ხოლმე ტიპურ კლინიკურ პრაქტიკაში და კონსულტანტებს ვურჩევთ, ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლინიკებს გააცნონ ფაქტები მათ მიერ მოხმარებული ნივთიერებების და მათ წინაშე წამოჭრილი პრობლემების შესახებ.

ყველა ამ სიტუაციაში კონფრონტაცია საცდელად უნდა იქნეს გამოყენებული. საკუთარი ცხოვრების სპეციფიკურობის თავად კლინიკები არიან. კონსულტანტის შეთავაზების მიღება-უარყოფა თავად მათი გადასაწყვეტი უნდა იყოს.

ამ ბაზისური უნარების გამოყენება გააღრმავებს კონსულტანტ-კლინიკის ურთიერთობას და გააუმჯობესებს მკურნალობის შედეგებს. ეს ტექნიკები პრაქტიკას მოითხოვს და არ შეიძლება მათი ნებისმიერად გამოყენება. კონსულტანტი არ უნდა ეყრდნობოდეს მხოლოდ ერთ რომელიმე მეთოდს, არამედ უნდა გამოიყენოს სხვადასხვა ტექნიკა, ერთმანეთთან შეთანხმებულად და მხოლოდ მაშინ, როდესაც ეს კლინიკისთვის საჭიროა.

## ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქსევის შეწყვეტა

კლინიკები უზრუნველყოფილი უნდა იყვნენ ისეთი სამკურნალო გეგმით, რომელიც იმუშავებს როგორც ნივთიერებათა მოხმარებაზე, ასევე მასთან დაკავშირებულ სხვა საკითხებზეც. თუმცა მიგვაჩნია, რომ კლინიკს საუკეთესო პროგრესი მაშინ ექნება, თუ კონსულტანტი შეძლებს, დაეხმაროს, რომ მან მთელი ძალისხმევა უშუალოდ ნარკოტიკების მოხმარების ქცევაზე მიმართოს. ამ პარაგრაფში განხილულია ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლინიკებთან გამოსაყენებელი სპეციფიკური ტექნიკები, რომლებიც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქცევის შეწყვეტის მიზნითაა შექმნილი. ამ ტექნიკათა ეფექტიანად გამოსაყენებლად კონსულტანტი ისევ თავდაპირველ შეფასებას უნდა მიუბრუნდეს. ამ გზით ის შეძლებს სპეციფიკური ტექნიკის (მაგ., რელაქსაციის ტექნიკის) შერჩევას იმ სპეციფიკურ ჩივილებზე სამოქმედოდ, რომლებიც თავდაპირველი შეფასებისას იქნა გამოვლენილი (მაგ., შფოთვა).

ყველა კლინიკი უნიკალურია და აქვს უნიკალური პრობლემები, რომლებსაც ინდივიდუალური მიდგომა და მკურნალობა სჭირდება. იარლიყი „ალკოჰოლზე დამოკიდებული“ ან „ოპიოიდზე დამოკიდებული“ მკურნალობის გეგმას ვერ განსაზღვრავს. მაგალითად, ბარბიტურატიტ გამონვლეული პრობლემის მქონე ყველა კლინიკისთვის არ არის საჭირო ასერტულობის ტრენინგის ან რელაქსაციის ტრენინგის გავლა, ან „ანონიმ ნარკომანებთან“ გადამისამართება; არამედ თითოეულს უნდა მიეცეს დანიშნულება იმ სპეციფიკური პრობლემისთვის, რომელიც მას აღენიშნება. ამ ნაწილში აღწერილია რამდენიმე ტექნიკა, რომლებიც ხელს უწყობს ნივთიერებათა მოხმარების ქცევის შეცვლას.



## ბალალი რისკის სიტუაციის განსაზღვრა და მასთან გამკლავება

მრავალმხრივი შეფასება იძლევა საფუძველს, რომელსაც შეიძლება დაეყრდნოს ეფექტიანი კონსულტაცია. პიროვნების მიერ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ფუნქციური ანალიზი იძლევა ზოგ ისეთ ინფორმაციას, რომელიც საჭირო იქნება როგორც კონსულტანტისთვის, ასევე კლიენტისთვის, რათა შეძლოს იმ ქცევის შეწყვეტა, რომელზეც იმუშავდ მუშაობენ. როდესაც კლიენტს ვაცნობიერებელი აქვს სიტუაცია, რომელმაც შეიძლება, მისთვის ნივთიერებათა მოხმარების ტრიგერად იმუშაოს, მან შეიძლება ამ სიტუაციებთან გასამკლავებლად განსხვავებული და უფრო ეფექტიანი გეგმები დააწყოს. კეროლი (Carroll, 1998), რომელიც აღწერს ფუნქციური ანალიზის გამოყენებას კოკაინის მოხმარებელ კლიენტებთან, გვთავაზობს, რომ კოკაინის მოხმარების დეტერმინანტები განისაზღვროს ხუთ დომენში: სოციალურ, გარემოსთან დაკავშირებულ, ემოციურ, კოგნიტურ და ფიზიკურ დომენებში. სოციალურ დომენში კლიენტი უნდა ჩაუფიქრდეს ისეთ ფაქტორებს, როგორცაა: ვისთან ერთად ატარებს დროს, ვისთან ერთად მოიხმარს ნარკოტიკებს, და მისი ურთიერთობები და სოციალური წრე როგორ ურთიერთქმედებს მის მიერ ნარკოტიკების მოხმარების ქცევასთან. გარემოს დომენის დეტერმინანტები უკავშირდება კლიენტის მიერ ნარკოტიკის მოხმარებასთან ასოცირებულ გარე მინიშნებებს, მათ შორის – კონკრეტულ დროსა და ადგილებს. ემოციური დეტერმინანტები მოიცავს ნეგატიურ და პოზიტიურ ემოციურ მდგომარეობებს, რომლებიც ნივთიერებათა მოხმარებას უკავშირდება. კოგნიტური დომენი გულისხმობს აზრებს, რომლებიც ხშირად უძღვის წინ კოკაინის მოხმარებას. და ბოლოს, ფიზიკური დომენი მოიცავს კონკრეტულ ფიზიკურ მდგომარეობებს ან შეგრძნებებს, რომლებიც წინ უძღვის ნივთიერებათა მოხმარებას.

კლიენტმა შეიძლება განსაზღვროს ეს სიტუაციები ან ყოველდღიური დაკვირვების გზით, ან წარსული გამოწვევების შეკრების მეშვეობით. კიდევ ერთი ალტერნატივა გახლავთ ისეთი ინსტრუმენტების გამოყენება, როგორცაა *ალკოჰოლის მოხმარების სიტუაციების კითხვარი*, რომელიც ეხმარება პიროვნებას, კატეგორიულად დააღაგოს ის შემთხვევები, რომლებიც ნივთიერებათა მოხმარების ყველაზე მაღალი რისკის წინაშე აყენებს. როდესაც კლიენტი ამ სიტუაციებს განსაზღვრავს, მას უკვე შეუძლია შემდეგი ნაბიჯი გადადგას – შეარჩიოს და გამოიყენოს მათი მოსაგვარებელი გამკლავების სტრატეგიები. კლიენტმა შეიძლება არჩიოს, თავი აარიდოს გარკვეულ სიტუაციებს, რომლებიც იმ მომენტში მეტისმეტად რთულად დასაძლევია ეჩვენება; მას შეუძლია, თანდათან აინაცვლოს სიტუაციების იერარქიის კიბეზე; ჯერ მოაგვაროს ისინი, რომლებიც ნაკლებად რთული ეჩვენება, შემდეგ კი გადაინაცვლოს უფრო და უფრო რთულზე. კლიენტს შეუძლია, წინასწარ მოემზადოს მოსალოდნელი სიტუაციებისთვის, დაგეგმოს მათი თავიდან არიდების ან მათთან გამკლავების სტრატეგიები.

ზოგადად, კლიენტის მიერ შერჩეული აქტიური გამკლავების სტრატეგიები შეიძლება მოთავსდეს ან კოგნიტურ, ან ბიჰევიორულ კატეგორიაში (Miller & Brown, 2009). კოგნიტური გამკლავების სტრატეგიებში შედის, მაგალითად, საკუთრივ გაცხადებული პირობა (self-statement), რასაც კლიენტი იყენებს, როგორც შემახსენებელს, რომ გადანყვეტილება აქვს მიღებული, ან როგორც სიტუაციის ხელახლა შეფასების ხერხს. ბიჰევიორული მეთოდები გულისხმობს ალტერნატიული ქცევების დასწავლას ან ისეთი უნარების გამოყენებას, როგორცაა ასერტულობა, რაც ამ თავში შემდგომ უფრო დეტალურადაა განხილული. ყველა კლიენტისთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს საკმარისი ალტერნატიული გამკლავების უნარები, რათა მას გააჩნდეს არჩევანი გამოწვევების წინაშე დადგომისას. კონსულტანტს შეუძლია, ინსტრუქციებით, მოდელირებით, ბიჰევიორული რეპერტივით და საშინაო დავალებების მიცემით დაეხმაროს კლიენტს გამკლავების მექანიზმების რეპერტუარის გაზრდაში. გამკლავების ქცევების გაძლიერების კიდევ ერთი გზა გახლავთ დათქმების შეთანხმება, რომელიც მოგვიანებით ასევე განიხილება ამ თავში.



## რელაქსაციის ტრენინგი

ძალიან ხშირად შფოთვა ნივთიერებათა მოხმარების და ავადმომხმარების მიზეზი ხდება. ეს არ ნიშნავს, რომ შფოთვა ალკოჰოლისა და ნარკოტიკის გადაჭარბებული მოხმარების მთავარი გამომწვევი ფაქტორია; მაგრამ ყველასთვის ცხადია, რომ აღამიანები, რომლებსაც ნივთიერებათა მოხმარების ხანგრძლივი ისტორია აქვთ, ხშირად აცხადებენ, რომ შფოთვის მოხსნას მხოლოდ მათი ჩვეული ნარკოტიკით ახერხებენ. ამ რეალობის გათვალისწინებით, გონივრულია ისეთი იარაღის ქონა, რომელიც კლიენტს შფოთვის შემცირებაში დაეხმარებოდა. ასეთი იარაღია რელაქსაციის ტრენინგი. სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია, კონსულტანტს შეგნებული ჰქონდეს, რომ შფოთვა ცარიელ ადგილზე არ ჩნდება. მუდამ არსებობს რიგი სოციალური, ემოციური და კოგნიტური კომპონენტები, რომლებიც იწვევენ შფოთვას (შიშს). აქედან გამომდინარე, დაუშვებელია, შფოთვის „განკურნების“ ერთადერთი ღონისძიება რელაქსაციის ტრენინგი იყოს; ეს ტექნიკა უნდა დავუპირისპიროთ შფოთვის სპეციფიკურ სიმპტომებს, და უნდა მივმართოთ სხვა მეთოდებსაც, რომლებიც კლიენტს შეაძლებინებს იმ სიტუაციების მოგვარებას, რომლებიც შფოთვას იწვევენ (როგორცაა, ასერტულობის ნაკლებობა, უარყოფის შიში და დაბალი თვითშეფასება).

რელაქსაციის ტრენინგი, რომელსაც ხშირად „პროგრესულ კუნთების რელაქსაციას“ უწოდებენ, გახლავთ პროცედურა, რომელიც გულისხმობს სხეულის კუნთთა ჯგუფების თანმიმდევრულ დაძაბვას და მოდუნებას. ეს ტექნიკა გამოიყენება იმის გამო, რომ რელაქსაცია შეუთავსებელია შფოთვასთან. ის ადვილი ჩასატარებელი და ადვილად დასასწავლია. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტები კარგად პასუხობენ ამ ტექნიკას, რადგან ის აძლევთ საშუალებას, (1) შეამცირონ გენერალიზებული შფოთვა და ჩვეულებრივი დაძაბულობა, (2) შეამცირონ შფოთვა და დაძაბულობა, რომლებსაც აჩენს ძალიან დატვირთული ემოციური ან სოციალური სიტუაციები, (3) მოდუნდნენ ძილის წინ, და (4) შეამცირონ მოთხოვნილება და სურვილი, რომლებიც ხშირად უძღვის წინ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის მოხმარებას. ტრენინგის ამ სახით გამოყენება საკმაოდ დადებით შედეგებს იძლევა ნივთიერებათა ავადმომხმარებლებთან, რომლებიც მიჩვეული არიან, ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკის მოხმარებით უნამლონ შფოთვის სიმპტომების უმეტეს, თუ არა ყველა გამოვლინებას. ამ საშუალების სწავლის მერე ის იოლი გამოსაყენებელია, უტყუარად მოაქვს გამაძლიერებელი შედეგი და ეფექტიანია კლიენტის ცხოვრებაში ნეგატიური შედეგების (როგორცაა გამუდმებული შფოთვა ან რეციდივი) შესამცირებლად.

პროგრესული კუნთების რელაქსაციის გამოყენების სწავლა შედარებით მარტივია. ამისათვის საჭიროა, კონსულტანტმა გულდასმით და სრულად აუხსნას კლიენტს, თუ რა არის პროგრესული კუნთების რელაქსაცია, რატომ გამოიყენება ის, როგორ მუშაობს და როგორ მივიღოთ მისგან შედეგი. ზოგადად, ქვემოთ მოყვანილი აღწერა ამ ტექნიკის კლიენტისთვის გაცნობის მისაღები ფორმაა:

**კონსულტანტი:** დღეს ვაპირებ, შფოთვის დასაძლავი ახალი ხერხი გასწავლოთ. მას ჰქვია რელაქსაციის ტრენინგი ან პროგრესული კუნთების რელაქსაცია. ეს მარტივი ხერხია, მისი გამოყენება შეგიძლიათ იმ არასასიამოვნო შფოთვის ვასაქრობად ან შესამცირებლად, რომელიც მუდამ თან გდევთ ან რომელიც გარკვეულ სიტუაციებში ან გარკვეულ დროს გიჩნდებათ ხოლმე. ეს ხერხი ეფექტიანად შეაკავებს და გაგიფანტავთ შფოთვას და თქვენ შეგეძლებათ მისი გამოყენება ალკოჰოლის [ან სხვა ნარკოტიკის] მოთხოვნილებისას.

რელაქსაცია მარტივი პრინციპით მოქმედებს. როგორც წესი, თუ თქვენ მოდუნებული ხართ, იმავდროულად დაძაბული ან მშფოთვარე ვერ იქნებით. ჩვენ ვაპირებთ, საკმაოდ დრო მოვანდომოთ ამ უნარის თქვენთვის სწავლებას და მივალწიოთ, რომ ის თქვენი ნაწილი გახდეს. არის ხალხი, რომლებიც რელაქსაციას მუდამ იყენებენ და ამ გზით შესამჩნევად იუმჯობესებენ ცხოვრების ხარისხს. ამ უნარის გაცნობისას დარწმუნდებით, რომ ის თქვენი მხრივ მნიშვნელოვან აქტიურობას მოითხოვს. თქვენ მოგეთხოვებათ,

*დაძაბოთ და შემდეგ მოადუნოთ კუნთები მთელ სხეულში. იქნებ გაგიჩნდეთ კითხვა: „როგორ შემეძლება, ეს მთელი დღე ვაკეთო ან მაშინაც მოვახერხო, როცა მარტო არ ვიქნები?“ მე კი გეტყვით, რომ ეს გაადვილდება მას მერე, რაც რელაქსაციას ისწავლით, ის ჩვევად გექცევათ და სპონტანურადაც კი გამოვივათ იმ ნიშნების და სიგნალების პასუხად, რომლებსაც საკუთარი სხეული მოგცემთ. გარშემო ვერავინ შეგატყობთ, რომ რელაქსაციის მდგომარეობაში ხართ.*

*მაშასადამე, იმისათვის, რომ ისწავლოთ რელაქსაცია და გახადოთ ის თქვენი პიროვნების ნაწილი, ძალიან მნიშვნელოვანია მასში გავარჯიშება. მე შემოძლია, აქ, კაბინეტშივე გიჩვენოთ, როგორ უნდა მოდუნება, მაგრამ რეგულარული ვარჯიშით თქვენ „დაეუფლებით“ ამ ქცევას და მერე და მერე სულ უფრო გაგიიოლდებათ რელაქსაციის მიღწევა. ვარჯიშის წყალობით რელაქსაცია თქვენი არსების ნაწილი გახდება. ახლა კი, გაქვთ რამე შეკითხვა?*

რელაქსაციის ტრენინგის ჩასატარებლად კონსულტანტს დასჭირდება კომფორტული, საშუალო სიმაგრის შეზღონგი ან დივანი. კლიენტს უნდა მიეცეს მითითება, მოიხსნას ყველა სამკაული, შეიხსნას მჭიდრო ტანსაცმელი და მაქსიმალურად კომფორტული მდგომარეობა მიიღოს. სინათლე არ უნდა იყოს ძალიან კაშკაშა და მითითებები ხმადაბლა უნდა მიეცეს. რელაქსაციის დროს სასურველია მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი გარეშე სტიმულების ზემოქმედება, რათა კლიენტს შეეძლოს მოდუნება და კონცენტრირება კონსულტანტის ხმასა და საკუთარ, სულ უფრო მზარდ, რელაქსაციაზე. სანამ რელაქსაცია დაიწყებოდა, კონსულტანტმა უნდა უთხრას კლიენტს, რომ მისი რელაქსაციის დონეს დააკვირდება და რომ კლიენტმა, კონსულტანტის დასმული კითხვის მერე, საჩვენებელი თითის აწევით უნდა ანიშნოს, თუ კუნთების ჯგუფში დაძაბულობა აქვს შემორჩენილი.

რელაქსაცია თანმიმდევრული უნდა იყოს და შემდეგნაირად მიმდინარეობდეს:

1. ღომინანტი და არაღომინანტი ხელის მტევნის კუნთების მოდუნება.
2. ღომინანტი და არაღომინანტი მკლავის კუნთების მოდუნება.
3. თავის კუნთების მოდუნება.
4. კისრის კუნთების მოდუნება.
5. სახის კუნთების მოდუნება.
6. ყბის კუნთების მოდუნება.
7. მხრების კუნთების მოდუნება.
8. ზურგის კუნთების მოდუნება.
9. მკერდის კუნთების მოდუნება.
10. მუცლის კუნთების მოდუნება.
11. ბარძაყის კუნთების მოდუნება.
12. წვივების კუნთების მოდუნება.
13. ტერფების კუნთების მოდუნება.

განაფული კონსულტანი სავარაუდოდ მოახერხებს, 30-60 წუთის ხანგრძლივობის სეანსის განმავლობაში ორ ან სამ კუნთების ჯგუფზე დაასრულოს მუშაობა. კლიენტს მხოლოდ ეძლევა ინსტრუქცია, შეკუმშოს კუნთების ის ჯგუფი, რომელზედაც მიმდინარეობს მუშაობა, და ამ შეკუმშვის დროს რაც შეიძლება ცოცხლად განიცადოს დაძაბულობა, დაჭიმულობა და ამით გამოწვეული უსიამო შეგრძნებები. როდესაც კუნთების ჯგუფები სათანადოდ დაიჭიმება, კლიენტს ეძლევა ინსტრუქცია, მოუშვას დაძაბულობა და კონცენტრირდეს მოდუნებასთან დაკავშირებულ დადებით, დამამშვიდებელ შეგრძნებებზე. დაძაბვის/მოდუნების ეს მოდელი კუნთების ყოველი ჯგუფისთვის უნდა შესრულდეს იმგვარად, რომ კლიენტმა გაიგოს განსხვავება ამ ორი მდგომარეობის განცდებს შორის.

როდესაც კლიენტი სრულად დაეუფლება სხვადასხვა კუნთთა ჯგუფის კუნთების მოდუნებას, ამის მერე შეიძლება მთელი სხეულის რელაქსაციის ტრენინგს შეუდგეთ.

ამ პროცედურის ჩატარებისას კონსულტანტი ისევ მისდევს კუნთთა ჯგუფებით განსაზღვრულ თანმიმდევრობას, მაგრამ ვარჯიშის სიხშირის განმავლობაში ყველა ჯგუფს გადის. რეკომენდებულია რელაქსაციის ტრენინგის ფორმე ჩაწერა, რათა კლიენტს მისი დახმარებით შინაგან შექმნოს ვარჯიში.

იმავში, რომ კლიენტმა კუნთების ყველა ჯგუფის რელაქსირება შეძლოს, გა-  
მოსადეგი იქნება შემდეგი ინსტრუქციები:

1. *ხელის მტევნები და მკლავები* – ძალიან მჭიდროს მომუშტეთ თითები და ბოლომდე გაშალეთ მკლავები.
2. *თავი* – თვალები აატრიალეთ და შეეცადეთ, მალა აიხედოთ.
3. *კისერი* – (ა) ბოლომდე მარცხნივ მიატრიალეთ თავი და ასე დაყოვნდით; (ბ) ბოლომდე მარჯვნივ მიატრიალეთ თავი და ასე დაყოვნდით; (გ) მაქსიმალურად უკან გადასწიეთ თავი და შეეცადეთ, კეფით ზურგს შეეხოთ; და (დ) რაც შეიძლება, წინ დახარეთ თავი, ისე, რომ ნიკაპი მკერდზე მიიღოთ.
4. *სახე და ყბები* – ერთმანეთს დააჭირეთ კბილები, შეჭმუნეთ შუბლი, მაგრამ მოკუმთ ტუჩები, მაგრამ დახუჭეთ თვალები და ზედმეტად ხაზგასმით გაიღიმეთ და მოიღუშეთ. მას მერე, რაც კბილებს ერთმანეთს დააჭირთ ყბების დასაძაბად, რელაქსაციის მისაღწევად ისე უნდა მოადუნოთ პირი, რომ ოდნავ გაიღოს.
5. *მხრები* – ასწიეთ მხრები და სცადეთ, ყურებს შეახოთ. მოაბრუნეთ მხრები შუა მკერდისკენ.
6. *გურჯი* – გაიზნიქეთ წელში და იმავდროულად საპირისპიროდ გადაზნიქეთ მხრები, თითქოს მათი შეერთება გინდოდეთ. თავი უძრავად გეჭირეთ და მხრები შუა მკერდისკენ გადმოზნიქეთ.
7. *მკერდი* – გამობრიქეთ მკერდი, მერე კი ღრმად ჩაისუნთქეთ, შეიკავეთ ჰაერი 3-5 წამის განმავლობაში, მერე აუჩქარებლად ამოისუნთქეთ.
8. *მუცელი* – შეწიეთ მუცელი, მერე გამობრუნეთ. საბოლოოდ ღრმად ჩაისუნთქეთ, შეიკავეთ ჰაერი 3-5 წამის განმავლობაში, მერე აუჩქარებლად ამოისუნთქეთ.
9. *ფეხები* – ოდნავ ასწიეთ ფეხები სარესაქსაციო სავარძლიდან და ბოლომდე გაჭიმეთ.
10. *ტერფები* – ბოლომდე გაჭიმეთ ან მორკალეთ ტერფი და ფეხის თითები დაბლისკენ, შემდეგ იგივე გააკეთეთ მათი ზემოთკენ მოჭიმვით.

ყოველი კუნთების ჯგუფი სრულად უნდა მოდუნდეს, სანამ კლიენტი შემდეგ ჯგუფზე გადავიდოდეს. გახსოვდეთ, რომ კლიენტმა საჩვენებელი თითის აწევით უნდა განიშნოს კუნთთა ჯგუფში შემორჩენილი დაძაბულობა. კუნთების ჯგუფი უნდა დაიძაბოს და დაძაბული დარჩეს დაახლოებით 15 წამით, ხოლო ყოველი ჯგუფის გადასვლა მოდუნების ფაზაში უნდა მოხდეს 15-20 წამის განმავლობაში.

ქვემოთ მოყვანილი შემთხვევის მაგალითი გვიჩვენებს მთელი სხეულის რელაქსაციის პროცედურას:

**კონსულტანტი:** *კეთილი, ჯონ, თუ შეიძლება, მოხერხებულად მოეწყეთ. ახლა მთლიანად მოდუნდით და როცა მზად იქნებით, რომ დავინწყით, მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითის აწევით მანიშნეთ. კეთილი, ახლა დავინწყით თქვენი მარცხენა ხელის მტევნით და მკლავით. გთხოვთ, მარცხენა მტევანი ძალიან მკაცრად მუშტად შეკრათ. კარგია. ახლა კიდევ უფრო მოუჭირეთ, გეჭირთ, გეჭირთ. კარგია. იგრძენით დაძაბულობა, დააკვირდით, რა არასასიამოვნოა. გეჭირთ. კარგია. ახლა ნელ-ნელა გახსენით მუშტი, ნელა, დაუკვირდით სასიამოვნო შეგრძნებას და შენიშნეთ განსხვავება დაძაბულობასა და რელაქსაციას შორის. კარგია. ახლა მიწებდით ამ შეგრძნებას, შენიშნეთ, რა სასიამოვნოა ის.*

*კეთილი, ჯონ, ახლა თქვენს მკლავზე გადავინაცვლოთ. დაინწყეთ მკლავის გაჭიმვა, ჯონ, იგრძენით, როგორ მატულობს დაძაბულობა, როგორ მატულობს. დააკვირდით უსიამოვნებას, ტკივილს. იგრძენით, როგორ გიცახცახებთ მკლავი და აღიქვით, რომ შეგიძლიათ ამ შეგრძნების კონტროლი, გეჭირთ, გეჭირთ. კეთილი, ახლა ნელ-ნელა*

დაინწყით მკლავის მოდუნება. იგრძენით, როგორ ჩამოგეცლებათ უსიამო შეგრძნებები, როგორ ტოვებს დაძაბულობა თქვენს სხეულს და დააკვირდით, რა სასიამოვნო გრძნობა გიდგებათ მკლავში. შეიგრძენით განსხვავება დაძაბულობასა და მოდუნებას შორის, განაგრძეთ მოდუნება და განაგრძეთ სასიამოვნო შეგრძნებების აღქმა. თუ მტყვანში ან მკლავში დაძაბულობა გაქვთ ჩარჩენილი, თუ შეიძლება, მანიშნეთ ეს მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითის აწევით. კეთილი, კარგია, განაგრძეთ მოდუნება. [ამის მერე გადადიხართ მარჯვენა მტყვანსა და მკლავზე, იყენებთ იმავე პროცედურას, შემდეგ კი გადადიხართ თავზე.]

კეთილი, ჯონ, ახლა მოდი, თავის მოდუნებას მივხედოთ. იგრძენით დაძაბულობა თავის არეში და იცოდეთ, რომ შეგიძლიათ ამ შეგრძნებების კონტროლი. კეთილი, ახლა აწვიპეთ ნარბები და ისე, რომ თავი არ გაძრათ, მალა აიხედეთ. კეთილი, კარგია, ასე გეჭიროთ, კარგია. იგრძენით დაძაბულობა, დააკვირდით შეგრძნებებს, გეჭიროთ, კარგია. ახლა კი გაუშვით დაძაბულობა, იგრძენით, როგორ ენაცვლება მას სასიამოვნო შეგრძნებები, რელაქსაციის განცდა. კარგია, იგრძენით, კარგია. [გააკეთებინეთ კლიენტს სათანადო კისრის ვარჯიშები და ყოველ ჯერზე ხაზი გაუსვით დადებით განსხვავებას რელაქსაციასა და დაძაბულობას შორის. მას მერე, რაც კლიენტი მთლიანად მოაღუნებს კისერს, გადადით სახესა და ყბებზე.]

კეთილი, ჯონ, ახლა ყბების მოდუნება დავინწყით. მინდა, შენიშნოთ თქვენი ყბების დაძაბულობა და დაალოლობა და გაიაზროთ, რომ მოდუნებით თქვენ შეგიძლიათ, მოიშოროთ ეს არასასიამოვნო შეგრძნებები. კეთილი, ჯონ, ახლა კბილები გააკრატუნეთ, დააჭირეთ ერთმანეთს, მჭიდროდ, უფრო მჭიდროდ. კეთილი, გეჭიროთ ასე, იგრძენით უსიამოვნება, დააკვირდით, რა შეგრძნებებს იწვევს, გეჭიროთ, კარგია. ახლა ნელ-ნელა დაინწყით ყბების მოდუნება, კარგი, კბილები ერთმანეთს დააცილეთ და ოდნავ გააღეთ პირი. კარგია, ახლა შეიგრძენით რელაქსაცია, მოდუნდით, ახლა მოდუნდით. კეთილი, ახლა მოდით, სახე მოვადუნოთ. [გააკეთებინეთ კლიენტს სახის ვარჯიშები, მოდუნების შემდეგ კი გადადით მხრებზე, შემდეგ – ზურგსა და მკერდზე.]

კეთილი, ჯონ, იგრძენით დაძაბულობა მკერდში, იგრძენით შფოთვა და ის არასასიამოვნო შეგრძნებები, იქ რომ გიჩნდებათ და იცოდეთ, ჯონ, რომ თქვენ შეგიძლიათ ამ შეგრძნებების მართვა. კეთილი, ჯონ, აბა, ღრმად, ღრმად ჩაისუნთქეთ, კარგია, კარგი, ახლა შეიკავეთ, გეჭიროთ, გეჭიროთ, იგრძენით დაძაბულობა, გეჭიროთ, შეიგრძენით დაძაბულობა, შეიგრძენით დისკომფორტი. კეთილი, ახლა ნელ-ნელა გამოუშვით ჰაერი და როცა ის დატოვებს თქვენს სხეულს, შენიშნეთ, რა კარგად გრძნობთ თავს, როგორ გეშვებათ დაძაბულობა. კარგია, მიწებდით ამ სასიამოვნო შეგრძნებებს. ახლა თავისუფლად ისუნთქეთ. [ამის მერე გადადით მუცელზე, შემდეგ – ფეხებზე.]

და ბოლოს, ჯონ, მოდით, თქვენი ტერფები და ფეხის თითები მოვადუნოთ. კეთილი, ჯონ, იგრძენით იქ დაძაბულობა და გაიაზრეთ, რომ თქვენი სხეული სრულიად დასცილილია დაძაბულობისგან და ისლა დავრჩათ, ის ტერფებიდანაც მოიცილოთ. ამიტომ, ახლა დაჭიმეთ ტერფი. [თითო ჯერზე თითო კიდურზე იმუშავეთ.] ახლა დაძაბეთ იგი, იგრძენით დაჭიმულობა, მეტი დაძაბულობა, მეტი, გეჭიროთ, გეჭიროთ, იგრძენით დისკომფორტი. კეთილი, ახლა ჩამოიფურთხეთ ის დაძაბულობა, მოიშორეთ, ჩამოიცილეთ, იგრძენით მოდუნება, იგრძენით განსხვავება და იცოდეთ, რომ თქვენ შეგიძლიათ ამ შეგრძნებების კონტროლი.

კეთილი, კარგია, კარგი, ახლა მთლად მოდუნებული ხართ? თუ არა, მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითი ასწიეთ. კარგია, იგრძენით რელაქსაცია და ახლა კიდევ უფრო მეტად მოდუნდით, კარგია, კარგი, ახლა დაისვენეთ. მოდუნდით, მოიშორეთ მთელი დაძაბულობა, კარგია, და ახლა უბრალოდ დარჩით ასე მოდუნებული და ცოტა ხანს დატყბოთ ამ შეგრძნებები. [ერთნუთიანი სიჩუმე.]

ახლა კი ნელ-ნელა დავინწყით ამოძრავებას, დარჩით მოდუნებული, თუ შეიძლება, თვალები დახუჭული გქონდეთ და გაამოძრავეთ ფეხის თითები, განიქნეთ ტერფები და ფეხები ვაჭიმეთ., კეთილი, ახლა ღრმად ჩაისუნთქეთ, კარგია, ამოისუნთქეთ და გაამოძრავეთ მუცელი და მკერდი, ახლა მტყვნები და თითები აამოძრავეთ და მკლავები ვაჭიმეთ. ახლა მოდუნებული იყავით, კარგია. ახლა აამოძრავეთ მხრები, კისერი დაატრიალეთ და სახე დამაწვთ, ასწიეთ ნარბები და მაგრად დახუჭეთ თვალები. კარგია. ახლა გთხოვთ, მოდუნებული დარჩეთ, მე დავითვლი ხუთიდან უკან და თქვენ ამასობაში ნელა გაახილეთ თვალები. 5-4-3-2-1-0. კარგი, ძალიან კარგი, დღეს ძალიან კარგად იმუშავეთ.



ეს სესიები 30-დან 60 წუთამდე უნდა გრძელდებოდეს. თერაპევტის ხმა უნდა იყოს დაბალი, თანაბარი და დამამშვიდებელი. თავად იყავით მოდუნებული და ნააქვით კლიენტი, დღის განმავლობაში რელაქსაციით უპასუხოს სხვადასხვა მოვლენებს, აგრეთვე, დასვას ნებისმიერი კითხვა, რომელიც კი გაუჩნდება.

ხუთიდან რვაამდე ერთსაათიანი სესიის და დღეში ორჯერ 15-წუთიანი რელაქსაციის პრაქტიკის პერიოდებით მკურნალობის დროის განმავლობაში კლიენტი კარგად დაისწავლის რელაქსაციის რეაქციას. ამით ის უკეთ იქნება მომზადებული და შეიძენს იარაღს, რომლითაც უკეთ გაუმკლავდება როგორც ძირეულ და მუდმივ შფოთვას, ასევე იმ დაძაბულობებს, რომლებიც წარმოიშობა მისთვის ზედმეტად ინტენსიურ სოციალურ თუ ემოციურ სიტუაციებში.

## მოდელირება

*მოდელირება* ნიშნავს სხვების დაკვირვებითა და მიბაძვით სწავლას. ზოგადად, ეს სოციალური სწავლების ტექნიკა გვაძლევს შესაძლებლობას, ჩვენს კლიენტებში სასურველი ქცევა აღვზარდოთ, უბრალოდ, ამ ქცევათა დემონსტრირებით, მაგალითად, ჩვენ შეგვიძლია შევქმნათ მართებული საკომუნიკაციო უნარების, გამოხედვის, პოზის, თანაგრძნობის და ნარკოტიკებზე უარის თქმის მოდელი (Miller and Brown, 2009).

როდესაც კლიენტი აკვირდება კონსულტანტს ან სხვა მოქმედ პირს, რომელიც მართებულ ქცევას განასახიერებს, მიჩნეულია, რომ ქცევის მოდელი იქცევა სტიმულად და ინვესს მსგავს ფიქრებს, დამოკიდებულებებს და ქცევებს კლიენტის მხრიდან. მოდელირებული ქცევის წარდგენის მრავალი გზა არსებობს. მათ შორისაა ცოცხალი მოდელირება, რომლის დროსაც კონსულტანტი სასურველ ქცევას კლიენტის თანდასწრებით ახორციელებს; ვიდეო- ან აუდიოჩანაწერის დახმარებით მოდელირება (რელაქსაციის ვარჯიშის ჩანაწერები, ასერტულობის გასავარჯიშებელი ჩანაწერები); მრავლობითი მოდელის გამოყენება (რეალური ცხოვრებისეული სიტუაციების სიმულირება); და ფარული მოდელირება წინასწარ დაგეგმილი შედეგებით (კონსულტანტი იყენებს სარელაქსაციო პროცედურებს და შემდეგ კლიენტს ავალებს, წარმოიდგინოს სიტუაცია, რომლის დროსაც ის სასურველ ქცევას სჩადის). ცოცხალი მოდელირება, როგორც წესი, უფრო მოქნილი უკუკავშირის მიღების შესაძლებლობას იძლევა, რადგანაც მოდელს ყოველთვის შეუძლია, თავისი საქციელი სიტუაციის კარნახს მოარგოს და იმპროვიზაციას მიმართოს. თუმცა მოდელირების ეს ტიპი ხშირად წინასწარ შედგენილი ტექსტის გარეშე ტარდება და კონსულტანტის მხრიდან საკმაოდ დიდი დროის დახარჯვას მოითხოვს. სასურველი ქცევის მოდელის ჩანერა იძლევა სამუშაოს შესწორების და სპეციფიკურ პრობლემებზე ფოკუსირების შესაძლებლობას. ჩანერილი მოდელირების კიდევ ერთი უპირატესობა გახლავთ ის, რომ მოდელირებული ქცევის ჩანაწერების გამოყენება მრავალჯერადად შეიძლება, ამცირებს გრძელვადიან ღირებულებას და კონსულტანტს უთავისუფლებს დროს, რომლის განმავლობაში მას სხვა საქმის გაკეთება შეეძლება.

შედგენილი მოდელირება შეიძლება მოქნილი და მრავალფეროვანი იყოს. კლიენტი ხედავს მრავალ სხვადასხვა ქცევით სტილს სიტუაციებში, რომელიც მოითხოვს იმ ქცევას, ამაჟამად რომ განიხილება. ამ ვარიანტში საჭიროა რამდენიმე „დამხმარე“, რომლებიც მოდელის როლს შეასრულებენ და შესაძლოა, მისი ყოველდღიური ჩატარება ძვირი და ძნელი იყოს. მოდელირების ტექნიკის კიდევ ერთი ვარიანტი გახლავთ, დაავალოთ კლიენტს, უბრალოდ იფიქროს მოდელის ქცევის წინასწარ დაგეგმილ შედეგებზე. ეს მეთოდი იოლად განხორციელდება ოფისში, ეკონომიურია და არათავსმობხვეული. სამწუხაროდ, არ არის ისე ეფექტიანი, როგორც ცოცხალი ან ჩანერილი მოდელირება, ამიტომ შეზღუდულად გამოიყენება.



მოდელირება თერაპიის ძლიერი იარაღია. კონსულტანტები, ჩეულებრივ, მუდმივად ახდენენ რიგი ქცევების მოდელირებას, როგორცაა სითბო, გულწრფელობა და სათანადო მოსმენის უნარები, მაგრამ საჭიროა, მიმართონ კარგად დაგეგმილ მოდელირებით ინტერვენციებს კლიენტის სპეციფიკური ნაკლოვანებების ან პრობლემების მოსაგვარებლად.

## დათქმების შეთანხმება და მართვა

კიდევ ერთი იარაღი, რომელსაც შეუძლია, მნიშვნელოვნად შეუწყოს ხელი კონსულტირებას ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის თემაზე, გახლავთ დათქმების შეთანხმება და მართვა. ეს მეთოდი შეიძლება გამოყენებული იქნეს ყოველ ჯერზე მიღებული ალკოჰოლის დოზის შესამცირებლად, კლიენტის ნასაქმებლად ყოველდღე ანტაბუსის აბის მიღებაზე, ან პარტნიორებს შორის ღია კომუნიკაციის ხელის შესანაცვად. მისი მორგება იოლად შეიძლება სხვა სიტუაციების ფართო სპექტრისთვისაც და შეიძლება გამოვიყენოთ ნარკოტიკებზე დამოკიდებულების ყველანაირი ტიპის სამკურნალოდ, აბსტინენციის ან ზომიერების მისაღწევად.

*დათქმების შეთანხმება (contingency contracting)* გახლავთ ოპერანტული განპირობების პროცედურა, რომელიც ჭილდოს (გამაძლიერებელი) ან სასჯელს უფარდებს კლიენტისგან განსაზღვრული პასუხის მიღებას ან არმიღებას. გამაძლიერებელს, რომელიც მოსდევს კონკრეტულ ქცევას (და მხოლოდ იმ ქცევას), ეწოდება დაპირებული ჭილდო. მაგალითად, თუ კლიენტი არ მოწვევს 4 დღის განმავლობაში, ის მიიღებს დელიკატესურ სადილს. როგორც ხედავთ, ჭილდოს მიღების პირობაა არ მოწვევა. მაქსინე სტიტცერმა და მისმა კოლეგებმა (Maxine Stitzer, 2009) შეისწავლეს დიდი რაოდენობით ლიტერატურა, საიდანაც ჩანდა, რომ გამაძლიერებელი სტიმულის პირობით გაცემა ეფექტიანი მეთოდია ქცევის კონტროლის მისაღწევად. მათთან ფაქტობრივად, დამაჯერებლადაა ნაჩვენები, რომ არაპირობითი გაძლიერება ვერ ახერხებს ქცევის კონტროლის უზრუნველყოფას, მაშინ, როდესაც იმავე გამაძლიერებლის პირობით გამოყენება იწვევს ეფექტის მქონე კონტროლს. მაგალითისთვის განვიხილოთ, ერთი მხრივ, ნარკოტიკების ავადმომხმარებელი, რომელიც ყოველ 2 თვეში ერთხელ იღებს სამკერდე ნიშანს და სამადლობელ სადილს – იმის მიუხედავად, ახერხებს თუ არა აბსტინენციის მიღწევას – და, მეორე მხრივ, ნარკოტიკის ის ავადმომხმარებელი, ვინც სამკერდე ნიშანს და სამადლობელ სადილს ყოველ 2 თვეში ერთხელ მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიიღებს, თუ წარმატებით შეძლებს აბსტინენციას. პირველი კლიენტი, სავარაუდოდ, არ შეეცდება, აბსტინენციას მიაღწიოს, რადგანაც მას უპირობოდ აძლიერებენ, მაშინ, როცა მეორე კლიენტი, სავარაუდოდ, დიდ ძალისხმევას მოახმარს აბსტინენციის მიღწევას, რადგანაც მისთვის გამაძლიერებლის მიღების პირობაა სწორედ ესაა. ზუსტად ასევე, უსარგებლოა ისეთი პირობითი გამაძლიერებლის გამოყენება, რომელსაც კლიენტისთვის დიდი ფასეულობა არ გააჩნია. მაგალითად, ქალაქში დროსტარების საღამო არ იქნება სათანადო გამაძლიერებელი იმ პიროვნებისთვის, ვისაც არ უყვარს ბევრი ხალხი და ფულის ხარჯვა; ან, ქალაქგარეთ გატარებული უქმეები ვერ გამოადგება გამაძლიერებლად ადამიანს, ვისაც შინ ჯდომა უყვარს.

შესაბამისად, *დათქმების შეთანხმების მართვა* გულისხმობს ჭილდოებისა და სასჯელების პირობით მიწოდებას და მოხსნას. კონსულტანტს შეუძლია, თავად გამოიყენოს ეს პროცედურა და ასევე ეფექტიანია, ასწავლოს სხვებს (მეუღლეებს, მეგობრებს, შვილებს), როგორ შეასრულონ ბუნებრივად დაპირებების მენეჯერის როლი. ამას გარდა, კლიენტიც უნდა გაიწაფოს დაპირებების მართვაში, რათა შეძლოს, გამოიყენოს მზარდი თვითკონტროლი საკუთარ პრობლემურ ქცევაზე.

ეს პროცედურა მოითხოვს ბევრად მეტ უნარს, ვიდრე ეს უბრალოდ გამაძლიერებლების ჩამორიგებაა. მაგალითად, კონსულტანტმა უნდა აღმოაჩინოს რიგი გამაძლიერებლებისა, რომლებითაც შესაძლებელი იქნება მანიპულირება და რომლებიც ეფექტიანია იმ კლიენტისთვის, ვის ქცევის შეცვლაზეც მუშაობს.

ამას გარდა, მან უნდა განსაზღვროს, რა ქცევები შეიცვლება, გამოარკვიოს მათი გამოვლენის სიხშირე, საბაზისო სიტუაციები, რომლებშიც ისინი გამოვლინდება, და გამაძლიერებლები, რომლებიც, როგორც ჩანს, პასუხისმგებელი არიან ამ უმართებულო ქცევების მხარდაჭერაში. ამ ცოდნის მოპოვება შესაძლებელია ფუნქციური ანალიზის მეშვეობით. თუ ვერ მოხერხდება ქცევის სიხშირის საბაზისო ნორმის დადგენა, ქცევის ცვლილების გაზომვის პროცედურების დაწესება და იმ ქცევების შეფასება, რომლებზეც მუშაობაა საჭირო – ეს შედეგად მოიტანს მკურნალობის ეფექტიანობის შემცირებას და, შედეგად, ფუჭად იქნება დახარჯული თერაპიების და კლიენტის დრო. დათქმების შეთანხმების მართვის ტექნიკა მოქნილია და შეიძლება გამოყენებული იქნეს თემში, ინდივიდუალურად, ჯგუფებში, აგრეთვე – როგორც სტაციონარულ, ასევე ამბულატორიულ გარემოში. ის მოითხოვს მკურნალობის შემოქმედებითად დაგეგმვას და ინდივიდუალიზირებას, და ეკონომიურია როგორც ფინანსური, ასევე დროის თვალსაზრისით.

**სისტემური დესენსიტიზაცია**

*სისტემურ დესენსიტიზაციას* (systematic desensitization, SD) ხშირად აღწერენ, როგორც რელაქსაციის ტრენინგთან დაკავშირებულ მეთოდს. მართლაც, საჭიროა, ყველა კლიენტმა გაიაროს რელაქსაციის ტრენინგი, სანამ, სისტემურ დესენსიტიზაციას მიმართავდეს. იგი გამოიყენება რელაქსაციის ტრენინგთან ერთად სპეციფიკურ გარემო ფაქტორებთან (როგორცაა კლიენტისთვის შიშის მომგვრელი სიტუაციები) გასამკლავებლად, რომლებიც, როგორც წესი, იწვევს შფოთვის ან ნივთიერებათა ავადმომხმარებას. ეს პროცედურა გულისხმობს რელაქსაციის თანდათანობით ასოცირებას შფოთვის მომგვრელი სიტუაციების სურათბატთან, იერარქიული რიგითობის დაცვით. თავდაპირველად სისტემურ დესენსიტიზაციას მხოლოდ ფობიების მქონე კლიენტებთან სამუშაოდ მიმართავდნენ, მაგრამ ახლა ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა დისფუნქციების შემთხვევებში, როცა მიიჩნევა, რომ შფოთვა არასასურველი პასუხების გამოწვევია. ამ პროცედურის ახსნა შეიძლება მოსაზრებით, რომ შიში მცირდება, თუკი მას კლიენტი რეგულარულად განიცდის და აკავშირებს რელაქსაციის შეგრძნებასთან – როგორც წარმოსახვითად, ასევე, საბოლოოდ, რეალურ ცხოვრებაშიც. ქიმიურ ნივთიერებებზე დამოკიდებულების საკითხებზე კონსულტირებისას ეს მეთოდი განსაკუთრებით გამოსადეგია იმ კლიენტებთან, ვისაც უჭირთ ყოველდღიურ ცხოვრებაში თვითკონტროლის მიზნით სტანდარტული სარელაქსაციო ვარჯიშების პრაქტიკულად გამოყენება, რადგან ისინი ძალიან ინტენსიურ და უკიდურეს შფოთვის განიცდიან. ის ასევე სასარგებლოა კლიენტებისთვის, რომელთაც მუდმივი შფოთვისა და შიშების გამო უძნელდებათ ახალი სოციალური უნარების გამოყენება სხვა ადამიანებთან ურთიერთობისას. სანამ სისტემური დესენსიტიზაციის ტრენინგს შეუდგებოდნენ, კონსულტანტი უნდა დაეხმაროს კლიენტს სხვადასხვა სიტუაციების იერარქიული სიის შედგენაში – შფოთვის გამოწვევი ერთი ზოგადი კატეგორიის შიგნით. თუ კლიენტი ამბობს, რომ მას შფოთვის ჰგვრის ადამიანების დიდ ჯგუფებში გარევა, რომანტიკული ურთიერთობები და ავტორიტეტის მქონე პიროვნებებთან პირისპირ დგომა, მას დასჭირდება დახმარება თითოეული ამ კატეგორიისთვის ცალკე სიის შედგენაში. სიტუაციები (ან სურათბატები) რიგის მიხედვით უნდა იყოს დალაგებული – სია უნდა იწყებოდეს იმით, რომელიც ყველაზე ძლიერ შფოთვის იწვევს, და სრულდებოდეს ყველაზე ნაკლები შფოთვის მომგვრელი სიტუაციებით. მაგალითად, სისტემური დესენსიტიზაციის იერარქია შეიძლება ასეთი ფორმის იყოს:

**ყველაზე მეტად შფოთვის მომგვრელია:**

7. დიდ საჯარო შეკრებაზე ყოფნა, სადაც არავის იცნობთ;
6. ოფისის წვეულებაზე ყოფნა, სადაც თქვენთვის ყველა ნაცნობია რამდენიმე თანამშრომლის მეუღლეების გარდა;

5. მეგობართან ერთად რესტორანში ყოფნა, როდესაც წარგადგენენ თქვენთვის უცნობ ადამიანთან;
4. შოპინგ-ცენტრში ყოფნა, სადაც არავის იცნობთ და არავინ გიცნობთ;
3. ხუთ-ექვს ახლო მეგობართან ერთად მცირე წვეულებაზე ყოფნა;
2. საკუთარ სახლში ძველ მეგობართან ერთად ყოფნა.

### **ყველაზე ნაკლები შფოთვის მომგვრელია:**

1. მარტო ყოფნა საკუთარ საძინებელში.

იერარქიული სიის შედგენისას ყურადღება უნდა მიექცეს, რომ ის საკმარისად გრძელი იყოს და შფოთვის ხარისხი თანაბრად, მდორედ იცვლებოდეს: შფოთვის გამომწვევ სიტუაციებს შორის დიდი ნახტომის გაკეთებამ შესაძლოა გააძნელოს წარმატებით გადასვლა იერარქიულად უფრო და უფრო ძნელ სიტუაციაზე.

მას მერე, რაც კონსულტანტი და კლიენტი დაასრულებენ იერარქიული სი(ებ)ის შედგენას, იწყება პროგრესული კუნთების რელაქსაციის ტრენინგი, როგორც ის ამ თავში აღვწერეთ. კლიენტი რომ მოდუნდება, კონსულტანტი მას სთხოვს, წარმოიდგინოს ჩამონათვალიდან ყველაზე ნაკლებად შფოთვის მომგვრელი სიტუაცია. კლიენტს ეძლევა ინსტრუქცია, განაგრძოს შფოთვის გამომწვევი სიტუაციის წარმოდგენა და ამას რელაქსაციის მდგომარეობის შენარჩუნებით უპასუხოს. თუ კლიენტს შფოთვის განცდა ეწყება, კონსულტანტი სთხოვს, ეს უბრალოდ მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითის აწევით ანიშნოს. ამ ნიშნის დანახვისას კონსულტანტი სთხოვს კლიენტს, მოიცილოს შფოთვის გამომწვევი სურათხატი და უბრალოდ, მოდუნდეს. ეს პროცედურა მეორდება, სანამ კლიენტი არ შეძლებს, 2 წუთის განმავლობაში წარმოიდგინოს სცენა ისე, რომ არავითარი შფოთვა არ იგრძნოს. ამის მიღწევის მერე კლიენტმა სცენა სამჯერ-ხუთჯერ განმეორებით უნდა წამოიდგინოს, რათა მიღწევა განამტკიცოს და დასწავლის ისტორია შექმნას. ზუსტად ასე უნდა დამუშავდეს იერარქიულ სიაში შესული ყოველი პუნქტი, სანამ კლიენტი არ შეძლებს ყველა სცენის წარმოდგენას სრული რელაქსაციის შენარჩუნებით.

სისტემური დესენსიტიზაციის დასრულებას, როგორც წესი, რამდენიმე სეანსი სჭირდება, თუმცა მისთვის გამოყოფილი დროის ხანგრძლივობა რამე აუცილებელი წესებით არ არის განსაზღვრული. საზოგადოდ, პროგრესი განისაზღვრება კლიენტის თვითანგარიშის მეშვეობით. იერარქიულ სიაზე დაყრდნობით, კონსულტანტი უნდა შეეცადოს, დესენსიტიზაციის ეს შედეგები კლიენტის რეალურ ცხოვრებაზეც განაზოგადოს. ეს ადვილდება მორიგი ჩამონათვალის შედგენით, იმ ნამდვილი ცხოვრებისეული სიტუაციებისგან, რომლებშიც კლიენტი სავარაუდოდ მოხვდება უახლოესი დღეებისა და კვირების განმავლობაში.

სისტემატიური დესენსიტიზაცია ძალიან ეფექტიანი და ყველანაირ გარემოში იოლად გამოსაყენებელი მეთოდია. ის გამოყენებულ უნდა იქნეს, როგორც ყოველმხრივი თერაპიული პროგრამის დამატებითი კომპონენტი, და განსაკუთრებით სასარგებლო იქნება იმ შემთხვევებში, როცა შფოთვა ან შიში ამცირებს კლიენტის უნარს, შეწყვიტოს ან შეამციროს ნივთიერებათა ავადმომხმარება. ამ ტექნიკას ფართოდ გამოიყენებენ. იგი აუშკობს კომპლექსურ სამკურნალო პროგრამებს, მაგრამ, სხვა მეთოდების მსგავსად, არც ეს გამოდგება ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ ყველა კლიენტთან. სისტემური დესენსიტიზაცია გამოყენებული უნდა იქნეს მხოლოდ მაშინ, როდესაც ამის ჩვენება არსებობს.

### **უნარების მუპარაჭიშება**

ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტებისთვის ცვლილების პროცესის განსახორციელებლად სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია საყოფაცხოვრებო უნარ-ჩვევების განვითარება. უპირველეს ყოვლისა, კლიენტებს სჭირდებათ გამკლავების

უნარები, რათა შეეძლოთ ისეთი სიტუაციების მოგვარება, რომლებიც სხვა შემთხვევაში ნარკოტიკის მოხმარებასთან იქნებოდა დაკავშირებული. მეორეც, როდესაც კლიენტს საყოფაცხოვრებო უნარები უძლიერდება, ის სამკურნალო გეგმაში ჩადებული შესაბამისი მიზნების მიღწევაშიც იწყებს წარმატებული ნაბიჯების გადადგმას. მესამეც, პიროვნული თუ სხვა ადამიანებთან საურთიერთო უნარების განვითარება ძლიერ მნიშვნელოვანია ახალი, პოზიტიური ცხოვრების სტილის შესაქმნელად და შესანარჩუნებლად. აღდგენა/გამოჯანმრთელებისთვის განსაკუთრებით გამოსადეგია შემდეგი შვიდი უნარი: (1) ასერტულობა, (2) სოციალური უნარები, (3) ბიჰევიორული თვითკონტროლი, (4) ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარების ალტერნატივების განსაზღვრა, (5) პრობლემების გადაჭრა, (6) ემოციური საკითხების მოგვარება, და (7) სტრესის მართვა.

ბიჰევიორული ტრენინგის ტექნიკა განსაკუთრებით ეხმარება კლიენტს ნარკოტიკებზე ან ალკოჰოლზე უარის თქმისთვის საჭირო სპეციფიკური ძირითადი უნარების გამომუშავებაში. როგორც პრევენციისთვის, ასევე მკურნალობის მიზნით შეიძლება ერთი და იგივე უნარები და ტრენინგის პროცესები იქნეს გამოყენებული. კუმბსი და ჰოვატი (Coombs and Howatt, 2005) ჩამოთვლიან რიგ ძირითად უარის თქმის უნარებს, რომლებსაც მნიშვნელოვნად მიიჩნევენ ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი მოზარდებისთვის. ფაქტობრივად, გამოჯანმრთელების პროცესში ყველა კლიენტს აუცილებლად სჭირდება იგივე უნარ-ჩვევები. როგორც აღმოჩნდა, ადამიანები, რომლებიც ზოგადად კარგ პიროვნულ უნარებს ფლობენ, სავარაუდოდ, უფრო წარმატებული იქნებიან ნარკოტიკებზე ან ალკოჰოლზე უარის თქმის სპეციფიკური ამოცანის გადაჭრაშიც. ძირითადი უნარებია:

- დახმარების თხოვნა;
- ინსტრუქციების გაცემა;
- სხვების დარწმუნება;
- საკუთარი გრძნობების ამოცნობა;
- საკუთარი გრძნობების გამოხატვა;
- სხვის ბრაზთან გამკლავება;
- შიშთან გამკლავება;
- თვითკონტროლის გამოყენება;
- საკუთარი უფლებების დაცვა;
- აგდებულ დამოკიდებულებაზე პასუხის გაცემა;
- სხვებთან პრობლემების გაჩენის თავიდან არიდება;
- ჩხუბის სიტუაციებისგან განზე დგომა;
- უხერხულობის გრძნობასთან გამკლავება;
- გარიყულად დარჩენასთან გამკლავება;
- დაყოლიების მცდელობაზე რეაგირება;
- მარცხზე რეაგირება;
- ბრალდებასთან გამკლავება;
- რთული საუბრისთვის თავის მომზადება;
- ჭკუფურ ზენოლასთან გამკლავება;
- გადანყვეტილების მიღება.

უარის თქმის უნარების გავარჯიშების პროგრამის განხორციელება შეიძლება მოდელირებით, როლური თამაშებით და მოქმედების უკუკავშირით. ამ დროს უმთავრესი ყურადღება ექცევა ნასწავლის გადატანას რეალურ ცხოვრებისეულ გარემოში გამოსაყენებლად.

ნივთიერებაზე უარის თქმასთან მჭიდროდაა დაკავშირებული ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტების საერთო სანუხარი: მათ უჭირთ საკუთარი თავის დამკვიდრება. ასერტულობა არის ქცევა ან თვისება, რომელიც ადამიანს აძლევს



შესაძლებლობას, სათანადოდ გამოხატოს საკუთარი უფლებები ან გრძნობები. ამ თვალსაზრისით, ასერტულობა შეიძლება იყოს გამოხატვა დადებითი გრძნობების („მე შენ მიყვარხარ“) ან უარყოფითი გრძნობების („მე ვბრაზობ, იმიტომ, რომ შენ ასე უგრძნობი ხარ“). ასერტულობა შეიძლება იყოს უბრალოდ „ჰოს“ ან „არას“ თქმა ან თუნდაც ჭკუფის შეხედულებისგან განსხვავებული თვალსაზრისის გამომჟღავნება. ასერტული პასუხის მართებულობა, ან მაჩვენებელი, რომ პასუხი ასერტულია, განისაზღვრება სამი კრიტერიუმით:

1. მოიტანა თუ არა ასერტულობამ სასურველი შედეგი? ანუ, თუ შეიცვალა რამე იმ მიმართულებით, საითკენაც გსურდათ, რომ შეცვლილიყო თქვენი ასერტულობის შედეგად?
2. თუ არის ასერტული რეაგირება თქვენთვის მისაღები? ანუ, კმაყოფილი ხართ თქვენი სტილით და იმით, თუ როგორ მოიხელთეთ და გადაწყვიტეთ სიტუაცია?
3. არის თქვენი ასერტულობა მისაღები და სასიკეთო იმ ადამიანისთვის, ვის მიმართაც თავს იმკვიდრებთ? აგრესია, რამაც შესაძლოა მოიტანოს ქცევის ცვლილება და თავი უფრო ძლიერად გაგრძნობინოთ, არ არის მართებული, რადგან ის მიუღებელია სხვა პიროვნებისთვის.

ასერტულობა უფრო გასაგები ხდება, თუ მას შევადარებთ სამ სხვა ბიჰევიორულ რეაგირებას: (1) აგრესიას, (2) პასიურობა/აგრესიას, და (3) პასიურობას. მოკლევადიანი და გრძელვადიანი დაგვიხმარება ამ განსხვავებულ განმარტებებში სიცხადის შეტანაში.

*ჯო რამდენიმე ნარკოტიკის ავადმომხმარებელი იყო, მაგრამ ცოტა ხნის წინ თავი დაანება ყველას მოხმარებას. ის ერთობ კმაყოფილი იყო ამ მიღწევით და არ განიცდიდა მოხმარების არანაირ მოთხოვნილებას. გამარჯვების აღსანიშნად ჯომ თავისი ცოლი ადვილობრივ რესტორანში დაპატიჟა საზეიმო სადილზე. იმ საღამოს ჯო ხარჯებს არ მოერიდა და შეუკვთა თავისი საყვარელი კერძი, საქონლის ნახევრად უმი სტეიკი. კერძი რომ მოიტანეს, ის მალევე მიხვდა, რომ ხორცი ზედმეტად იყო შემწვარი. მას თერაპიისას გავლილი ჰქონდა ასერტულობის გასავარჯიშებელი ტრენინგი და გადაწყვიტა, ოფიციალურად, რომელიც ემსახურებოდათ, შემდეგი პასუხი გაეცა.*

**ოფისინადი:** ყველაფერი რიგზეა?

**ჯო:** არა. მე შევუკვთე ნახევრად უმი სტეიკი, ხორცი კი ზედმეტადაა შემწვარი. თუ შეიძლება, წაიღეთ ეს უკან და ნახევრად უმი მომიტანეთ.

**ოფისინადი:** დიდი ბოდიში, სერ. ახლავე.

**ჯო:** დიდი მადლობა.

*ამ დიალოგის მერე ჯომ თავი დაკმაყოფილებულად იგრძნო. ის ცოტათი აღელდა, მაგრამ შეგნებული ჰქონდა, რომ მისი უფლება იყო, მოეთხოვა და მიეღო მუსტად ის, რაც შეუკვთა. მან ცოლთან ერთად იმსჯელა ამ სიტუაციაზე და ჩამოუთვალა სამი სხვადასხვა ვარიანტი, თუ რა რეაქცია შეიძლებოდა ჰქონოდა მას წარსულში.*

*ინტოუსიკაციის მდგომარეობაში რომ ყოფილიყო, მაგალითად, სიტუაცია შეიძლება ასე განვითარებულიყო:*

**ოფისინადი:** ყველაფერი რიგზეა?

**ჯო:** ეს წყეული სტეიკი ნამდვილი ნაგავია, და არ ვაპირებ, ეს მოვითმინო. მენეჯერი მომიყვანე, იდიოტო!

*ამ შემთხვევაში ჯო აგრესიული იქნებოდა. ის ცუდ ხასიათზე დააყენებდა ცოლს, გააბრაზებდა ოფიციალურად და მას იძულებით დაატოვებინებდნენ რესტორანს ისე, რომ ვერ ისაძილებდა. ასე რეაგირება არ იქნებოდა სათანადო, რადგან ის მიუღებელი იქნებოდა მისთვის, მისი ცოლისთვის, ოფიციალურებისთვის და მენეჯერისთვის.*

*თუ ის იქნებოდა გაბრაზებული საკუთარ თავზე და გარშემო ყველაზე, მაგრამ არ იქნებოდა ნივთიერების გემოქმედების ქვეშ, სიტუაცია შეიძლება ასე წარმართულიყო:*

**ოფისინადი:** ყველაფერი რიგზეა?

**ჯო:** დიახ, მადლობა.



**ჟო (თავის ცოლს):** არა, რა არის ეს? შეხედე ამ საზომდარ სტეიკს. აქ მეტჯერ ფეხს აღარ შემოვდგამ. სადილის განმავლობაში ჯო იქაურობას ანაგვიანებს პურის ნამცეცებით და ღვრის წყალს, მაგრამ ოფიციატს საყვედურს არ ეუბნება. ნასვლისას ძალიან მცირე ფეხის ქირას უტოვებს.

*ამგვარი რეაგირება იქნებოდა პასიურ/აგრესიული. ჯო თავს დამცირებულად იგრძნობდა და ბრაზი მოერეოდა, მაგრამ შეუშინდებოდა ამ გრძნობების გამოხატვას ან თავისი უფლებების დაცვას. ასეთი რეაგირება ცუდ ხასიათზე დააყენებდა მის ცოლს, თავად ჯოს თავს სუსტად და უძლურად აგრძნობინებდა და შეაცუბუნებდა ოფიციატს, ვინც ვერ მიხვდებოდა, კლიენტებმა რატომ დაუტოვეს ასე მცირე ფეხის ქირა და რატომ მოსვარეს ასე ყველაფერი. ცხადია, ამგვარი პასუხი არ იქნებოდა მართებული.*

*თუ ყველაფერი თითქოსდა რიგზე ჩაივლიდა და ჯო არ იქნებოდა ინტოქსიცირებული, შეიძლება, მომხდარიყო ასე:*

**ოფიციატი:** ყველაფერი რიგზეა?

**ჟო:** დიახ, მაღლობა – ყველაფერი ჩინებულადაა.

ჯოს ოდნავ ეძაბება გულ-მუცელი და შფოთვა იპყრობს. მას არ მოსწონს თავისი სტეიკი, მაგრამ შიშობს, რომ ოფიციატი მკვახედ უპასუხებს, ცოლს ხასიათი წაუხდება, და ამიტომ არაფერს ამბობს.

*ჯო თავს დაარწმუნებდა, რომ ისეთივე არაფერი მომხდარა და შეეცდებოდა, სიამოვნება მიეღო. დატოვებდა გულუხვ ფეხის ქირას. თავს იგრძნობდა სუსტად, უძლურად და დათრგუნულად. იმ საღამოს მოგვიანებით ბრაზი შეიპყრობდა და უარყოფითი ემოციური მდგომარეობის დასაძლევად დაღვედა. ეს პასიური რეაგირება შეამცირებდა მის თვითშეფასებას. იმის მიუხედავად, რომ ეს რეაგირება სავსებით მისაღები იქნებოდა მისი ცოლისთვის და ოფიციატისთვის, ეს მაინც არამართებული გადაწყვეტილებაა.*

ცხადია, რომ ასერტული რეაგირება ყველაზე უფრო მისაღებია ყველა მონაწილისთვის. ის აუმჯობესებს პიროვნების წარმოდგენას საკუთარ თავზე, მის თვითშეფასებას და თავდაჯერებულობას, და გარშემო არავის აზიანებს. ჯოს აქვს არაასერტული ქცევის ხანგრძლივი ისტორია, რომელსაც მოჰყვებოდა დაბალი თვითშეფასება, საკუთარი თავის შებრალების გრძნობა და ამას მოყოლილი ინტოქსიკაცია. ასერტულობის გავარჯიშების შემდგომ მან იგრძნო, რომ ჰქონდა ბევრად მეტი პიროვნული ძალა, გაუმჯობესდა თვითშეფასება, ბევრად უფრო იშვიათად ეუფლება საკუთარი თავის შებრალების გრძნობა და ბევრად უფრო იშვიათად სვამს. ამგვარად, ჯოს შემთხვევაში, ისევე, როგორც ნივთიერების სხვა ავადმომხმარებლებთან, ასერტულობის ტრენინგი გამართლებულია იმ ფაქტით, რომ ძნელ სოციალურ თუ ემოციურ სიტუაციებთან გამკლავების ახალი ხერხების სწავლებით ჩვენ ეფექტიანად ვიშორებთ თავიდან ბევრ ფაქტორს, რომლებსაც შეეძლოთ, ალკოჰოლის გადაჭარბებული მოხმარებისკენ ებიძგათ (ვთქვათ, არაასერტული ქცევით გამოწვეულ შფოთვას). არსებითად, ასერტულობის ტრენინგი კლიენტებს სთავაზობს ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ჯანსაღ ალტერნატივას.

ასერტულობა შედგება როგორც ვერბალური, ასევე ბიჰევიორული კომპონენტებისგან. ეს კომპონენტები ერთმანეთს უნდა შეერწყას, რათა ჩამოაყალიბოს სათანადო რეაგირება, რომელიც, გარკვეული პრაქტიკის მერე, კლიენტისთვის კომფორტული ხდება, რაციონალური აღმოჩნდება და არ არის ზედმეტად შფოთვის გამომწვევი:

1. *ასერტული განაცხადი* – მართებული ასერტული პასუხი უნდა მოიცავდეს შემდეგ კომპონენტებს: „მე ვგრძნობ, რომ \_\_\_\_\_ [ემოცია], რადგანაც თქვენ \_\_\_\_\_ [მოქმედება]. თუ შეიძლება, \_\_\_\_\_ [ცვლილების მოთხოვნა]“.
2. *ხანგრძლივობა* – ასერტული პასუხი არაასერტულზე ოდნავ უფრო ხანგრძლივი უნდა იყოს.

3. *ხმის კილო* – ასერტული რეაგირება უნდა გაკეთდეს მტკიცე, ოდნავ აწეული ხმით (არა ყვირილით, არა წუნუნით ან კივილით).
4. *ქცევის ცვლილების მოთხოვნა* – ქცევის შეცვლის მოთხოვნა შეიძლება გაფორმდეს ანმყო დროში („თუ შეიძლება, დაგვტოვებ“) ან მომავალ დროში („გთხოვთ, სხვა დროს დარეკოთ, სანამ მოხვიდოდეთ“).
5. *თვალეებში ცქერა* – ასერტული პასუხისას კლიენტი მტკიცედ (არა აგრესიულად) უნდა უცქერდეს თვალეებში თანამოსაუბრეს.
6. *ჟესტიკულაცია* – ასერტული პასუხისას კლიენტმა უნდა გამოიყენოს ხელეები, რათა ეფექტურად გაუსვას ხაზი თავის ნათქვამს.
7. *პოზა* – ასერტული პასუხისას კლიენტი უნდა იჯდეს ან იდგეს გამართული, მხრებში გაშლილი და ოდნავ წინ გადაწეული.
8. *გამომეტყველება* – ასერტული პასუხისას კლიენტის გამომეტყველება სიტუაციას უნდა შეესაბამებოდეს. თუ სიტუაცია სერიოზულია, სერიოზული უნდა ჩანდეს; თუ სახალისოა, ხალისიანი გამომეტყველება უნდა მიიღოს.

ასერტულობის ტრენინგზე კლიენტს ამ კომპონენტებს ასწავლიან. ზოგ კლიენტს ყველა პუნქტზე სჭირდება მუშაობა, ზოგს – მხოლოდ რამდენიმეზე. თავდაპირველი შეფასება დაეხმარება კონსულტანტს, ნათლად გაიაზროს, რა ტიპის ტრენინგი იქნება საჭირო. სანამ ასერტულობის ტრენინგი შესრულდებოდეს, საჭიროა კლიენტის მომზადება მკურნალობისთვის. კონსულტანტმა გარკვეული დრო უნდა დაუთმოს და განიხილოს ასერტულობა, როგორც ქცევა, მისი გამოყენება ადამიანთა ცხოვრებაში, და კლიენტის მიერ ასერტულობის ნაკლებობა. ეს არ უნდა იყოს დამსჯელი ღონისძიება, არამედ – ასხნის პროცესი, რომლის დროსაც კლიენტი ეცნობა ქცევით პატერნებს. მას შემდეგ, რაც ისინი გამოიკვლევენ ასერტულობის თაობაზე საკუთარ შიშებსა და ცრუ წარმოდგენებს, და სრულად იქნებიან მომზადებულები, ტრენინგის დაწყებაც შეიძლება. ასერტულობის გავარჯიშების პროგრამებში ყველაზე უფრო ხშირად გამოყენებული მკურნალობის კომპონენტებია ბიჰევიორული რეპეტიცია, მოდელირება, წვრთნა და უკუკავშირი.

ბიჰევიორული რეპეტიციის დროს კლიენტს ეძლევა შესაძლებლობა, გაივარჯიშოს და როლურად გაითამაშოს მართებული ასერტული პასუხები პრობლემური სიტუაციებისთვის. იდგმება ნატურალურ სიტუაციებს მაქსიმალურად მიმსგავსებული მოკლე სცენები. კლიენტი ვარჯიშობს მართებულ ასერტულურობაში და უვითარდება უნარი, იყოს ასერტული, ასევე იზრდება ალბათობა, რომ მის ქცევაში მოიმატებს ასერტული პასუხის ტენდენციაც. ზოგჯერ, განსაკუთრებით კი საშინაო დავალებად მიცემისას, ეფექტიანია, დაავალოთ კლიენტს ფარული ბიჰევიორული რეპეტიცია, რომლის დროსაც ისინი უბრალოდ წარმოიდგენენ, როგორ რეაგირებენ პრობლემურ სიტუაციაზე ეფექტიანი, ასერტული ქცევით.

ბიჰევიორული რეპეტიციის კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი ფორმაა როლების გაცვლა. კლიენტს სთხოვენ, ითამაშოს ასერტული პასუხის მიმღების როლი, კონსულტანტი კი ასერტული კლიენტის როლს ასრულებს. ამგვარი რეპეტიცია კლიენტს უფრო ღრმად აგებინებს მათი ასერტულობის დეფიციტის ბუნებას.

მოდელირებისას კლიენტი აკვირდება კონსულტანტს, რომელიც მართებული ასერტული რეაგირების დემონსტრირებას ახდენს. მოდელი ამ დროს გამოდგება სტიმულად კლიენტისთვის, რომ მანაც ანალოგიურად იმოქმედოს. კონსულტანტს შეუძლია, კლიენტის შესაფერისად ცვალოს ქცევები და იმპროვიზაციას მიმართოს. ამას გარდა, კლიენტს ეძლევა კითხვების დასმის შესაძლებლობა და კონსულტანტს შეუძლია პასუხების ფართო სპექტრი შესთავაზოს მას. ამგვარი ცოცხალი მოდელირების მეთოდი ხორციელდება ოფისში და არის მართებული ასერტული ქცევის სწავლების შედარებით ეფექტიანი და იაფი მეთოდი. წვრთნა მოდელირების

ანალოგიურია, მაგრამ მის დროს კონსულტანტი კლიენტს სიტყვიერად აღუწერს მართებულ ასერტულ ქცევას.

და ბოლოს, უკუკავშირი კლიენტს აძლევს საშუალებას, გაიგოს, რამდენად წარმატებით მიმდინარეობს მისი ასერტულობის ტრენინგი. პოზიტიური უკუკავშირი („ძალიან კარგად მუშაობთ“) უფრო ეფექტის მომტანია, ვიდრე ნეგატიური („არა, ეს პასიური რეაქცია იყო“). ამ მეთოდით მუშაობა უფრო სწრაფად ცვლის კლიენტის ბიპვეიორული პასუხის სტილს და უაღრესად ზრდის თავდაჭერებულობას, თვით-შეფასებას და ასერტულობის უნარებს.

ასერტულობის ტრენინგის უმთავრესი სამკურნალო კომპონენტები უფრო ეფექტიანი მაშინაა, თუ ერთმანეთთან კომბინაციით გამოიყენება. ასერტული ქცევა გახლავთ რთული უნარი, რომელიც ხშირად აკლიათ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლებს, მაგრამ, ამის მიუხედავად, ამ თემაზე ტრენინგი დამაკმაყოფილებლად შეიძლება ჩაეთიოს 8-10 ერთსაათიან სეანსში. და ისევე, პრაქტიკა და თერაპევტის მხრიდან პოზიტიური გაძლიერება არსებითი პირობებია, თუ გვსურს, რომ კლიენტმა კარგად დაისწავლოს და ჩვევაში გაუჭდეს სასურველი ქცევა. ასერტულობის ტრენინგი გარკვეული შფოთვის გამომწვევი გახლავთ, ამიტომ მას ყოველთვის წინ უნდა უძღოდეს კარგად შემუშავებული რელაქსაციის ტრენინგის განაწესი.

## სოციალური უნარები

ფილდსი (Fields, 2010, in press) გამოთქვამს მოსაზრებას, რომ ადამიანებთან ინტერპერსონალური უნარების ტრენინგი ნივთიერებების ავადმომხმარებელთა მკურნალობის მნიშვნელოვანი ასპექტია. ეს უნარები მნიშვნელოვანია იმიტომ, რომ მათ შეუძლიათ მაღალი რისკის სიტუაციებთან გამკლავების საშუალებების შემოთავაზება და შესაძლებელია მათი გამოყენება სოციალური მხარდაჭერის მისაღებად. ბევრმა კლიენტმა შესაძლოა ვერ შეძლო სოციალური უნარების სწავლა ან ეს უნარები გადამეტებულ სმასა და სხვა ნარკოტიკების მოხმარებაში გატარებული წლების განმავლობაში დაკარგა. ადამიანებთან ურთიერთობის უმთავრესი უნარები, რომლებზეც კონსულტანტი მუშაობს კლიენტის ტრენინგის პროგრამაში, გახლავთ შემდეგი:

- საუბრის წამოწყება;
- ქათინაურების თქმა და მიღება;
- არავერბალური კომუნიკაცია;
- გრძნობებზე საუბრის (ემოციური მდგომარეობის აღწერის უნარი) და მოსმენის უნარები;
- ასერტულობის გამოვლენის სწავლა;
- კრიტიკული თვალსაზრისის გამოხატვა;
- კრიტიკის მიღება ალკოჰოლის მოხმარების თაობაზე;
- სასმელზე უარის თქმა;
- შეთავაზებაზე უარის თქმა;
- ახლო და ინტიმური ურთიერთობების აგება;
- სოციალური მხარდაჭერის ქსელების გაფართოება.

კონსულტანტები ეხმარებიან თავიანთ კლიენტებს ამ უნარების გამომუშავებაში – მითითებებით, მოდელირების გამოყენებით, კლიენტებისთვის გვზის მიცემით ბიპვეიორული რეპეტიციის როლური თამაშებისას, და პრაქტიკული სავარჯიშოების და დავალებების მიცემით.

## ბიჰევიორული თვითკონტროლი

ბიჰევიორული თვითკონტროლის ტრენინგი კლიენტს ასწავლის, როგორ მიაღწიოს საკუთარ ქცევაში სასურველ ცვლილებას. ადამიანები სწავლობენ, როგორ გააანალიზონ მათ მიერ ნივთიერებათა მოხმარება, დააკვირდნენ ამ მოხმარებას, და გამოიყენონ თვით-გაძლიერების და სტიმულის კონტროლის მეთოდები აბსტინენციის ან მოხმარების შემცირების მიზნების მისაღწევად. ხანგრძლივ პერსპექტივაში ადამიანები, ჩვეულებრივ, ამჩნევენ, რომ ეს თვითკონტროლის უნარები მათი ცხოვრების სხვა ასპექტებშიც გამოდგება მიზნების მისაღწევად.

იმისათვის, რომ ადამიანებმა შეძლონ და პრაქტიკულად მოიხმარონ თვით-კონტროლის უნარები, მათ ძალიან ცხადად და გაზომვად პარამეტრებში უნდა განსაზღვრონ თავისი ქცევის მიზნები. უმეტეს შემთხვევებში კლიენტებს სჭირდებათ კონსულტანტის დახმარება, რათა ამორფული, ზოგადი მიზნებიდან („მინდა, მომავალ წელს ბევრად ნაკლებად მოვიხმარე კრეკს“ ან „მინდა, უკეთეს ფიზიკურ ფორმაში ვიყო“) გადავიდნენ კონკრეტულზე („ვაპირებ, მომავალი კვირიდან სასმელის დოზა შევზღუდო დღეში მხოლოდ სამ ულუფამდე“ ან „იქით კვირიდან სამსახურში წასვლამდე ნახევარ საათს ტრენაჟორზე გავატარებ“).

გაზომვადი მოკლევადიანი მიზნების ქონა კლიენტს აძლევს შესაძლებლობას, დააკვირდეს თავის აქტივობებს და თვალი ადევნოს საკუთარ წინსვლას გრძელ-ვადიანი წარმატებისკენ. თვითდაკვირვება ასევე შესაძლებელს ხდის, ადამიანებმა საკუთარ თავს დაუნესონ ჭილდო, რაც მოტივაციის შენარჩუნებაში დაეხმარებათ. კლიენტები შეიძლება წააქეზოთ, განსაზღვრონ მოტივატორები, რომლებიც მათთვის მნიშვნელოვანია და შეადგინონ გეგმა, რომელზე დაყრდნობითაც პერიოდულად დაიჭილდოვებენ თავს წარმატებული მცდელობებისთვის. ჭილდოები, რომლებიც ადამიანებისთვის მოტივაციის შემძენია, სულ სხვადასხვანაირი შეიძლება იყოს. კლიენტებისთვის მნიშვნელოვანი ფაქტორი ამ საკითხში გახლავთ, რომ მათ დაისახონ გამოწვევის შემცველი, მაგრამ მიღწევადი მიზნები და განსაზღვრონ ჭილდოები, რომლებიც მათ ინტერესებს შეესაბამება.

კლიენტებს, რომლებიც ცდილობენ, შეამცირონ ან შეწყვიტონ იმჟამინდელი ქცევა, აგრეთვე უნდა სთხოვოთ, განსაზღვრონ ამ ქცევის მათთვის მოსაწონი ასპექტები. კითხვა, რომელსაც ისინი ამ დროს საკუთარ თავს უსვამენ, ასე ჟღერს: „რა სასურველი ეფექტი ახლავს ალკოჰოლის მოხმარებას? მონევას? ზედმეტის ჭამას?“ კლიენტები აგრეთვე განსაზღვრავენ სიტუაციებს, რომლებშიც ნეგატიურ ქცევაში ჩართვის მოთხოვნილება ყველაზე ძლიერად უჩნდებათ ხოლმე. და ბოლოს, მას შემდეგ, რაც კლიენტები გაიაზრებენ, რომ ქცევები, რომლებზეც ახლა მუშაობენ, მათი ცხოვრების რაღაც-რაღაც მხარეებს ავსებს, მათ უნდა სთხოვოთ, განსაზღვრონ იმავე სასურველი ეფექტის მიღების ახალი ხერხები.

კლიენტისთვის უნარების თუ ქცევითი ტრენინგების ჩატარებით მას ეძლევა მეთოდი, რომელიც შეუძლია გამოიყენოს სხვადასხვა რთულ მიზნებზე სამუშაოდ, მათი წარმოქმნის კვალად. როდესაც კლიენტის თვითკონტროლის გეგმა გულის-ხმობს მოხმარებას, ვთქვათ, ზომიერად, კონსულტანტმა მას უნდა მისცეს რჩევა უსაფრთხო მოხმარების დონეებზე და გაუწიოს კონსულტაცია ამასთან დაკავშირებულ კომპლექსურ სტრატეგიებზე. ზომიერი მოხმარების მიზანი შეიძლება რეალისტური იყოს პიროვნებისთვის, ვინც ახალგაზრდა და ჯანმრთელია, ვისაც არ დაემზირება ალკოჰოლზე ფიზიკური ადიქციის ნიშნები, ვისი პრობლემაც მცირე ხანგრძლივობისაა, ვისაც ჯერ არ შექმნია ალკოჰოლთან დაკავშირებული ბევრი ცხოვრებისეული პრობლემა და ვინც უარს ამბობს აბსტინენციაზე. და მაინც, კონტროლირებადი მოხმარებლები არ არიან ჩვეულებრივი სოციალური მომხმარებლები. მათ დიდი ყურადღება უნდა მიაქციონ და ყოველ ჯერზე ფრთხილად შეარჩიონ მათ მიერ სასმელის მიღების დრო, ადგილი, რაოდენობა და გარემოები. მათ აგრეთვე უნდა ისწავლონ, როგორ მიუახლოვონ საკუთარი ქცევები სოციალური მომხმარებლების



ქცევებს იმგვარი ტექნიკის გამოყენებით, როგორცაა ადგილის შერჩევა, რაოდენობის განსაზღვრა და სასმელების შერევა.

კლიენტებმა, რომლებიც არჩევენ, იმუშაონ ზომიერების მიღწევაზე, აუცილებელია, ცხადად განსაზღვრონ გადაწყვეტილება მოხმარების დონის შესახებ. სმის ადრეული ეტაპის პრობლემების მქონე მოხმარებლების მრავალი გამოკვლევის შედეგებზე დაფუძნებით მიჩნეულია, რომ კლიენტებს უნდა გადაათქმევინოთ, თუ მათ მიერ დასახული მიზანი ითვალისწინებს დღეში ოთხ ულუფაზე მეტი სასმელის მიღებას, თუნდაც მცირე სასმელის მიღებას ყოველდღიურად ან მოხმარებას ისეთ სიტუაციებში, რომლებიც წარსულში მისთვის პრობლემური იყო. „მოხმარების ლიმიტის“ დაწესებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს და კლიენტის გამკლავების უნარების, მათი გარემო პირობების და მათი გადაწყვეტილების სიმტკიცის საგულდაგულო ანალიზს უნდა მოიცავდეს. ზოგი კვლევა მიიჩნევს, რომ უსაფრთხო მოხმარება არასოდეს ატარებს დღეში ორ სასმელს, მაგრამ მოხმარება დროში განაწილებული უნდა იყოს და არ უნდა შეგროვდეს ერთად, იმგვარად, რომ დღეში ორი ულუფის მიღების ნაცვლად მთელი კვირის დოზა ერთ 14-ულუფიან საღამოზე მოხმარო! კლიენტებს, რომლებიც ცდილობენ, აკონტროლონ მოხმარება, მართებულია ურჩევენ, დათანხმდნენ 3-კვირიანი სრული აბსტინენციის რეკომენდაციას, თუ ისინი გრძელვადიან შედეგებზე არიან ორიენტირებულები, მიუხედავად იმისა, მიზნად აბსტინენციას ისახავენ თუ მოხმარების შემცირებას. აბსტინენციის ეს საწყისი პერიოდი ადამიანებს აძლევს შესაძლებლობას, გაიმუშოს კოგნიტური ფუნქციონირება, განსაზღვრონ სიტუაციები, რომლებიც მათთვის სასმელის მოთხოვნილებასთან არის დაკავშირებული, განსაზღვრონ გამკლავების მეთოდები, რომლებიც მათთვის შედეგიანია, და დასაწყისშივე ჰქონდეთ წარმატების გამოცდილება.

## ნივთიერებათა ავადმომხარების ალტერნატივები

როდესაც ადამიანები ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების მოხმარებას თავიანთი ცხოვრების ცენტრალური მნიშვნელობის მქონე მოვლენების სიიდან გამორიცხავენ, მათ ხშირად უჭირთ გაჩენილი სიცარიელის რამით ამოვსება. წლების განმავლობაში ნივთიერებათა ავადმომხარების შემდეგ უკვე ცოტა რამელა რჩება, რაც მათ სიამოვნებას მიანიჭებდა. ყველა ის საქმიანობა, რომელიც მათ ახალისებდა, ალკოჰოლის მოხმარებას უკავშირდება.

როდესაც კონსულტანტები ალტერნატიული აქტივობების განვითარებაზე მუშაობენ, მათ თავიდან უნდა სთხოვონ კლიენტს, გონებრივი იერიშის მეთოდით შეადგინონ იმ აქტივობების რაც შეიძლება გრძელი სია, რომლებიც შეიძლება მათთვის სასიამოვნო იყოს. ამ სიიდან კლიენტი ირჩევს ერთს ან ორს, რომლებშიც, მათი წარმოდგენით, დაუყოვნებლივ შეუძლიათ ჩაერთონ. ყველაზე მეტ ახალ უნარს ამ პროცესის ის ასპექტი მოითხოვს, რომელსაც ქმედების წარმოსახვიდან რეალობაში გადაყვანა ეწოდება. თუ კლიენტს დაეკითხებით, შერჩეულ აქტივობაში მომდევნო კვირიდანვე ჩართვას რა დაბრკოლებები უდგას წინ, ეს აღძრავს ღია დისკუსიას არაპრობლემური ალტერნატიული ქცევის თაობაზე და პრობლემების გადაჭრის საწინდარიც გახდება.

მას მერე, რაც განისაზღვრება პოტენციური დაბრკოლებები, ადამიანებს უკვე შეეძლება, დაფიქრდნენ და აირჩიონ სტრატეგიები მათ დასაძლევად – ან საკუთარი ძალებით, ან სხვების დახმარებით.

ნიაურა და აბრამსი (Niaura and Abrams, 2009) მიმართავენ პრობლემის გადაწყვეტის უნარებს, რაკი მიიჩნევენ, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტებს სჭირდებათ პრაქტიკული სტრატეგიები ყოველდღიურ სიძნელეებთან დასაპირისპირებლად ისე, რომ კვლავ არ დაიწყონ ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკის მოხმარება. ეს ავტორები ასევე გამოთქვამენ აზრს, რომ კლიენტებმა უნდა ისწავლონ საკუთარი პრობლემების კონცეპტუალიზაცია და შეხედონ მათ, როგორც პრობლემებს,



რომელთა გადაჭრაც შესაძლებელია. ნაბიჯები, რომლებსაც მათი კლიენტები სწავლობენ, გულისხმობს პრობლემის განსაზღვრას, ალტერნატივების დასახვას, გადაჭრის გზის არჩევას და შედეგის შეფასებას.

ზოგი კონსულტანტი იყენებს პრობლემების გადაჭრის იმ კონცეპტუალიზაციას, რომელიც ეფუძნება „ანონიმი ალკოჰოლიკების“ უდრტივინველობის ლოცვას:

მომეცი მე უდრტივინველობა, რათა მივიღო ის, რის შეცვლაც არ შემიძლია, სიმამაცე, შევცვალო ის, რის შეცვლაც შემიძლია და სიბრძნე, რათა გავარჩიო, რომელი რომელია.

თერაპევტი კლიენტს პრობლემის განსაზღვრის და გადაჭრის ნაბიჯებს რომ ასწავლის, ის ურთავს დამატებით კომპონენტსაც; ესაა გადანყვეტილების მიღების მომენტი: რა უფრო მართებულია, ვიმოქმედოთ კონკრეტული პრობლემის საპასუხოდ თუ მისი მიღება ვარჩიოთ.

## ეპოქიური მხარე

ნივთიერებათა ავადმომხმარებას აქვს თვისება, შენიღბოს ემოციები და თავიდან მოიცილოს ძლიერი გრძობები, ამიტომ ადამიანებს გამოჯანმრთელების საწყის ეტაპებზე ზოგჯერ უჩნდებათ აფექტების ცნობისა და მათთან გამკლავების სიძნელები. ამ სფეროში უნარების შექმნა გულისხმობს ჯერ ემოციების ამოცნობის და მერე მათთან გამკლავების სწავლას. მას მერე, რაც კლიენტი დაიწყებს თავისი ემოციების ამოცნობაზე ფოკუსირებას, მერე შეეძლება, ისწავლოს, რომ ეს ემოციები მისაღები გახდეს მისთვის. ემოციებთან დაკავშირებული უნარების ტრენინგის ნაწილი კოგნიტური ხასიათისაა, იმ თვალსაზრისით, რომ ადამიანები სწავლობენ, ასეთი ტიპის ფიქრები: „მე თავს ასე არ უნდა ვგრძობდე“, ჩაანაცვლონ ამგვარი აზრებით: „მე შეგნებულად ვაღიარებ, რომ არაუშავს, ასეთი გრძობები რომ მიჩნდება, თუ ჩემი ქცევა ისეთია, როგორც უნდა იყოს“. ეპოქიური მხარის მოსაგვარებელი უნარების კრებული ამის მერე შეიძლება მიმართული იქნეს იმის გადანყვეტაზე, თუ რა ქცევებია მართებული და სასარგებლო იმ გრძობათა საპასუხოდ, რომლებიც იდენტიფიცირდა. კლიენტმა შეიძლება აირჩიოს სხვადასხვა ვარიანტებს შორის, როგორცაა: გაუმჟღავნოს საკუთარი გრძობები სხვებს, შეცვალოს ემოციების შესახებ საკუთარ თავთან ლაპარაკის ხასიათი, რამე მოიმოქმედოს იმ სიტუაციების შესაცვლელად, რომლებიც უარყოფით ემოციებს იწვევენ, ან მიიღოს დახმარება სხვებისგან. ამ უნარის დაუფლებამ შეიძლება უფრო სავსე ეპოქიური ცხოვრებაც მოიტანოს და ამავე დროს იმუშაოს იმ პრობლემის გადაჭრაზე, რომ უარყოფითი ან დადებითი ეპოქიური მდგომარეობა შესაძლოა რეციდივისთვის სარისკო სიტუაციების გამომწვევი ფაქტორი იყოს.

## სტრესის მართვა

სტრესის მართვის უნარები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მაშინ, როცა ადამიანები გამოჯანმრთელებისკენ იწყებენ სვლას. სავარაუდოდ, მათ, ვინც წარსულში რეგულარულად იყენებდნენ ნარკოტიკებს სტრესთან გასამკლავებლად, არ ექნებათ შესწავლილი სხვა მეთოდები, რომლებსაც გარემო მოთხოვნებს დაუპირისპირებდნენ. სტრესული სიტუაციის წარმოქმნისას პიროვნების სიფხიზლე და ჯანმრთელობა რისკის ქვეშ დგება.

ამ მიმართულებით ტრენინგისას კლიენტს უნდა დავეხმაროთ, მისთვის ხელმისაწვდომი იყოს უნარების რეპერტუარი, რომელთა მეშვეობითაც გარემოს ახალ მოთხოვნებს გაუმკლავდება. ადამიანებმა შეიძლება დაძლიონ სტრესი მასზე აზრის შეცვლის, მასზე საკუთარი რეაქციის შეცვლის, ან თავად გარემოს შეცვლის გზით. პიროვნებას, რომელსაც ნასწავლი აქვს სტრესის ეფექტიანი მართვა, შეუძლია საკუთარი შეხედულებისამებრ აირჩიოს ამ ვარიანტებიდან ერთ-ერთი.

ადამიანები სტრესს ხშირად უმკლავდებიან მოვლენაზე საკუთარი აზრის განზრახ შეცვლის გზით. ფსიქოლოგიური სტრესული რეაქცია წარმოიქმნება იმის გამო, რომ პიროვნება კონკრეტულ სიტუაციას სტრესულად მიიჩნევს. აზრის პატერნის შეცვლა კლიენტს ეხმარება, აღიქვას, რომ მისი შეხედულებები არ არის ერთადერთი შესაძლო შეფასება. კლიენტს შეუძლია განივითაროს კოგნიტური უნარები, რომლებიც ეხმარება მას, გამოარჩიოს და გადაიაზროს სხვადასხვა ფიქრები მის წინაშე წარმოქმნილი სიტუაციების შესახებ. კლიენტმა შეიძლება იმდენად შეცვალოს საკუთარ თავთან დიალოგის ხასიათი, რომ რეალურად აირიდოს ფიზიკური სტრესის გამომწვევი რეაქცია.

რასაკვირველია, სტრესის გამომწვევი ფაქტორები შეიძლება ძალიანაც რეალური რამ იყოს, მიუხედავად ჩვენი მცდელობისა, სხვა ინტერპრეტაცია მივცეთ მას. რელაქსაციის იმგვარი მეთოდები, რომლებიც უკვე აღვწერეთ ამ თავში, შეიძლება რეგულარულად იქნეს გამოყენებული სტრესის ფიზიკური ეფექტების შესამცირებლად.

თუმცა ზოგჯერ ადამიანებს სტრესის შემცირება შეუძლიათ გარემოს შეცვლით, რითაც სტრესული სიტუაციების შექმნას წინასწარ აარიდებენ თავს. კლიენტმა პრობლემის გადაჭრის თავისი უნარი შეიძლება მოიხმაროს იმისათვის, რომ უფრო ეფექტიანად მოერიოს სიტუაციებს, რომლებიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ უკავშირდება ნივთიერებათა ავადმომხმარებას.

ფაქტობრივად, ყველა იმ უნარს, რომელიც წიგნის ამ ნაწილში განვიხილეთ, ორმაგი დანიშნულება აქვს: ნივთიერებათა ავადმომხმარების ქცევის შეწყვეტაში დახმარების განევა და ჭანსალი ფუნქციონირების გაუმჯობესება. ტრენინგი ყველა უნარისთვის ჩვეულებრივ აერთიანებს მოდელირებას, პრაქტიკას და უკუკავშირს, და მისი ჩატარება შესაძლებელია ინდივიდუალური თუ ჯგუფური წესით.

## მედიკამენტები

საკმაოდ დიდი მუშაობა და ძალისხმევა დასჭირდა იმის მიღწევას, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარების აშლილობათა სამკურნალოდ მედიკამენტები ხელმისაწვდომი გამხდარიყო. ყველაზე ფართოდ მედიკამენტები გამოიყენება ოპიატური დამოკიდებულების და ალკოჰოლური დამოკიდებულების შემთხვევებში. ისინი გამოსცადეს ბევრ კვლევით ექსპერიმენტში და ახლა მათ ყოველდღიურად ნიშნავენ ექიმები თავიანთ კაბინეტებსა თუ ნივთიერებათა ავადმომხმარების სამკურნალო დაწესებულებებში. მეთადონი არის საყოველთაოდ მიღებული „აგონისტი“ ნარკოტიკი, რომელსაც იყენებენ მხარდაჭერ მედიკამენტად, რადგან ნელა იწყებს მოქმედებას და აქვს ხანგრძლივი ნახევარდაშლის პერიოდი. მეთადონის გამოყენებას „ჩანაცვლებითი თერაპია“ ეწოდება და მას უნიშნავენ ოპიატებზე დამოკიდებულ მომხმარებლებს მათ მიერ ჩვეულებრივ მოხმარებული ოპიატების ჩასანაცვლებლად. მეთადონის პროგრამა მოითხოვს, რომ კლიენტი კონსულტაციურ მომსახურებასაც იღებდეს. ოპიატების აღიქვის სამკურნალოდ ცოტა ხნის წინ ხელმისაწვდომი გახდა ნაწილობრივი აგონისტი, სახელად ბუპრენორფინი (სუბოქსონი). ეს ნარკოტიკი ამცირებს ოპიატების მოთხოვნილებას და ახლავს უფრო ნაკლები ნეგატიური ეფექტები, ვიდრე მეთადონს: აღკვეთისას იწვევს უმნიშვნელო აღკვეთის მდგომარეობის სიმპტომებს ან საერთოდ არ აღინიშნება ისინი, და უფრო ნაკლებადაა მისი ზედმომხმარების შესაძლებლობა მაშინაც კი, თუ სხვა ოპიატებთან კომბინაციით მიიღება. ამას გარდა, ბუპრენორფინი ნაკლებად ფასობს ქუჩაში და მისი გაცემა შეიძლება ექიმის კაბინეტიდანვე, ისე, რომ აუცილებელი არ არის მეთადონით მკურნალობის კლინიკებში სიარული. ბუპრენორფინის მოხმარებისას, შემთხვევის (ქეისის) სათანადოდ წარმართვისთვის საჭიროა კონსულტაციის სეანსებიც.

ალკოჰოლზე დამოკიდებულების სამკურნალოდ წლების განმავლობაში გამოიყენებოდა ანტაბუსი. ეს ნარკოტიკი იწვევს ღებინებას, გულისრევის შეგრძნებას, სახის წამონთებას და სასტიკ თავის ტკივილებს, თუ მის მიღებას ალკოჰოლის

მოხმარება მოჰყვება. ალკოჰოლი-ანტაბუსის ესოდენ მძაფრი რეაქცია გულისხმობს, რომ ეს მედიკამენტი ეძლევა მხოლოდ მოტივირებულ და კარგი ზედამხედველობის მქონე კლიენტს.

ალკოჰოლური დამოკიდებულების სამკურნალოდ ასევე გამოიყენება პრეპარატი ნალტრექსონი (Naltrexone), რომელიც ამცირებს ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებულ „კაიფს“. მის მსგავსად, ნარკოტიკი სახელად აკამპროსატი (Acamprosate) ალკოჰოლის ეფექტის დამბლოკავი აგენტია. კლიენტებს, რომლებიც ნალტრექსონს ან აკამპროსატს იღებენ, აქვთ რეციდივის უფრო დაბალი მაჩვენებლები, ვიდრე იმათ, ვინც ამ მედიკამენტებს არ ხმარობდნენ. ორივე ამ ნარკოტიკისთვის საჭიროა ექიმის დანიშნულება და ზედამხედველობა.

დღეს სერიოზული დავაა გაჩაღებული იმის თაობაზე, ალკოჰოლზე ან ნარკოტიკებზე დამოკიდებული კლიენტების მკურნალობისას ნამლად გამოყენებული უნდა იყოს ნარკოტიკი თუ არა. ამის მიუხედავად, კვლევები ცხადად აჩვენებს, რომ ამგვარი მომზადება შეიძლება მნიშვნელოვნად დაეხმაროს ზოგ კლიენტს მკურნალობის წარმატებული შედეგის მიღებაში. სანამ კონსულტაციების შედეგების გასაძლიერებლად მედიკამენტებს გამოვიყენებდეთ, აუცილებლად უნდა ჩატარდეს მოტივაციის, გადამწყვეტილების სიმტკიცის ხარისხის, ფიზიკური ჯანმრთელობის და კლიენტის სურვილების საგულდაგულო ანალიზი.

## კლიენტის ჩართვა 12-ნაბიჯიან და სხვა თვითდახმარების ჯგუფებში

ბევრ ადამიანს დიდ დახმარებას უწევს 12-ნაბიჯიანი პროგრამები, მათ შორის – „ანონიმი ალკოჰოლიკები“ (AA) და მასთან დაკავშირებული ისეთი ჯგუფები, როგორცაა „ანონიმი ნარკომანები“ (NA) და „ანონიმი კოკაინის მომხმარებლები“ (CA). ეს თვითდახმარებელი ჯგუფები მთელ მსოფლიოში მუშაობენ, ისინი ადამიანებს სთავაზობენ გამოსაჯანმრთელებელ სოციალური მხარდაჭერის სისტემას და პიროვნების განმავითარებელ პროცესს, რაც ადამიანს ნააქვავებს, ჩაიხედოს საკუთარ არსებაში და ხელი მოჰკიდოს პრობლემებს, რომლებიც გაბუნდოვანებულია ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარებით (Coombs and Howatt, 2005). ზოგადად, ეს პროგრამა არ უნდა განიხილებოდეს მკურნალობის ფორმად. უფრო მართებელი იქნება, თუ ვიტყვით, რომ ეს ჯგუფები არსებობს გამოჯანმრთელების გზაზე მდგარი ალკოჰოლის თუ ნარკოტიკების ავადმომხმარებელთა დასახმარებლად რეაბილიტაციაში. აი, აღწერა, რომელსაც კითხულობენ თითქმის ყველა 12-ნაბიჯიანი მხევედრის დასაწყისისას:

ანონიმი ალკოჰოლიკები [ანონიმი ნარკომანები] გახლავთ იმ ქალებისა და მამაკაცების ამხანაგობა, რომლებიც ერთმანეთს უზიარებენ საკუთარ გამოცდილებას, ძალას და იმედს, რომ შეძლებენ საერთო პრობლემის გადაჭრას. წევრად მიღების ერთადერთი პირობაა ადამიანის სურვილი, შეწყვიტოს ალკოჰოლის [ნარკოტიკის] მოხმარება. წევრობისთვის არ მოითხოვება სანევრო გადასახადი ან საფასური, ჩვენ საკუთარ თავს თავად ვინახავთ ჩვენივე შემოწირულობებით. ამხანაგობა არ უკავშირდება რომელიმე სექტას, სარწმუნოებას, პოლიტიკურ დაჯგუფებას, ორგანიზაციას თუ ინსტიტუციას; არ განიზრახავს, ჩაერთოს რომელიმე სადავო საკითხში, გამოვიდეს ამა თუ იმ საქმის მომხრედ ან მოწინააღმდეგედ. ჩვენი უმთავრესი მიზანია, შევინარჩუნოთ სიფხიზლე და დავხმაროთ სხვა ალკოჰოლიკებს ფხიზლად ცხოვრებაში.

ამ ორგანიზაციებს აქვთ მინიმალური ფორმალური სტრუქტურა და არ გააჩნიათ დასჯის ან გარიცხვის მექანიზმები. ისინი ერიდებიან პროფესიონალიზაციას და აცხადებენ, რომ ერთადერთ ავტორიტეტად გაზიარებულ გამოცდილებას აღიარებენ. AA-ის და NA-ის პროგრამები გადმოცემულია პრინციპების ორ კრებულში, რომლებიც განვითარდა 1935 წელს AA-ის დაარსების მერე. თავდაპირველად ჩამოყალიბდა

*თორმეტი ნაბიჯი*, როგორც ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარებისგან პერსონალური აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროგრამა, მას კი მოჰყვა *თორმეტი ტრადიცია*, რაც გახლავთ ჯგუფებს შორის ურთიერთობის პრინციპები. NA, რომელიც AA-ის მერე ჩაისახა, ცალკე ორგანიზაციაა, რომელიც იყენებს AA-ის იდეებისა და პრინციპების უმრავლესობას.

AA-ის და NA-ის თორმეტი ნაბიჯი იწყება შემდეგი წინადადებით: „აი, ნაბიჯები, რომლებსაც ჩვენ გადავდგამთ და რომლებსაც გამოჯანმრთელების პროგრამად მივიჩნევთ“:

**ნაბიჯი 1:** ვალიარეთ, რომ უმწეობე ვიყავით ალკოჰოლის [ნარკოტიკის] წინაშე და ჩვენი ცხოვრება უმართავი გახდა;

**ნაბიჯი 2:** ვირწმუნეთ, რომ ძალას, რომელიც აღემატება ჩვენს ძალებს, შეუძლია დაგვიბრუნოს სალი აზრი;

**ნაბიჯი 3:** მივიღეთ გადაწყვეტილება, მივანდოთ ჩვენი ნება და ცხოვრება ღმერთის მზრუნველობას, ღმერთს იმ სახით, როგორც ჩვენ წარმოგვიდგება იგი;

**ნაბიჯი 4:** საგულდაგულოდ და უშიშრად ვიკვლიეთ საკუთარი თავი მორალური თვალსაზრისით;

**ნაბიჯი 5:** ვალიარეთ ღვთის, საკუთარი თავის და სხვა ადამიანების წინაშე ჩვენი არასწორი ქცევების ნამდვილი ბუნება;

**ნაბიჯი 6:** სრულად გავემზადეთ იმისთვის, რომ ღმერთი გავგათავისუფლებს ჩვენი ხასიათის ყველა ამ დეფექტისგან;

**ნაბიჯი 7:** თავმდაბლად შევევედრეთ ღმერთს, რომ მოგვაცილოს ჩვენი ნაკლოვანებები;

**ნაბიჯი 8:** შევადგინეთ მათი სია, ვისთვისაც ზიანი მიგვიყენებია, და ვისურვეთ, გამოგვესწორებინა მათ წინაშე ჩადენილი დანაშაული;

**ნაბიჯი 9:** რეალურად გამოვასწორეთ მათ წინაშე ჩადენილი დანაშაული, სადაც შევძელით, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ამის მცდელობა დააზიანებდა მათ ან სხვა ადამიანებს;

**ნაბიჯი 10:** განვაგრძოთ თვითანალიზი და, სადაც მტყუანები გამოვდევით, დაუყოვნებლივ ვალიარეთ ეს;

**ნაბიჯი 11:** ლოცვით და მედიტაციით ვეცადეთ, გავვეუშუბოვს ჩვენი ცნობიერი კავშირი ღმერთთან, ვისაც რა სახით წარმოგვიდგება ის, და ლოცვაში ვითხოვეთ მხოლოდ ჩვენ შესახებ მისი ნების შეცნობა და ძალა ამ ნების აღსასრულებლად;

**ნაბიჯი 12:** ამ ნაბიჯების გადადგმის შედეგად სულიერად გამოფხიზლებულები შევეცადეთ, ეს გზავნილი მიგვეტანა სხვა ალკოჰოლიკებამდე [ნარკოტიკების მოხმარებლებამდე] და ამ პრინციპებით გვეხელმძღვანელო ყველა ჩვენს საქმეში.

წყარო: ანონიმ ალკოჰოლიკთა მსოფლიო სამსახური (Alcoholics Anonymous World Services, Inc., New York, NY.); გამოყენებულია ნებართვით.

*თორმეტი ნაბიჯი* სულ უფრო საყოველთაოდ ცნობილი ხდებოდა და, შესაბამისად, AA იზრდებოდა. ამ ზრდამ მოითხოვა მითითებების არსებობა ჯგუფებს შორის ურთიერთობისთვის, და შედეგად შემუშავდა AA-ის თორმეტი ტრადიცია. ისინი თანდათან შეერწყა თორმეტი ნაბიჯის სხვა ჯგუფების გამოცდილებას:

1. ყველაფერზე წინ უნდა იდგეს საერთო კეთილდღეობა; პიროვნული აღდგენა/გამოჯანმრთელება დამოკიდებულია AA-ის ერთობაზე. AA-ის ყოველი წევრი მხოლოდ ერთი მცირე ნაწილია დიდი მთლიანისა. AA-მა უნდა განაგრძოს სიცოცხლე, თორემ ჩვენი უმრავლესობა უეჭველად დაიღუპება. აქედან გამომდინარე, უპირველესია საერთო კეთილდღეობა. მაგრამ მას ფეხდაფეხ მოჰყვება პიროვნების კეთილდღეობა.



2. ჩვენი ჯგუფური მიზნებისთვის არსებობს ერთადერთი უადრესი ავტორიტეტი – მოყვარული ღმერთი, რა სახითაც არ უნდა გამოხატავდეს იგი თავს ჩვენს ჯგუფურ ცნობიერებაში. ჩვენი ლიდერები მხოლოდ მისანდობი მსახურები არიან; ისინი არ განაგებენ.
3. AA-ის წევრად გახდომის ერთადერთი პირობა სმის შეწყვეტის სურვილია. ჩვენ უნდა მივიღოთ ყველა, ვინც კი ალკოჰოლიზმით იტანჯება; შესაბამისად, უარი არ უნდა ვუთხრათ, ვისაც კი გამოჭანმრთელების სურვილი აქვს. AA-ის წევრობა არ უნდა იყოს დამოკიდებული ფულზე ან მორჩილებაზე. ნებისმიერ ორ-სამ ალკოჰოლიკს, რომლებიც სიფხიზლის მისაღწევად შეიკრიბებიან, შეუძლია თავისთავს AA ჯგუფი უწოდოს.
4. ყოველი ჯგუფი უნდა გახდეს ანონიმური – გარდა იმ საკითხებისა, რომლებსაც გავლენა აქვს სხვა ჯგუფებზე ან მთლიანად AA-ზე.
5. ყველა ჯგუფს აქვს ერთადერთი მთავარი მიზანი: მიაწვდინოს ხმა ალკოჰოლიკებს, რომლებიც დღემდე იტანჯებიან.
6. AA ჯგუფმა არასოდეს უნდა დაუჭიროოს მხარი, დააფინანსოს ან დაუთმოს AA-ის სახელი მასთან დაკავშირებულ ან რამე გარეშე დაწესებულებას, რათა ფულის, საკუთრების და პრესტიჟის პრობლემებმა ჩვენი ყურადღება მთავარ მიზანს არ მოაცილონ.
7. ყველა AA ჯგუფი მთლიანად თვითუზრუნველყოფაზე უნდა იყოს, უარს უნდა ამბობდეს გარე შემოწირულობებზე. არანევრებისგან არ მიიღება არანაირი შენატანი ან მემკვიდრეობა ნიუ-იორკის მთავარ სერვისის ოფისში; ერთი ნევრისგან მიიღება წელიწადში არაუმეტეს 500 000 დოლარი შემოწირულობა და სიკვდილის მერე მხოლოდ ერთი წლის განმავლობაში.
8. AA სამუდამოდ არაპროფესიონალურ სამსახურად უნდა დარჩეს, მაგრამ ჩვენი სერვისის ცენტრებში შეიძლება სპეციალური მომსახურენი იყვნენ დაქირავებული.
9. AA, როგორც ასეთი, არასოდეს უნდა იქცეს ორგანიზაციად, მაგრამ ჩვენ შეგვიძლია, შევქმნათ სერვისის განყოფილებები ან კომიტეტები, რომლებიც პასუხისმგებლები იქნებიან უშუალოდ მათ წინაშე, ვისაც ემსახურებიან. პატარა ჯგუფმა შეიძლება აირჩიოს მდივანი, დიდმა ჯგუფმა – როტაციული კომიტეტი, ხოლო დიდი ქალაქების ჯგუფებმა – თავიანთი ცენტრალური კომიტეტი, რომელიც ხშირად ქირაობს სრულ შტატზე მომუშავე მდივანს. AA-ის ცენტრალური სერვისის საბჭო ასრულებს AA-ის ტრადიციების დამცველის როლს და არის AA-ის ნებაყოფლობითი შემოწირულობების მიმღები. მას ჯგუფებისგან მინიჭებული აქვს ძალაუფლება, მოაგვაროს ჩვენი საერთო ურთიერთობები და არის ყველა ჩვენი პუბლიკაციის სისწორის გარანტი.
10. AA-ს არ გააჩნია არანაირი საქმე გარეშე საკითხებთან; შესაბამისად, AA-ის სახელი არასოდეს უნდა იყოს ჩათრეული საჯარო დავებში.
11. ჩვენი საზოგადოებასთან ურთიერთობის პოლიტიკა ეფუძნება მოზიდვას და არა რეკლამირებას: ჩვენ უნდა შევინარჩუნოთ წევრთა ანონიმურობა პრესის, რადიოსა და გადაღების დონეზე.
12. ანონიმურობა არის ყველა ჩვენი ტრადიციის სულიერი საფუძველი, ის მუდამ შეგვახსენებს, რომ პრინციპები პიროვნულობაზე წინ დავაყენოთ.

წყარო: ანონიმ ალკოჰოლიკთა მსოფლიო სამსახური (Alcoholics Anonymous World Services, Inc., New York, NY.); გამოყენებულია ნებართვით.

AA-ის და NA-ის შეკრებები თითქმის ყველგანაა ხელმისაწვდომი. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი, თუ გულდასმით დაძებნის, როგორც წესი, შეძლებს, დღემდე ერთი შეკრება მაინც იპოვოს. ტარდება ორი სახის შეკრებები: ღია და დახურული. ყველას შეუძლია, დაესწროს ღია შეკრებას, რომელზეც, ჩვეულებრივ, ერთი ან ორი წევრი ყვება ამბავს „როგორ ვიყავი“ და „როგორ ვარ ახლა“. დახურულ შეკრებებზე



დაიშვებინა მხოლოდ წევრები, რადგან ეს შეკრებები უფრო პიროვნულ და ინტიმურ თემებს ეხება ხოლმე. ამ შეკრებებზე, როგორც წესი, განიხილება პირადი პრობლემები ან *თორმეტი ნაბიჯის* თუ *თორმეტი ტრადიციის* განმარტებები.

თქმულიდან გამომდინარე, AA და NA გახლავთ საყოველთაოდ ხელმისაწვდომი, დაბალხარჯიანი დახმარების პროგრამები ალკოჰოლსა ან ნარკოტიკებზე დამოკიდებული იმ პიროვნებებისთვის, რომლებიც მათში ჩართვას მოისურვებენ. ვიმეორებთ, რომ AA არ არის მკურნალობის საშუალება. თვითდახმარების ამ პროგრამაში მონაწილეობა შეიძლება განვიხილოთ დამხმარე საშუალებად პროფესიონალური სამსახურის მიმღები კლიენტისთვის. შემდგომში 12-ნაბიჯიანი ჯგუფები შეიძლება მხარდაჭერის და სტიმულის წყარო იყოს ალდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში იმ ადამიანებისთვის, ვინც მათ შეეთვისება. AA ყველას არ გამოადგება, ისევე, როგორც არც ერთი მიდგომა არ არის განურჩევლად ყველას შესაფერისი, და გონივრული არ იქნება, კლიენტებს დავაძალოთ ამ ფორმის მუშაობაში ჩართვა. ცხადია, რომ AA-ის წევრებს მართლაც ძალიან სჭერათ თორმეტი ნაბიჯის და თორმეტი ტრადიციის, და თუ ისინი არ შეესაბამება ამა თუ იმ კლიენტის ამოცანების ან რწმენის სისტემას, ალბათ არ იქნება გონივრული, უბიძგო მას, აღიაროს შეუძლებლობა ეს მოეძლიოს. თუმცა არ იქნება ურიგო, კლიენტი ნააქებოთ, მოსინჯოს 12 ნაბიჯის ჯგუფებში ჩართვა და ეძიოს ჯგუფები, რომლებიც მოსახერხებელი იქნება მისთვის. „თორმეტნაბიჯიანი პროგრამები თავისი შინაარსით არის „მიზიდვის პროგრამები“ და თერაპევტმა ბალანსი უნდა დაიცვას კლიენტისთვის ჯგუფში ჩართვის საწყისი დაბრკოლებების გადალახვაში დახმარების განევა და გარკვეულ იძულებას შორის, რაც შეიძლება ამბოხის გამომწვევი გახდეს“ (Zweben, 1995, გვ.125).

ბოლოს და ბოლოს, კონსულტანტის პასუხისმგებლობაა კლიენტთან ერთად ინდივიდუალიზებული გეგმა შეადგინოს, და არა – აიძულოს იგი, მოერგოს იმ საშუალებას, რაც უფრო იოლად ხელმისაწვდომია. კონსულტანტებს უნდა ჰქონდეთ ინფორმაცია არა მხოლოდ 12-ნაბიჯიანი ჯგუფების შესახებ, არამედ თვითდახმარების სხვა ჯგუფებზეც, რომლებიც შეიძლება საინტერესო აღმოჩნდეს მათი ზოგიერთი კლიენტისთვის.

მაგალითად, თვითმართვისა და ალდგენა/გამოჯანმრთელების ტრენინგი (Self Management and Recovery Training, SMART) (SMART Recovery, 2009) არ გახლავთ „პროფესიონალური მკურნალობა“, არამედ ის ადამიანებს სთავაზობს უსასყიდლოდ ხელმისაწვდომ თანასწორთა მხარდაჭერის ჯგუფებს, რომლებიც გამოჯანმრთელების სხვადასხვა ფილოსოფიას ეფუძნება. SMART-Recovery-სა და 12-ნაბიჯიან პროგრამას შორის განსხვავებები მოხაზულია აქ [www.smartrecovery.org](http://www.smartrecovery.org), ამ გვერდის მეშვეობით შესაძლებელია, უფრო გამაღივლოთ გაეცნოთ ტრადიციული თვითდახმარების ჯგუფების ამ ალტერნატივას.

SMART მსურველებს სთავაზობს უფასო პირისპირ თუ ონლაინ ურთიერთდახმარების ჯგუფებს. SMART ეხმარება ადამიანებს, თავი დააღწიონ ყველა ტიპის ადიქციურ ქცევას, მათ შორის: ალკოჰოლიზმს, ნარკოტიკების ავადმობხმარებას, ნივთიერებათა ავადმობხმარებას, ნარკოტიკების ადიქციას, ალკოჰოლის ავადმობხმარებას, აზარტული თამაშების ადიქციას, კოკაინის ადიქციას და სხვა ნივთიერებების თუ აქტივობების ადიქციას. SMART AA-ის და NA-ის ალტერნატივაა. მისი მასშტაბები AA-ზე უფრო მცირეა, თუმცა ყოველკვირეულად აფინანსებს 500-ზე მეტ პირისპირ შეხვედრას მთელ მსოფლიოში და 16-ზე მეტ ონლაინ შეხვედრას. ამას გარდა, ისინი საკუთარ სივრცეს უთმობენ ონლაინ მესიჯების დაფას, რომელიც გამოიყენება ფორუმად, სადაც შესაძლებელია SMART-ის შესახებ ინფორმაციის მიღება და დახმარების მოძიება.

SMART-ის გამოცხადებული მიზანია იმ პიროვნებების დახმარება, რომლებმაც არჩიეს ან ვარაუდობენ ამა თუ იმ ადიქციური ქცევის (ნივთიერებაზე თუ ქმედებაზე დამოკიდებულების) შეწყვეტას, და ამ მიზნით ასწავლის მათ, თუ როგორ შეცვალონ

თვითმავნებლური აზროვნება, ემოციები თუ ქმედებები; და იმუშაონ გრძელვადიანი კმაყოფილების მოპოვებასა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესებაზე.

SMART-ის მასალებში ნათქვამია:

1. ჩვენ ვეხმარებით ადამიანებს, თავი დააღწიონ ადიქციურ ქცევას;
2. ჩვენ ვასწავლით, თუ როგორ
  - ა. გაიძლიერონ და შეინარჩუნონ თავის დანებების მოტივაცია;
  - ბ. გაუმკლავდნენ მოთხოვნილებას;
  - გ. მართონ აზრები, გრძნობები და ქცევები;
  - დ. დააბალანსონ იმნუთიერი და ხანგრძლივი კმაყოფილება.
3. ჩვენი ძალისხმევა ეფუძნება მეცნიერულ ცოდნას და ვითარდება მეცნიერული ცოდნის განვითარების კვალად;
4. მივესალმებით ჩვენ რიგებში იმ პიროვნებების დარჩენას, რომლებიც გათავისუფლდნენ ადიქციური ქცევისგან, რათა მათ განამტკიცონ საკუთარი მიღწევები და დაეხმარონ სხვებს.

წყარო: SMART Recovery®, Mentor, OH. გამოყენებულია ნებართვით.

SMART მიიჩნევს, რომ ადიქციური ქცევა შეიძლება წარმოქმნას როგორც ნივთიერებათა მოხმარებამ (იგულისხმება ყველა სახის ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, მათ შორის ალკოჰოლი, ნიკოტინი, კოფეინი, საკვები, აკრძალული ნარკოტიკები და დანიშნულებით მიღებული მედიკამენტები), ასევე – აქტივობებში ჩაბმამ (როგორცაა, მაგ., აზარტული თამაშები, სექსუალური ქცევები, ჭამა, ფულის ხარჯვა, ურთიერთობები, ვარჯიში, ა.შ.); რომ არსებობს ადიქციური ქცევების სხვადასხვა ხარისხი და გარკვეული ხარისხით ისინი ყველა ადამიანს ახასიათებს. ზოგი პიროვნებისთვის ადიქციური ქცევის (რომელიც შეიძლება რამდენიმე ნივთიერებას ან აქტივობას გულისხმობდეს) უარყოფითი შედეგები იმდენად დიდ მასშტაბებს იძენს, რომ ცვლილება უაღრესად სასურველი ხდება.

SMART-ის მუშაობის ხერხები ძირითადად ეფუძნება კოგნიტურ-ბიჰევიორული თერაპიას (CBT), განსაკუთრებით კი – ალბერტ ელისის (Albert Ellis, Ph.D.) მიერ შემუშავებულ რაციონალური ემოციური ქცევის თერაპიას (Rational Emotive Behaviour Therapy). ზოგადად, CBT ადიქციურ ქცევას განიხილავს კომპლექსურ უმართებულო ქცევად და არა ავადმყოფობად.

ანუ, რომ შევაჯამოთ:

1. SMART-Recovery ეყრდნობა მეცნიერულ საფუძველს, და არა სულიერს;
2. SMART-Recovery ადამიანებს ასწავლის საკუთარ თავზე დაყრდნობას და არა უმწეობას;
3. SMART-Recovery ადიქციურ ქცევას განიხილავს უმართებულო, ცუდ ჩვევად, და არა ავადმყოფობად;
4. SMART-Recovery შეკრებები სადისკუსიო შეკრებებია, რომლის დროსაც ადამიანები ერთმანეთს ელაპარაკებიან, ამხნევენ და იღებენ უზიარებენ;
5. SMART-Recovery მომხრეა, პიროვნება მის პროგრამაში ჩართული იყოს თვითონ და წლობითაც, მაგრამ არა მთელი სიცოცხლის განმავლობაში;
6. SMART-Recovery-ს სპონსორები არ ჰყავს;
7. SMART-Recovery წინააღმდეგია ისეთი იარაღების გამოყენების, როგორიცაა „ალკოჰოლიკი“ და „ნარკომანი“.

წყარო: SMART Recovery®, Mentor, OH. გამოყენებულია ნებართვით.

ნათელია, რომ ეს პროგრამა შემუშავებული იქნა იმ ადამიანებისთვის ალტერნატივის შესათავაზებლად, ვისი წარმოდგენაც ნივთიერებათა ავადმომხმარების შესახებ შეუთავსებელია AA-ის მიდგომასთან.

ქვემოთ ჩამოთვლილია საერთო იდეები, რომლებსაც ეყრდნობიან SMART და Rationale Recovery (კიდევ ერთი რაციონალურ-ემოციური მიდგომა, რომელიც ტრადიციული AA-ის და NA-ის ჯგუფების ალტერნატივაა):

1. ადამიანები დიდწილად თავად არიან პასუხისმგებლები ნარკოტიკის და ალკოჰოლის მოხმარების ქცევაზე;
2. ადამიანები მართლაც ახერხებენ „თავის დანებებას“, ანუ სავსებით აღწევენ თავს ადიქციას;
3. არ არის საჭირო პროგრამის წევრობა მთელი სიცოცხლის მანძილზე. ითვლება, რომ ზოგი ადამიანი სწრაფად გამოჯანმრთელდება, სხვები – ერთ-ორ წელიწადში.
4. არ არის გამართლებული, ადამიანს მიეკრას „ნარკომანის“ ან „ალკოჰოლიკის“ იარლიყი – რათა თავიდან იქნეს აცილებული იარლიყების მიკერებასთან დაკავშირებული უარყოფითი შედეგები.
5. ალკოჰოლური დამოკიდებულება ან სხვა ნარკოტიკზე დამოკიდებულება არ არის „დაავადება“ მისი ჩვეულებრივი მნიშვნელობით. არამედ, ცხოვრების შემწირველი, მძიმე ქცევითი პრობლემებია, თანმდევი მრავალგვარი მოულოდნელი გართულებით; ამ პრობლემების მქონე ადამიანების სჭირდებათ, ისწავლონ მათთან გამკლავება და უშუალო პასუხისმგებლობა აიღონ საკუთარ ცხოვრების ნირზე.
6. ადამიანები, ვისაც ალკოჰოლის და სხვა ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემა აქვთ, კარგი ადამიანები არიან. ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების აღმოფხვრა ადამიანებს უფრო ბედნიერს და ჯანმრთელს ხდის, მაგრამ თავისთავად არ აქცევს მათ „უკეთეს ადამიანებად“.
7. უარყოფა არის თვითმოფრთხილების მეთოდი და კონსულტანტებმა უნდა იმუშაონ იმისათვის, რომ დაეხმარონ კლიენტებს, ჩაერთონ ცვლილების პროცესში, რომელიც არის შინაგანად მოტივირებული, უსაფრთხო და პროდუქტიული. უარყოფის კონფრონტაცია ხშირად კიდევ უფრო აძლიერებს თავდაცვას, ასე რომ, კონსულტანტების ძალისხმევა ყველაზე უფრო ეფექტიანი მაშინ შეიძლება იყოს, თუ გამოიყენებენ მოტივაციის ასამაღლებელ ტექნიკას და კლიენტს გაუიოლებენ გადასვლას პრობლემური მოხმარებიდან მოუხმარებლობაზე.
8. თვით-აღდგენა, სპონტანური რემისია და მომხმარებლის მიერ წარმართული ცვლილება ხშირი მოვლენაა. პიროვნების საკუთარი რესურსები და გადამწყვეტილების მიღების უნარი, ამათ დამატებული სხვა ცვლადი ფაქტორებიც, მაგალითად, ოჯახის მხარდაჭერა, ხშირად გახლავთ ნივთიერებათა მოხმარებისგან თავისუფალი ცხოვრების საწინდარი. ბევრჯერ ხდება, რომ ამ პროცესის ნაწილი არის კონსულტანტი, მაგრამ ცვლილებისთვის საჭიროა რწმენა, რომ კლიენტს საკუთარი ძალებით შეუძლია ამის მოხერხება და რომ ცვლილების უნარის ქონა პატივსაცემი თვისებაა. ამგვარი შემთხვევებისას კონსულტანტი შეიძლება უბრალო მრჩეველად განვიხილოთ და კლიენტი მას მხოლოდ ერთხელ ან ორჯერ შეხვდეს. ეს ცხადყოფს საჭიროებას, რომ ყოველი ინტერაქცია, რომელიც ნივთიერებათა მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემებით შეწუხებულ ადამიანთან ხორციელდება, უნდა განვიხილოთ, როგორც იმედის ჩანერგვის, გამხნეების და თავდაჭერებულობის და თვითეფექტურობის წაქეზების ფრთხილად გამოსაყენებელი შესაძლებლობა.

წყარო: SMART Recovery®, Mentor, OH. გამოყენებულია ნებართვით.

„ქალები ფხიზელი ცხოვრებისთვის“ (Women for Sobriety, 2009) (ვებსაიტი: [www.WomenforSobriety.org](http://www.WomenforSobriety.org)) ასევე სთავაზობს ადამიანებს AA-ის ალტერნატივას. ზოგ ქალს აშკარად სჭირდება იმგვარი ფილოსოფიური მიდგომა, რომელიც თავისი ბუნებით პოზიტიურია და მახვილს სვამს გაძლიერებაზე და არა უმწეობაზე. ამ

ორგანიზაციის *ახალი ცხოვრების მიღების პროგრამას* (The New Life Acceptance Program) საკუთარი დებულებების კრებული აქვს შემუშავებული:

1. მე მაქვს სიცოცხლისთვის საშიში პრობლემა, რომელსაც ოდესღაც მთლიანად ვყავდი დაპყრობილი;
2. ნეგატიური ფიქრები მხოლოდ მე მანადგურებს;
3. ბედნიერება არის ჩვევა, რომელსაც მე განვივითარებ;
4. პრობლემები მხოლოდ იმდენად მანუხებს, რამდენადაც მე ვრთავ ამის ნებას;
5. მე ის ვარ, რასაც მე ვფიქრობ;
6. ცხოვრება შეიძლება იყოს ჩვეულებრივი ან მშვენიერი;
7. სიყვარულმა შეიძლება ჩემი სამყაროს მიმართულება შეცვალოს;
8. ცხოვრების უმთავრესი საკითხი ემოციური და სულიერი ზრდაა;
9. წარსული სამუდამოდ გარდასულია;
10. გაცემული სიყვარული უდანაკლისოდ გიბრუნდება;
11. ერთუბიანობა ჩემი ყოველდღიური თანმხლებია;
12. მე უნარიანი ქალი ვარ და ბევრი რამ შემიძლია მივცე ცხოვრებას;
13. ჩემს თავზე და ჩემს მოქმედებებზე პასუხისმგებელი მე ვარ.

წყარო: Women for Sobriety, Inc. Quakertown, PA. გამოყენებულია ნებართვით.

ამ სისტემების კეთილგონივრული გამოყენება მოიცავს გეგმის შედგენას კონსულტანტსა და კლიენტს შორის თანამშრომლობით. როგორც ყოველთვის, აღდგენა/გამოჯანმრთელების სტრატეგიის არჩევაში საბოლოო სიტყვა კლიენტს ეკუთვნის.

## ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის და ფსიქიკური პრობლემების თანაარსებობა

ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის შემთხვევებზე მომუშავე კონსულტანტები ამჩნევენ, რომ მათი ბევრი კლიენტი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებსაც ებრძვის. ფილდსი (Fields, 2010, in press) გვაცნობებს, რომ ფსიქიატრიული აშლილობების მქონე პაციენტთა დაახლოებით ერთი მესამედი ნივთიერებათა ავადმომხმარებელია და ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტების ნახევარზე მეტი ჯდება ფსიქიატრიული აშლილობის დიაგნოზის კრიტერიუმებში. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტებს შორის ფსიქიკური ჯანმრთელობის ყველაზე გავრცელებული პრობლემებია შფოთვა და გუნებ-განწყობის აშლილობები, განსაკუთრებით – დიდი დეპრესია.

ამ პრობლემის გადაჭრაზე მუშაობა რთულია, რადგან ძნელია მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის განსაზღვრა. ფილდსის აზრით, ნივთიერებათა ავადმომხმარებელს ან ნარკოტიკების აღკვეთამ შესაძლოა გამოიწვიოს ფიზიკური სიმპტომები, დაემსგავსოს ფსიქიატრიულ აშლილობებს ან შენიღბოს ფსიქიატრიული სიმპტომები. და პირიქითაც: ფსიქიატრიული ქცევები შეიძლება მიემსგავსოს ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქცევებს ან დაბრკოლება შეუქმნას ადიქციისგან გამოკეთებას. რასაკვირველია, ფსიქიატრიული და ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემები შეიძლება გვერდიგვერდ არსებობდეს.

ერთმა აშლილობამ შეიძლება გამოიწვიოს მეორის გამოვლენა ან შეიძლება, ორი აშლილობა ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად, გვერდიგვერდ არსებობდეს. იმის განსაზღვრა, ეს აშლილობები ერთმანეთთან კავშირშია თუ არა, შეიძლება ძნელი იყოს და ამას იქნებ დიდი ნიშნელობა არც ჰქონდეს, როცა პაციენტს ძველი, კომბინირებული აშლილობები აქვს. განვიხილოთ 32 წლის პაციენტი ბიპოლარული



აშლილობით, ვისაც ალკოჰოლის ავადმომარების და მანიის პირველი სიმპტომები 18 წლის ასაკში გამოაჩნდა და ვინც განაგრძობს ალკოჰოლზე დამოკიდებულად ყოფნას, რასაც მანიაკალური და დეპრესიული ეპიზოდების გამოვლენაც ერთვის. ამ შემთხვევაში პაციენტს აქვს ორი კარგად განვითარებული დამოუკიდებელი აშლილობა, რომელთაგან ორივე მკურნალობას მოითხოვს.

წარსულში ადიქციის მკურნალობის ბევრი პროვაიდერი მოითხოვდა, რომ ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემებზე მუშაობა დაწყებულიყო მხოლოდ მას მერე, რაც სიფიზილის გარკვეული პერიოდი შესაძლებელს გახდიდა ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკების გამოორიხვას ქვევითი სიმპტომების უმთავრესი მიზეზებიდან. მეორე მხრივ, ფსიქიკური ჯანმრთელობის მკურნალები ხშირად ყურადღების ცენტრში აქცევდნენ ფსიქიატრიულ პრობლემებს და ვერ ახერხებდნენ მათ მიერ შემჩნეული სიმპტომების წარმოქმნაში ნივთიერებათა მოხმარების როლის ამოცნობას. ახლა უკვე საყოველთაოდ არის აღიარებული, რომ ერთადერთი გზა, უპასუხო იმ კლიენტის საჭიროებას, რომელსაც ერთდროულად აწუხებს ნივთიერებათა ავადმომარების და ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები, არის ინტერდისციპლინური გუნდური მუშაობა და კომპლექსური სამკურნალო გეგმები.

უფექტიანი მუშაობა ინდივიდებთან, რომლებსაც ორმაგი დიაგნოზი აქვთ, მოითხოვს კლიენტის ფიზიკურ სიმპტომებზე მუდმივ რეჟიმში დაკვირვებას. თუ კლიენტი ფიზიკურ სიმპტომებს მკურნალობს, დაეხმარე მას და ეცადე, ჩანვდეს გამოყენებული მკურნალობის არსს. ვალენი და ვეინერი (Wallen and Weiner, 1989) აგრეთვე გვაფრთხილებდნენ, რომ მკურნალი სიფრთხილით უნდა მოეკიდოს მკურნალობის პროცესში ადრეულ სტადიებზე ინტენსიურ კონფრონტაციას, რათა თავიდან აირიდოს შფოთვის კიდევ უფრო გაძლიერება, რამაც შეიძლება გააუარესოს კლიენტის ფსიქიატრიული სიმპტომები. ისევე, როგორც ყველა სხვა კლიენტთან, წარმოაჩინეთ და განიხილეთ პრობლემები კონკრეტული, პირდაპირი ფორმით და დაეხმარეთ კლიენტს, განივითაროს უნარები, გარემოს თუ ადამიანებთან ურთიერთობის სტრესულ ფაქტორებს ისე გაუმკლავდეს, რომ ნივთიერებათა მოხმარებას არ მიმართოს.

სტრუქტურა, რჩევები და მხარდაჭერა, ისევე, როგორც ფოკუსირება იმ ფაქტორების განსაზღვრაზე, რაც შესაძლოა ნივთიერებათა მოხმარების ბიძგი გახდეს, და მათთან შედეგიანად გასამკლავებლად გეგმების დასახვა უფექტიანი თერაპიული რეჟიმის ძირითადი კომპონენტებია.

კიდევ ერთი მნიშვნელოვანი საკითხი ორმაგი დიაგნოზის მქონე ინდივიდებთან მუშაობისას არის ის, რომ მკურნალი ძლიერ ფიზიკურად უნდა ადევნებდეს თვალყურს პიროვნების ფსიქიკური მდგომარეობის ნებისმიერ ცვლილებას, რომელიც შეიძლება მისი ფსიქიატრიული პრობლემის დამძიმებას მიანიშნებდეს.

ვალენი და ვეინერი (Wallen and Weiner, 1989) ასევე გამოთქვამენ აზრს, რომ კომპეტენტური მკურნალები ხელს უწყობენ და ეხმარებიან კლიენტის ჩართვას კონსტრუქტიულ დასასვენებელ აქტივობებში, საგანმანათლებლო და პროფესიული სწავლების პროგრამებში ჩართვაში დახმარებასთან ერთად.

როცა ეს მიზანშეწონილია, კლიენტთან შეთანხმებით შეიძლება მისი 12-ნაბიჯიან პროგრამაში ჩართვის მოსინჯვა. ამ შემთხვევაში კონსულტანტმა უნდა მიუთითოს სპეციალიზებული 12-ნაბიჯიანი პროგრამის შეკრებები, სადაც შესაძლებელი იქნება ორმაგი დიაგნოზის პრობლემებზე მუშაობა და სადაც გაგებით და თანაგრძნობით მოეკიდებიან სირთულეებს, რომლებიც ფსიქიატრიული დაავადებების მკურნალობას უკავშირდება.

სხვა მხრივ, თანაარსებული ფსიქიატრიული პრობლემების მქონე პიროვნების მკურნალობა ზუსტად ისევე უნდა მიმდინარეობდეს, როგორც მისი არმქონე პაციენტების მკურნალობა. კლიენტს პატივი უნდა ვცეთ და ღირსეულად და თანაგრძნობით უნდა მოვეპყრათ.



ვალემის მსგავსად, ზევენიც (Zweben, 1995) ხაზს უსვამს, რომ მნიშვნელოვანია, ნავაქეზოთ თანაარსებული პრობლემების მქონე ადამიანები, ჩაერთონ 12-ნაბიჯიან შეკრებებში, რომლებიც კარს უხსნის მკურნალობის პროცესში ჩართულ ადამიანებს.

ჩვენ მიერ აღრე ნახსენებ კომპლექსურ და მხარდაჭერ მიდგომას აგრეთვე ძლიერ ინონებს შაკა (Sciacca, 1997), რომელიც აღნიშნავს:

მხარდაჭერა, ნახალისება და რწმენა, რომ ცვლილება შესაძლებელია, არსებითია. კლიენტისთვის, რომელსაც მძიმე ფსიქიკური სიმპტომები აქვს და ეს შეიძლება აუარესებდეს მომავლის მისეულ ხედვას, ექიმმა უნდა მოხაზოს ცვლილების შედეგი და კლიენტს აუწეროს ეს შესაძლებლობები. კლიენტი მონაწილეობას იღებს ცვლილებისთვის გამიზნულ მოქმედებათა თანამიმდევრობაში. (გვ. 45)

საინტერესოა აღინიშნოს, რომ სიძლიერეზე დაფუძნებული სამკურნალო მიდგომა ასევე ნაქეზებულია *მკურნალობის გაუმჯობესების პროტოკოლის* (Treatment Improvement Protocol) ნაშრომში, რომელიც ეხება ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ და ამავე დროს ფიზიკური ან კოგნიტური შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე კლიენტებს.

იმისთვის, რომ მკურნალობა წარმატებული იყოს, ყველა კლიენტს შეგნებული უნდა ჰქონდეს იმ განსაკუთრებული სიძლიერის არსებობა, რომელიც მათ შეუძლიათ შესძინონ აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესს. სიძლიერეზე დაფუძნებული სამკურნალო მიდგომა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანებისთვის, ვისაც იმის გამო, რომ ხშირად განიხილებოდნენ იმ თვალსაზრისით, თუ რა არ შეუძლიათ მათ ან რის გაკეთებას არ უნდა შეეცადონ, შეიძლება ნასწავლი ჰქონდეთ საკუთარი თავის განსაზღვრა საკუთარი შეზღუდვების და უნარობის რაკურსში. (Moore, 1998, თავი 3, გვ. 2)

ამ ფილოსოფიის კონტექსტში, მკურნალობა უნდა მოერგოს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე ადამიანების საჭიროებებს და ინდივიდუალიზებული სამკურნალო გეგმები ნორმად უნდა იქცეს.

## შეჯამება

კონსულტაციის განევის პროცესში პირველი ნაბიჯი გულისხმობს თანამშრომლობითი ურთიერთობის ჩამოყალიბებას. კონსულტანტის წარმატება ასეთი ურთიერთობების ჩამოყალიბების საქმეში დამოკიდებულია ისეთ თვისებებზე, როგორცაა ემპათია, გულწრფელობა, უშუალოება, სიტბო, პატივისცემა და კულტურული სენსიტიურობა. ურთიერთობის აგებისთვის აგრეთვე მნიშვნელოვანია პოზიტიური გარემოს შემქმნელი სტრატეგიის გატარების უნარის ქონა.

მას მერე, რაც ჩამოყალიბდება ძლიერი კონსულტატიური ურთიერთობა, კონსულტანტს ნივთიერებათა მოხმარების შესაწყვეტად სხვადასხვა შესაძლებლობათა გამოყენება შეუძლია. ამ შესაძლებლობებს შორისაა კლიენტის დახმარება მაღალი რისკის სიტუაციების განსაზღვრასა და მათთან გამკლავებაში, და ისეთი სტრატეგიების გამოყენება, როგორცაა რელაქსაციის ტრენინგი, მოდელირება, დათქმების შეთანხმება და მართვა, სისტემური დესენსიტიზაცია და ფარული ავერსიული თერაპია. საყოფაცხოვრებო უნარების ტრენინგები მუშაობს ნივთიერებათა მოხმარებასთან დაკავშირებული ქვევის ცვლილებაზე და ეხმარება კლიენტს, გადადგას შემდგომი ნაბიჯები მისი სამკურნალო გეგმის მომდევნო მიზნების მისაღწევად. ამ თავში აღწერილი უნარების ტრენინგები ფოკუსირებულია ასერტულობაზე, სოციალურ უნარებზე, ბიპვეიორულ თვითკონტროლზე, ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარების ალტერნატივებზე, პრობლემის გადაჭრაზე, ემოციურ მხარეზე და სტრესის მართვაზე. ჩვენ აგრეთვე გამოვთქვამთ აზრს, რომ, თუმცა კლიენტებს არ უნდა ვაიძულოთ, ჩაერთონ 12-ნაბიჯიანი ან სხვა თვითდახმარების ჯგუფების მუშაობაში, მათ უნდა მიეცეთ შესაძლებლობა, მოსინჯონ ეს პოპულარული და მხარდაჭერი

პროგრამები. ასევე განხილული იყო ჩამოთვლილი სტრატეგიების გამოყენება იმ კლიენტებისთვის, რომლებსაც აქვთ თანაარსებული ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემები და შვებულებული შესაძლებლობები.

**კითხვები ფიქრისა და განსჯისათვის**

1. მათი კონსულტანტთან სენსზე ხვევა თანამშრომელთა დახმარების პროგრამით, რომელიც ფუნქციონირებს ქარხანაში, სადაც მათი მუშაობს. მას კონსულტანტთან ვიზიტის მიმართვა მიეცა გაცდენების და „გუნებ-განწყობის ხშირი მონაცვლეობის“ გამო, როგორც ამას მისი ხელმძღვანელი თვლის. მათი ამბობს, რომ ქარხანაში ძალიან სტრესულ სიტუაციაშია. მას ამ ქარხანაში მუშაობის 12-წლიანი სტაჟი აქვს და მიაჩნია, რომ თავის საქმეს კარგად აკეთებს. ამბობს, რომ მისი ბოსი, რომელიც აქ 2 წლის წინ გადმოვიდა, ბევრ პრობლემას უქმნის. მას და ბოსს ხშირი კონფლიქტები ჰქონდათ და მათი ფიქრობს, რომ მის სამუშაო ადგილს საფრთხე ემუქრება.

მატი ამბობს, რომ ბოსი ყოველ დღით რაიმე მიზეზით უშარდება. მათს უნდა, რომ თავი დაიცვას, მაგრამ იცის, რომ ჯობია, უსიამოვნებას თავი აარიდოს. ბოლო დროს ყოველ დღით ბრაზით დულს. საუბრის შესვენების დრო რომ მოდის, უკვე ლამისაა იფეთქოს. ამის ნაცვლად, ის მიდის ქარხნის მახლობლად ბარში თავის თანამშრომლებთან ერთად, რომლებიც იქ უკვე წლებია დადიან. არცთუ დიდი ხნის წინ შენიშნა, რომ ლანჩზე ჩვეულებრივზე მეტს სვამს. ორჯერ ნაშუადღევს ხელმძღვანელმა უთხრა, ლუდის სუნი გიდისო. მეორე ჯერზე მან ჩათვალა, რომ მათი მუშაობისთვის შეუფერებელ მდგომარეობაში იყო და სამედიცინო კაბინეტში გაგზავნა. უმეტესწილად, მათი ნაშუადღევსაც ისევე დაძაბულად გრძნობს თავს, როგორც დილაობით. როგორც თავად ამბობს, „ერთი სული მაქვს, როდის მივალ სახლში, ფეხებს მალლა შემოვანყობ, ერთი-ორ ღერს შევუკეთებ და მოვწევ და საკმარის ლუდს ჩავისხამ – რომ შევძლო, დავიძინო და მეორე დღიდან ისევ იგივე დავიწყო“.

მატს სურს რაღაც შეცვალოს, რადგან სადაცაა, სამუშაოც და ქორწინებაც ხელიდან გამოეცლება. მაგრამ თვლის, რომ ბევრი არაფრის გაკეთება შეუძლია, რადგან მიაჩნია, რომ პრობლემის თავი და თავი მისი ხელმძღვანელია.

მატის სიტუაციიდან გამომდინარე, რამდენად გამოსადეგი შეიძლება ყოფილიყო ჩამოთვლილ ბიჰევიორულ ინტერვენციათაგან თითოეული:

- ა. მაღალი რისკის სიტუაციების განსაზღვრა და მათ მოსაგვარებლად უკეთესი გამკლავების სტრატეგიების მოძებნა;
- ბ. რელაქსაციის ტრენინგი;
- გ. დათქმების შეთანხმება;
- დ. ასერტულობის ტრენინგი.

ზოგადად, როგორ დაეხმარებოდით მათს ნივთიერებათა მოხმარების ქცევის შეცვლაში?

2. ბიჰევიორული თვითკონტროლის ტრენინგი გამოიყენებოდა ადამიანების დასახმარებლად ალკოჰოლის მოხმარებისას ზომიერების შენარჩუნებაში. ალკოჰოლის კონტროლირებადი მოხმარების იდეა სადავო გახდა, ნაწილობრივ მაინც, რადგან ადამიანები მსჯელობდნენ იმაზე, თუ რამდენად იყო შესაძლებელი მისი აღიარება მიღწეულ შედეგად. რეალურად, ამ საკითხს შეიძლება უფრო რაციონალურად მივუდგეთ, თუ ვიფიქრებთ პიროვნებებზე და მიზნებზე, რომლებიც შეიძლება მათთვის სწორი გადანწყვეტილება იყოს. თუ გიმუშავიათ ისეთ პიროვნებასთან ან თუ იცნობთ ვინმეს, ვისთვისაც უფრო მართებული

მიზანი იქნებოდა მოხმარების ზომიერების მიღწევა და არა აბსტინენცია? რა თვისებებით გამოირჩეოდა ეს პიროვნება? ამის საპირისპიროდ, რა თვისებების მქონე ადამიანისთვის იქნებოდა არასწორი მიზნად ზომიერი მოხმარების დასახვა და სწორი – აბსტინენციის მიღწევა?

### ბიბლიოგრაფიკი

- Carroll, K. M. (1998). A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addicts. In *Manual I: Therapy manual for drug addicts*. Rockville, MD: NIDA, DHHS.
- Coombs, R., and Howatt, W., (2005). *The addiction counselor's desk reference*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Fields, R. (2010, in press). *Drugs and Perspective*. San Francisco: McGraw Hill.
- Miller, W., & Brown, S. (2009). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. In A. Marlatt & K. Witkiewitz(Eds.), *Addictive behaviors*: Washington, DC: American Psychological Association.
- Moore, D. (1998). Substance-use disorder treatment for people with physical and cognitive disabilities. In *Treatment improvement protocol 29*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
- Niaura, R., & Abrams, D. (2009). Smoking cessation: Progress, priorities, and prospectus. In A. Marlatt & K. Witkiewitz(Eds.), *Addictive behaviors*: Washington, DC: American Psychological Association.
- Sciaccia, K. (1997, February). Removing barriers: Dual diagnosis and motivational interviewing. *Professional Counselor*, 12 (1), 41-46.
- SMART Recovery. (2009, March). Retrieved March 26, 2009, from <http://www.smartrecovery.org>
- Stitzer, M., Pierce, J., Petry, N., Kirby, K., Roll, J., Krasnansky, J., Cohen, A., Blaine, J., Vandrey, R., Kolodner, K., and Rui, L. (2009). Abstinence- based incentives in methadone maintenance: Interaction with intake stimulant test results: In A. Marlatt & K. Witkiewitz(Eds.), *Addictive behaviors*: Washington, DC: American Psychological Association.
- Wallen, J. (1994). *Addiction in human development perspectives on addiction and recovery*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Wallen, M., & Weiner, H. (1989). The dually diagnosed patient in an inpatient chemical dependency treatment program. *Alcoholism Treatment Quarterly* 5(1/2), 197-218.
- Women for Sobriety. (2009). *New life program*. Retrieved February 26, 2009, from <http://womensobriety.org>
- Zweben, J. A. (1995). Integrating psychotherapy and 12-step approaches . In A. M. Washton (Ed). , *Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook* (pp. 124-140). New York: Guilford Press.

# კლიენტების გაძლიერება ჯგუფური მუშაობის მეშვეობით

ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტების აღდგენა/გამოჯანმრთელებაზე უდიდეს გავლენას ახდენს მათი ინტერპერსონალური ურთიერთობები და სოციალური უნარები. იმის გამო, რომ ჯგუფური მუშაობა უშუალოდ ამ საკითხებს აქცევს ყურადღების ფოკუსში, მას, როგორც მკურნალობის კომპონენტს, უდიდესი პოტენციალი აქვს.

ერთ-ერთი მიზეზი, თუ რატომ გახდა ჯგუფური მუშაობა ასე პოპულარული, ის გახლავთ, რომ იგი ხშირად ინდივიდუალურ მიდგომაზე უფრო ეფექტიანია. ეფექტიანობა მომდინარეობს იმ ფაქტიდან, რომ ჯგუფის წევრები არა მარტო აცნობიერებენ საკუთარ ფსიქიკურ მდგომარეობას (ინსაითი), არამედ პრაქტიკულად ივარჯიშებენ ახალ უნარებს როგორც ჯგუფის შიგნით, ასევე მის გარეთაც ყოველდღიურ ურთიერთობებში. ამას გარდა, ჯგუფის წევრებისთვის ბევრის მომცემია სხვა წევრების და წამყვანის მხრიდან უკუკავშირი და მათი ინსაითები. ჯგუფებში მუშაობა მოდელირების უამრავ საშუალებას იძლევა და მათ წევრებს შეუძლიათ, მსგავსი პრობლემების მქონე წევრებზე დაკვირვებით ისწავლონ საკუთარ სირთულეებთან გამკლავება. (Corey, 2008, გვ. 4-5)

თანამშრომლობითი ჯგუფური ურთიერთობის და ახალი უნარების გავარჯიშების კომბინირება მშვენივრად ერგება იმ კლიენტების საჭიროებებს, ვინც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლად ებრძვიან.

ნარკოპრობლემების მქონე კლიენტები ხშირად იწყებენ მკურნალობას დამახინჯებული შეხედულებებით საკუთარი თავისა და დანარჩენი მსოფლიოს შესახებ – ძირითადად იმის გამო, რომ ნარკოტიკების მოხმარების წლებმა დაბინდა მათი აღქმები. ნარკოტიკების მოხმარების ხანგრძლივი პერიოდები ხშირად უკავშირდება სოციალური უნარების დეფიციტსაც, ისინი კი აუცილებელია ნარკოტიკებისგან თავისუფალ სოციალურ გარემოში. სამკურნალოდ მისული ადამიანები ხშირად

უნდობლობით არიან სავსე და თავს გარიყულად გრძნობენ, მით უფრო, თუ ნარკოტიკების გამო უკვე დაკარგეს ან გაანადგურეს ყველა ჯანსაღი კავშირი, რომელიც შეიძლება ჰქონოდათ. პრაქტიკულად ყველა კლიენტი, რომელიც ეძებს დახმარებას ნარკოტიკებთან დაკავშირებულ საკითხებში, საჭიროებს ახალი ქცევის დასწავლას ან კარგა ხნის წინ დაავადებულის გახსენებას. ამგვარად, ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტებისთვის უდავოდ ფასეულია, მიეცეთ შესაძლებლობა, გადაამოწმონ დამახინჯებული აღქმები, მოსინჯონ ახალი ქცევები, მიიღონ უკუკავშირი მათი თვითმავნებლური ქცევების შესახებ და გაეხსნან სხვა ადამიანებს უსაფრთხო გარემოში.

თუმცა ჯგუფური მუშაობა, როგორც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობის სტრატეგია, ძალიან მრავლისაღმთქმელია, ამ დაპირებათა რეალიზაცია ყოველთვის ვერ ხერხდება. სამწუხაროდ, წარსულიდან გადმონაშთი „საყოველთაოდ მიღებული სიბრძნის“ შედეგად ჯგუფური მუშაობა ისე ჩამოყალიბდა, რომ აქცენტი კეთდება ან ვერბალურ კონფორტაციაზე ან ინფორმაციის დიდაქტიკურ მიწოდებაზე. ეს მეთოდები არ შეესაბამება ადამიანის ქცევის ცვლილების შესახებ ცოდნას და აკლია მრავალი ისეთი მახასიათებელი, რომელიც ჯგუფის მუშაობას ეფექტიანს გახდიდა.

წარსულში ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტებისთვის ჯგუფური სენსები ყურადღებას ამახვილებდა კონფორტაციაზე, რომლის დროსაც ჯგუფის ლიდერი და წევრები უდიდეს ძალისხმევას დებდნენ „უარყოფის დაძლევაში“ ანუ კლიენტების დარწმუნებაში, ელიარებიანთ საკუთარი აღიქვია. ამ სენსებში ჯგუფური პროცესი მხოლოდ მაშინ ითვლებოდა წარმატებულად, თუ კლიენტი სიტყვიერად დაადასტურებდა, რომ თანახმა იყო მიეღო „ალკოჰოლიკის“ ან „დამოკიდებულის“ იარლიყი. ამ მიდგომამ საყოველთაოდ მოიკიდა ფეხი, განსაკუთრებით სტაციონარებში, სავარაუდოდ იმის გამო, რომ ჯგუფების ლიდერები ვერ იაზრებდნენ, რა ცოტა აქვს საერთო „სწორ“ ვერბალიზაციას ქცევის რეალურ ცვლილებასთან. შეიძლება, ბევრი კლიენტი ემორჩილება იძულებას და ზედაპირულ დონეზე იღებს კონცეპტუალიზაციებს, რომლებიც სინამდვილეში არ აქვთ გაშინაგნებული. თუ ჯგუფური ურთიერთობა გამოიყენება ამ ტიპის დათმობაზე წასვლისთვის ბიძგის მისაცემად, ესე იგი, ვერ არის გათვალისწინებული ჯგუფური ურთიერთქმედებებისა და გავლენების რეალობები. დიდი ხანია ცნობილია, რომ არსებობს მკაფიო სხვაობა დათმობასა და გაშინაგნებას (ინტერნალიზაციას) შორის. დათმობა არის ინდივიდის მხრიდან ჯგუფის გავლენის აღიარების და მისი ცნობიერი თუ არაცნობიერი სურვილის შედეგი, მიღებული და აღიარებული იყოს ჯგუფში. ინტერნალიზაცია მაშინ ხდება, როდესაც ინდივიდი მართლაც იჭერებს ახლად შეძენილი ცოდნის ან ქცევის ეფექტიანობას. თუკი ნივთიერების მომხმარებელი იღებს იარლიყს მხოლოდ დათმობის დონეზე, ქცევაზე ამის გავლენა შესაძლოა მხოლოდ ჯგუფის კონტექსტით შემოიფარგლოს. იმან, რაც დანახული იყო, როგორც „უარყოფის დაძლევა“, სინამდვილეში შესაძლოა არავითარი გავლენა არ მოახდინოს ყოველდღიური ცხოვრების ქცევაზე, რის შეცვლასაც ჩვენ ვლამობთ.

ამის მსგავსად, ჯგუფურ მოდალობას, რომელიც ფოკუსირებულია ინფორმაციის მიწოდებაზე, შესაძლოა აკლდეს ქცევის შეცვლისთვის საჭირო რელევანტურობაც. ნარკოტიკების და ალკოჰოლის საშიშროებების შესახებ ლექციების ფორმაში მოქცეული „საგანმანათლებლო“ მიდგომები ერთ დროს ძალიან ინტენსიურად გამოიყენებოდა როგორც პრევენციის ინსტრუმენტებად, ასევე მკურნალობისას. მაგალითად, სტაციონარებში ალკოჰოლიზმის მკურნალობისას პაციენტები დროის დიდ ნაწილს ატარებდნენ ლექციებზე, რომლებიც ალკოჰოლის უარყოფით ეფექტებს და დაავადების კონცეფციას აცნობდათ. თუმცა ამ მიდგომამ შეიძლება გავლენა იქონიოს კოგნიტურ ცოდნაზე, მას არ აქვს რამე შესამჩნევი გავლენა ქცევაზე. ისევე, როგორც კონფორტაციულ ჯგუფებში, კლიენტს შეიძლება ეტყობოდეს, რომ შეიცვალა, მაგრამ ეს ცვლილებები გარეგნულია და განსხვავებულ გარემოში თან არ გადაჰყვება.



ჯგუფურ მოდალობას, როგორც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობის მნიშვნელოვან კომპონენტს, დაპირებული შედეგების მიღების მეტი შანსი ექნება, თუ კონსულტანტები ხელს შეუწყობენ ჯგუფში ისეთი გარემოს შექმნას, რომელიც კლიენტის გაძლიერებას ემსახურება. ნაკლებად მოსალოდნელია, ნამდვილი გაძლიერება მოხერხდეს იზოლაციაში, რადგან ის გულისხმობს როგორც ინდივიდუალურ გაძლიერებას, ასევე ურთიერთგაძლიერებას. ამგვარად ჯგუფებს, რომლებიც ყურადღების ცენტრში კლიენტების გაძლიერებას აქცევენ, რამდენიმე საერთო ნიშანი აქვთ:

1. ჯგუფის სტრუქტურა ეფუძნება თანამშრომლობით სტილს;
2. ინტერვენცია ეხმარება კლიენტს ცვლილებისკენ სვლაში;
3. კლიენტები გამოიმუშავენ პირად უნარებს და სტრატეგიებს, რომლებიც სხვა გარემოშიც გადაიტანება და გამოიყენება;
4. ჯგუფის ლიდერი იძლევა მხარდაჭერის და მულტიკულტურული კომპეტენტურობის მაგალითს.

ჯგუფური კონსულტაციის ამ დადებით ასპექტებს მოცემული თავის დანარჩენ ნაწილში განვიხილავთ.

## თანამშრომლობითი სტილი

ურთიერთობის თანამშრომლობითი სტილი აღიარებს იმ ფაქტს, რომ შესაძლოა, კლიენტებმა ერთმანეთისთვის მნიშვნელოვანი რესურსის როლი შეასრულონ. ურთიერთობის ეს სტილი ასევე აღიარებს, რომ ჯგუფი უფრო დიდი ალბათობით იქნება წარმატებული, თუ მის წევრებს ექნებათ შეგრძნება, რომ ჯგუფი მათ ეკუთვნით. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემებზე მიმართული ჯგუფის ლიდერობა მოითხოვს კონსულტანტის აქტიურ მუშაობას ჯგუფის ფოკუსის და სტრუქტურის შესანარჩუნებლად. ამავდროულად, ეს ამოცანა შესაძლებელია გადაიტარას საზიარო ლიდერობის გარემოშიც, სადაც კონსულტანტი ფასილიტატორის როლს ასრულებს. თანამშრომლობითი და გამაძლიერებელი მიმართულებების ჯგუფებს რამდენიმე საერთო მახასიათებელი აქვს, მათ შორის:

- მიიჩნევა, რომ ჯგუფის ყველა წევრს აქვს რამე, რის შეთავაზებაც შეუძლია გაზიარებული ლიდერობის ატმოსფეროში.
- ჯგუფის წევრები თანაბრად მონაწილეობენ იმ გადაწყვეტილებების მიღებაში, რომლებიც ჯგუფური პროცესის ბუნებას ეხება.
- კონსულტანტი, როგორც ჯგუფის ლიდერი, პატივისცემით და მხარდაჭერით აღბეჭდილი საქციელის მაგალითს იძლევა.
- კონსულტანტი აღიარებს ყოველი წევრის მიერ საერთო პროცესში წვლილად შემოტანილ მათ ძლიერ მხარეებსა და გამოცდილებას და დანარჩენ მონაწილეებსაც აქებებს, აღიარონ ერთმანეთის ძლიერი მხარეები.

ეს მიდგომა შეიძლება განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანი აღმოჩნდეს ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტებისთვის. სავარაუდოდ, ამ ინდივიდებს ახლო წარსულში პატივისცემით სავსე ურთიერთობების მხოლოდ მწირი გამოცდილება ჰქონდათ და ამის გამო კონსულტანტს შეიძლება დასჭირდეს, თავის თავზე აიღოს პატივისცემის მაგალითის ჩვენება, რათა დაეხმაროს კლიენტებს ერთმანეთის მიმართ ამგვარი დამოკიდებულების გამოვლენაში. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემების მქონე კლიენტების დიდ ნაწილს ასევე აკლია მათ მიერ საქმეში შეტანილი წვლილის დაფასების გამოცდილება. კონსულტანტს შეუძლია, ამის მაგალითიც მისცეს ჯგუფს, ოღონდ არა უსაფუძვლოდ.

## ძირითადი წესები

როდესაც ნივთიერებათა ავადმომარების საკითხზე სამუშაოდ ახალი ჯგუფი იქმნება ან როდესაც არსებულ ჯგუფს ახალი წევრები ემატებიან, ლიდერი, ჩვეულებრივ, აცნობს მათ რეგულარული დასწრების, პუნქტუალობის, კონფიდენციალობის და სხვა წესებს. ამას გარდა, ასეთ ჯგუფები, უმრავლეს შემთხვევაში, მკაცრად კრძალავენ დასწრებას ინტოქსირებულ მგომარეობაში.

ჯგუფური პროცესი შეიძლება უფრო ძალისმომცემი იყოს, თუ ჯგუფს, როგორც ერთობას, შესაძლებლობა მიეცემა, ჩამოაყალიბოს საკუთარი საბაზო წესები იმის გარდა, რომლებიც დადგენილია სააგენტოს ან პროგრამის მიერ. ნივთიერებათა ავადმომარებაზე მომუშავე ბევრი ჯგუფი განსაზღვრული დროით იქმნება, მასში წევრების უმრავლესობა ერთსა და იმავე დროს ერთიანდება. ასეთ ჯგუფებში საბაზისო წესები შეიძლება დადგინდეს პირველ სენსზე. ამ მიმართულების სხვა ჯგუფები მუდმივმოქმედი არიან, მასში კლიენტები წევრიანდებიან იმის მიხედვით, თუ როდის აღწევენ აღდგენა/გამოჯანმრთელების გარკვეულ დონეს. ასეთ ჯგუფებში საბაზისო წესები რეგულარულად უნდა გადაიხედოს – რათა ჯგუფის ყველა წევრს შეეძლოს, მათში თავისი წვლილი შეიტანოს.

წესების დადგენის ამოცანა მნიშვნელოვანია, რამდენადაც იძლევა ადრეული, მნიშვნელობის მქონე ინტერაქციების ჩამოყალიბების შესაძლებლობას და ჯგუფის წევრებში პასუხისმგებლობის გრძობას აღვიძებს. ის მნიშვნელოვანია იმიტომაც, რომ ამგვარად დადგენილი წესები შესაძლებელია უფრო შესატყვისი იყოს კლიენტების საჭიროებებთან, ვიდრე ლიდერისგან თავსმოხვეული რეგულაციები იქნებოდა. მაგალითად განვიხილოთ ერთ-ერთი ჯგუფის მიერ შემუშავებული ზოგი საბაზისო წესი.

*„ჯგუფის წევრებს შეუძლიათ გინება, აღონდ არა ერთმანეთის მიმართ“.*

ეს დებულება, რომელიც ასახავს მძიმე გზით მიღწეულ ჯგუფურ კონსენსუსს, საბაზისო წესის კარგი მაგალითია, რომელიც, დიდი ალბათობით, განსხვავდება წესისგან, ჯგუფის ლიდერი რომ ჩამოაყალიბებდა. ჯგუფის წევრების აზრით, წესი, რომელიც აკრძალავდა „სალანძღავ სიტყვებს“, როგორც ეს შესთავაზათ ერთ-ერთმა წევრმა, იქნებოდა როგორც არარეალისტური, ასევე მეტისმეტად მორალისტური. მათი შეთანხმება, თავი შეეკავებინათ ერთმანეთის ლანძღვისგან, გამომდინარეობდა არა თავისთავად სალანძღავი სიტყვებით მოგვრილი უხერხულობიდან, არამედ ერთმანეთის მიმართ პატივისცემის ნახალისების სურვილიდან. თავდაპირველად წევრებმა ჩამოაყალიბეს წესი, რომ ისინი ერთმანეთს პატივისცემით მოეპყრობოდნენ. *პატივისცემის* ტერმინის შესახებ შემდგომმა დისკუსიამ მიიყვანა ისინი დასკვნამდე, რომ, თუ უნდოდათ, ეს წესი შესრულებადი ყოფილიყო, კონცეფცია უფრო კონკრეტულად უნდა ჩამოეყალიბებინათ. საბოლოოდ ჯგუფი შეთანხმდა, რომ ერთმანეთის ლანძღვისგან თავშეკავება, ყველანაირი ფიზიკური ძალადობის აკრძალვასთან ერთად, შექმნიდა მინიმალურად მაინც თავაზიანი ურთიერთობის პირობებს.

*„ჯგუფის წევრებს აქვთ უფლება, იყვნენ ჩუმი, თუ არ სურთ კონკრეტულ დისკუსიაში ჩაება. სხვა წევრებს არ აქვთ უფლება, აიძულონ ისინი მონაწილეობა მიიღონ, თუმცა შეუძლიათ, დაუსვან კითხვები და წახალისონ მათი მონაწილეობა“.*

ჯგუფის წევრებმა გაიაზრეს, რომ მათგან მოელიან მონაწილეობას და რომ მათი, როგორც ინდივიდების ან როგორც ჯგუფის, წარმატება აქტიურ ჩართულობაზე დამოკიდებულია. ამავე დროს, ბევრ წევრს წარსულში ჰქონდა ძალიან კონფრონტაციულ ჯგუფებში მონაწილეობის გამოცდილება, იქ წევრებს კითხვებზე პასუხის გაცემას აიძულებდნენ. მათ სურდათ, ჰქონოდათ „სვლის გამოტოვების“

უფლება, თუმცა ასევე სურდათ, თავი აერიდებინათ სიტუაციებისთვის, რომლებშიც წევრები პასიურები და იზოლირებულები დარჩებოდნენ. გადანწყვტილება, რომელზეც კონსენსუსი იქნა მიღწეული, იყო თანხმობა სრული ჩართულობის ნახალისებაზე და ამავე დროს, უარის თქმა იძულებაზე ამ ჩართულობის მისაღწევად.

*„ჯგუფის წევრებმა არ უნდა უწოდონ ერთმანეთს „სულები“, როდესაც ისინი თვითმავნებლურ ქცევებს აღწერენ“.*

ნივთიერებათა ავადმომხმარებელმა კლიენტებმა იციან, რომ მათი ბევრი ამრი და ქცევა თვითმავნებლური იყო. ფაქტობრივად, ჯგუფური კონსულტაციების ერთ-ერთი მთავარი მიზანი ამგვარი აბერაციების შესახებ უკუკავშირის მიწოდებაა. ჯგუფის წევრები ამ უკუკავშირის მხოლოდ ხასიათს და სტილს აპროტესტებდნენ. ამ საბაზისო წესის აქტუალურობა თვალსაჩინოდ მაშინ გამოჩნდა, როდესაც ის პრაქტიკაში გამოიყენეს. მარია, კლიენტი, რომელიც ცდილობდა, თავი დაენებებინა კოკაინის მოხმარებისთვის, მსჯელობდა პარასკევ საღამოს გეგმებზე:

**მარია:** მე მართლაც კმაყოფილი ვარ იმით, როგორც ვახერხებ, თავი ავარიდო რთულ სიტუაციებს. უამრავ დროს ვატარებ შინ დედასთან და ბავშვებთან, დავდივარ საეკლესიო ჯგუფში. ამ პარასკევს ვაპირებ, შევხვდე პოლს. ყველაფერი გადასარევად არის.

**ჯი:** ეს განა ის ბიჭი არ არის, რომელიც ბარიგობდა? შენ ვინც გამარაგებდა?

**მარია:** კი, მაგრამ ჩვენ ეს მოვავაგრეთ. ის არ შემომთავაზებს არაფერს. თვითონაც ბევრს არ მოიხმარს და თუ მაინც იღებს, სხვა ოთახში გადის, რადგან იცის, რომ მე არ ვიღებ.

**ჯანატი:** მარია, ვერ ვიჭერებ, რომ შენ ამის გაკეთებას აპირებ, როდესაც ამდენი რამ გააკეთე თავის დასანებებლად. ასეთ სისულელეს როგორ აკეთებ?

**მარია:** სულაც არ არის სისულელე! მე ვიცი, რომ შემიძლია გამკლავება. მე პოლს ვუყვარვარ და არ ვაპირებ, დარჩენილი სიცოცხლე სახლში გამოკეტილმა გავატარო. აღარ მინდა ამაზე არაფრის გაგონება.

**ჯი:** მოიცა. გაჩერდით. ჯანეტ, ჩვენ ხომ შევთანხმდით, რომ შევეცდებით, ამ საკითხებზე ვიმუშაოთ ისე, რომ ერთმანეთს სულელი არ ვეძახოთ.

**ჯანატი:** მართალი ხარ. ვიცი. მარია, მაპატიე. მე უბრალოდ მეშინია. მახსოვს, რომ, როცა ტრიგერებზე ვსაუბრობდით, შენ თქვი, ჩემთვის ერთ-ერთი ტრიგერი ამ ბიჭთან შეხვედრები იყო. იქნებ დაგეხმაროთ, სხვა რამ მოიფიქრო გასართობად ან სხვა ადამიანებთან გაატარო დრო?

**მარია:** უბრალოდ თავს გამოკეტილად ვრძნობ გამუდმებით სახლში ჯდომისგან. მესმის, ეს ისე ჟღერს, თითქოს აღარ მინდოდეს თავის შეკავება, მაგრამ სინამდვილეში მართლა მინდა. უარს არ ვიტყვდი დახმარებაზე.

ძალიან მნიშვნელოვანი იყო მარიასთან ამ საკითხის წამოჭრა და დახმარება იმის გაცნობიერებაში, რომ სახიფათო სიტუაციაში ყოფდა თავს. თუმცა მისი რეაქცია ჯანეტის თავდაპირველ კონფრონტაციაზე თავდაცვითი იყო. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემების მქონე კლიენტები ხშირად ამბობენ, რომ მათ გადანწყვტილებებს თვითმავნებლურს და სულელურს უწოდებენ. ამ ჯგუფმა გადანწყვტილება, რომ მიზნის მისაღწევად პრაქტიკულ სტრატეგიებზე ფოკუსირება უფრო გამოადგებოდათ. მათ საბაზისო წესში ეს გადანწყვტილება აისახა.

**ჯგუფური მიზნების დასახება**

ჯგუფის წევრები ხშირად აღმოაჩენენ ხოლმე, რომ ჯგუფური მიზნების დასახვა ძალის მომცემი გამოცდილებაა. ხანზიანი, ჰალიდი და მაკოლიფი (Khantzian, Halliday, and McAuliffe, 1990) იძლევიან რჩევას, ჯგუფის წევრებს საორიენტაციო სეანსზე სთხოვონ, პირად აღდგენა/გამოჯანმრთელების მიზნებთან ერთად განიხილონ ისიც, თუ რას იმედოვნებენ და მოელიან ჯგუფისთვის. ცალკეული კლიენტების მიერ ამრების გამოთქმის პროცესში საერთო თემებიც გამოიკვეთება.

როცა წევრები თავიანთი მიზნების შესახებ საუბრობენ, ლიდერი ამასობაში უკვირდება საერთო თემების გამოჩენას, როგორცაა, მაგალითად, საკუთარ ცხოვრებაზე კონტროლის ხელახლა მოპოვება, „მეს“ შეგრძნების ხელახლა აგება, დაზიანებული ურთიერთობების აღდგენა და განახლება და რეალობაში დაბრუნება. ამის შემდეგ იგი მიუთითებს ჯგუფს ამ საერთო თემაზე. ესაა მუშაობის საბაზისო ტექნიკის და საყრდენის სანყისი, რაც ჯგუფს არსებობის მანძილზე გაჰყვება. მისი მეშვეობით ლიდერი გამოყოფს საერთო საფუძველს, სადაც ჯგუფის წევრების ინტერესები იკვეთება, იზრდება შეჭიდულობა და ჩნდება ინსაითი.

ფაქტობრივად, ლიდერი ამ საერთოს ძიების მაგალითს იძლევა, ჯგუფის წევრები კი სწავლობენ, როგორ მოეპყრონ ერთმანეთს მისი მაგალითის მსგავსად. როდესაც კონსენსუსი მიზნების შესახებ ჯგუფის განვითარების ადრეულ სტადიებზე მიიღწევა, მასში ურთიერთმხარდაჭერის ატმოსფერო ყალიბდება.

## **ცვლილების მხარდაჭერა**

მას მერე, რაც ჯგუფების ლიდერებმა უარი თქვეს ხისტ კონფრონტაციაზე და კლიენტების მოტივირებისთვის გამიზნულ, ფაქტებით დატვირთულ ლექციებზე, მათ კლიენტების ცვლილების ხელშესაწყობად სხვა გზების ძებნა დასჭირდათ. ჯგუფური კონსულტაციის პირობები იძლევა ჯანსაღ გარემოს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პრაქტიკებისთვის, რომლებსაც აქვთ პოტენციალი, მონაწილეები ტრანსფორმაციისკენ მიმავალ გზაზე დააყენონ. მოტივაციური ინტერვირება და ცვლილებების სტადიები სტრუქტურირებული საკონსულტაციო ჯგუფების კონტექსტში ფართოდ მიღებული პრაქტიკების გამოყენების ორი მაგალითია.

**სამოთხისაჰიო ჯგუფი.** ფილდსმა (2004) ჯგუფის კურიკულუმი მოტივაციური ინტერვირების გარშემო ააგო. კლიენტები პირველ სეანსზე მათი ახალი ჯგუფის მიზნის გაცნობისას იგებენ, რომ გადანყვეტილებები, რომლებსაც ისინი მიიღებენ, როგორც ჯგუფური მუშაობის ნაწილს, მათ კონტროლს ექვემდებარება. კონსპექტში ჯგუფის მიზნების შესახებ წერია:

საკუთარი ცხოვრების გადაფასების შესაძლებლობის მოცემით ამ ჯგუფმა უნდა დაგიბრუნოთ გარკვეული კონტროლი ცხოვრების ამ პერიოდში თქვენს არჩევანზე და გადანყვეტილებებზე; ასევე იმაზე, თუ რა გსურთ მოიმოქმედოთ თქვენს ქცევებთან დაკავშირებულ პრობლემების თაობაზე... თქვენმა დამოკიდებული, როგორ გამოიყენებთ ამ ინფორმაციას. საბოლოო არჩევანი და გადანყვეტილებები თქვენი ცხოვრების ცვლილების შესახებ – ყოველთვის თქვენ გეკუთვნით. (Fields, 2004, გვ. 23)

შემდგომი სეანსები იმგვარად არის აგებული, რომ ჯგუფურ სავარჯიშოებს ნაბიჯ-ნაბიჯ მიჰყავთ კლიენტები ცვლილების მიმართ მათი ამბივალენტობის დაძლევისკენ. მეორე სეანსზე კლიენტებს სთავაზობენ, გამოთქვან რას გრძნობენ ცვლილების შესახებ და თვითშეფასება მოახდინონ. შემდგომი სეანსები ფოკუსირდება ამბივალენტობაზე; ამ დროს აძლევენ კლიენტებს საშუალებას, შეაფასონ საკუთარი ქცევის დადებითი და უარყოფითი მხარეები და ის ფასეულობები, რომლებიც განაპირობებენ მათ გადანყვეტილებებს. მეხუთე, ფინალური სეანსი აქცენტს აკეთებს ხედვის ჩამოყალიბებაზე, როგორც „კლიენტის ცვლილებისკენ სწრაფვის გამოღვიძების და ცვლილების მოხდენის შესახებ ოპტიმიზმის გაძლიერების“ (გვ. 72) ხერხზე, და სრულდება ცვლილებისთვის კლიენტის მოტივაციის ხელახალი შეფასებით.

**ცვლილების ფანჯარის ჯგუფი.** ველასკესმა, მაურერმა, კროუჩმა და დიკლემენტემ (Velasquez, Maurer, Crouch, and DiClemente, 2001) შეიმუშავეს ქცევის შეცვლის



ტრანსთეორიულ მოდელზე დაყრდნობილი სტრუქტურირებული ჯგუფური მკურნალობა (DiClemente & Prochaska, 1998; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). ეს მოდელი განიხილავს ცვლილებას, როგორც თანმიმდევრულ გადასვლას ხუთ ფაზაში. ესენია: (1) *დაფიქრებაზე* (პრეკონტემპლაცია) – როდესაც პიროვნება ჯერ არ დაუწყია ფიქრი ცვლილების შესაძლებლობაზე თუ სასურველობაზე; (2) *ფიქრის* (კონტემპლაცია) – პიროვნება აღიარებს პრობლემის არსებობას, მაგრამ ჯერ არ არის მზად ცვლილებისთვის; (3) *მზადების* – ცვლილების გეგმები ჩამოყალიბებას იწყებს; (4) *მოქმედების* – როდესაც ქცევის ცვლილებები რეალურად ხდება და (5) *შენარჩუნების* – რთული, ხანგრძლივი ძალისხმევა ახალი ცხოვრების შენარჩუნების უზრუნველსაყოფად.

ველასკესი და მისი კოლეგები იყენებენ 14 ჯგუფურ სესიას მონაწილეების მოქმედების მზადყოფნაში მოსაყვანად. ეს 14-სეანსიანი მიმდევრობა, *ნივთიერებათა ავადმომხარების ცვლილების შესახებ ფიქრი*, „შემუშავებულია მოტივაციის გასაზრდელად და ცვლილების ხელშესაწყობად კლიენტებში, რომლებიც (1) არ აღიარებენ, რომ აქვთ პრობლემა ან არ გააჩნიათ ცვლილების მოტივაცია, (2) ფიქრობენ ცვლილებაზე და (3) ემზადებიან შესაცვლელად“ (Velasquez et al., 2001, გვ. 3). კლიენტები თანმიმდევრულად გადიან მრავალ ინტერვენციას, როგორცაა: ცვლილების სტადიების შესახებ ინფორმირება პირველ სეანსზე; ნივთიერებათა მოხმარების მათი ამჟამინდელი მდგომარეობის უკეთ გაცნობიერება; ნივთიერებათა მოხმარების დადებითი და უარყოფითი მხარეების შეფასება; ცვლილებასთან დაკავშირებული გამოწვევების და პრობლემების გაანალიზება; და ბოლოს, მიზნების დასახვის და ცვლილების გეგმების შედგენა. მეორე მიმდევრობა – *ნივთიერებათა მოხმარების შეცვლა* – ეხმარება *მოქმედების* ან *შენარჩუნების* სტადიებზე მყოფ კლიენტებს, გაუმკლავდნენ უამრავ პრობლემას, რომლებიც ცვლილების პროცესს უკავშირდება.

ორივე, მოტივაციური ინტერვიუების კურიკულუმი და ცვლილებების ფაზების თერაპია გვიჩვენებს, რა მნიშვნელოვანია ინტერვენციის მორგება კლიენტების ცვლილების მზადყოფნაზე. მას მერე, რაც კლიენტი თუნდაც საცდელად მაინც დათანხმდება ცვლილების მოხდენას, ის მზადაა, დაიწყოს აღდგენა/გამოჯანმრთელების უნარების განვითარება, რომელთა გადატანაც შესაძლებელი იქნება რეალურ ცხოვრებისეულ სიტუაციებში.

## ტრანსფერული უნარები

ჯგუფის მოდალობა ყველაზე მეტი სარგებლის მომტანი მაშინაა, როდესაც კლიენტებს აქვთ შესაძლებლობა, ახლად შეძენილი უნარები და ქცევები სხვა გარემოში გადაიტანონ. ყველაზე იმედისმომცემი ისეთ ჯგუფური აქტივობებია, რომლებიც ფოკუსირდება კონკრეტული, გამოყენებადი უნარების გამოუშავებაზე და რომლებიც ახალი ქცევების პრაქტიკაში გამოცდის შესაძლებლობებს იძლევა. ჯგუფებში გამოყენებული ბევრი მიდგომა ინდივიდუალური კონსულტირების მეთოდებს იმეორებს. ამავე დროს, ჯგუფის კონტექსტი ზრდის მოდელირების, ინტერპერსონალური ქცევების, გრძნობების და იდეების გაზიარების შესაძლებლობებს და იძლევა მხარდაჭერას, როცა ქცევის შეცვლის მცდელობები წარმატების მიღწევას იწყებს. იმ აქტივობებს შორის, რომლებიც კარგად ერგება ჯგუფში მუშაობის მოდალობას, არის ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მიღების ქცევების ანალიზი, გამკლავების ალტერნატიული მეთოდების შემუშავება და პრობლემების გადაჭრის და ასერტულობის ტრენინგები.



## ქსევის ანალიზი

ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტებს, როგორც ჯგუფურ, ასევე ინდივიდუალურ ვითარებაში, სჭირდებათ, მუშაობა მათი მიმდინარე ქცევების შეფასებით დაიწყო. ამის მიღწევა შესაძლებელია ან საშინაო დავალებების მიცემით, რომლებსაც ისინი ინდივიდუალურად ასრულებენ და შემდეგ ჯგუფის სხვა წევრებს აცნობენ, ან ჯგუფის აქტივობების მეშვეობით, რომლებიც სპეციალურად შედგენილია სამიზნე ქცევების წინაპირობების და გამაძლიერებლების შესახებ ამრების წამოსაჭრელად.

თუ კლიენტები ამბულატორული პაციენტები არიან, სანყისი დავალება შეიძლება იყოს ალკოჰოლის მოხმარების ჩანაწერების კეთება. ამგვარი ჩანაწერების წარმოების ფორმის მაგალითი 6.1 ილუსტრაციანაა მოყვანილი. ეს ფორმა გამოიყენებოდა ჯგუფის წევრებისთვის, რომლებიც ამბულატორულ პაციენტებად ირიცხებოდნენ, ნასვამ მდგომარეობაში ავტომობილის მართვის (DUI) გამო განმეორებითი დაკავების მიზეზით. დავალების შესასრულებლად საჭირო ზუსტი ჩანაწერების კეთება ეხმარება კლიენტს, უფრო კარგად აღიქვას, თუ რა რაოდენობის ალკოჰოლს მოიხმარს; ვინ, რა ადგილები და რა გრძნობები არის მათთვის დაკავშირებული მოხმარებასთან; და რა რისკები და პოტენციური პრობლემები შეიძლება მოუტანოს ალკოჰოლის მოხმარების ქცევებმა.

კლიენტებს სთხოვენ, შეავსონ ნივთიერებათა მოხმარების დღიური მთელი კვირის განმავლობაში, ჯგუფის შეხვედრასა და შეხვედრას შორის. მომდევნო შეხვედრაზე მათ სთავაზობენ, გაუზიარონ შედეგები პარტნიორს და შემდეგ საერთო შთაბეჭდილებები მთელ ჯგუფთან ერთად განიხილონ. ამ აქტივობების სერია ეხმარება ინდივიდებს, გაიღრმავონ ცოდნა მოხმარების საკუთარი ჩვევების შესახებ, დაინახონ მსგავსებები და განსხვავებები ჯგუფის სხვა წევრებთან და სხვების ქცევებთან თავის გაიგივების გზით უფრო მკაფიოდ აღიქვან საკუთარი სირთულეები. ის, რომ ჩანაწერები ჯგუფთან ერთად განიხილება, ხელს უწყობს ანგარიშის ყურადღებით და ზუსტად შედგენას.

სტაციონარის პირობებში ან იმ შემთხვევაში, თუ ჯგუფის წევრებმა უკვე მიაღწიეს აბსტინენციას, მსგავსი შედეგები შეიძლება ჯგუფში გაკეთებული სავარჯიშოებით მივიღოთ. მაგალითად, მაკკაიდი, დინი, დიუბრეილი და სვანსონი (McCrary, Dean, Dubreuil, and Swanson 1985) აღწერენ სიტუაციას ჯგუფში, სადაც ალკოჰოლიკ კლიენტებს სთავაზობენ, გონებრივი იერიშით მოიფიქრონ რაც შეიძლება მეტი პასუხი კითხვაზე: როგორ გგონიათ, რატომ უჩნდება ზოგ ადამიანს მოხმარების პრობლემები?

როგორც წესი, ამ გზით მიღებული პასუხები თავსდება შემდეგ კატეგორიებში: (1) ცხოვრებისეული სტრესები (პენსიაზე გასვლა, ძვირფასი ადამიანის სიკვდილი); (2) ემოციური ან ფიზიოლოგიური პრობლემები (განმეორებადი შფოთვა, დეპრესია, ქრონიკული ტკივილი); (3) სხვა ადამიანების ქცევები (მოღალატე მეუღლე, ურჩი ბიზნეს-პარტნიორი, ალკოჰოლიკი მშობელი); (4) ალკოჰოლის მოხმარებელთა გარემოცვა („ყველა ჩემი მეგობარი სვამს“); (5) მემკვიდრული თვისება და ადრეული სოციალიზაცია („მამაჩემი არის ალკოჰოლიკი“) და (6) კოზმითური შედეგები („ასე უკეთ ვახერხებ ურთიერთობას“) (McCrary et al., 1985, გვ. 432). მას მერე, რაც გონებრივი იერიშის შედეგები ამ კატეგორიებში მოთავსდება, პასუხები შეიძლება დახარისხდეს, როგორც წინაპირობები ან გამაძლიერებლები. ეს მოამზადებს საფუძველს პრობლემური მოხმარების ქცევითი მოდელების განხილვისთვის და ამავე დროს, დაეხმარება კლიენტებს მათ პასუხებში მსგავსებების დანახვაში.

მაკკრაიდის და მის კოლეგების მიერ გამოყენებულ სხვა სავარჯიშო (McCrary and her colleagues, 1985), კლიენტები ყურადღების ფოკუსში მოხმარების წინაპირობებს აქცევდნენ. ჯგუფის გონებრივი იერიში საშუალებას აძლევს კლიენტებს, გააცნობიერონ ალკოჰოლის მოხმარების მრავალი წინაპირობა – ეს რაც შეიძლება მეტი ტრიგერის ჩამოთვლით მიიღწევა. ასევე შეიძლება, ჯგუფის სენსები ფოკუსირდებოდეს ინდივიდებზე, სათითაოდ სთხოვდნენ მათ, ჩამოთვალონ წინაპირობები, რომლებიც,

**ილუსტრაცია 6.1** | ალკოჰოლის მოხმარების აღრიცხვა

სახელი \_\_\_\_\_  
 აღრიცხვის დაწყების თარიღი \_\_\_\_\_ აღრიცხვის დასრულების თარიღი \_\_\_\_\_

თარიღი									
ალკოჰოლის მოხმარების ადგილი									
ვისთან ერთად იღებდით ალკოჰოლს? (რამდენი ადამიანი იყავით და რა სახის კავშირი გაქვთ მათთან)?									
გრძნობები ალკოჰოლის მიღებამდე (იხ #3)									
დრო, როდესაც დაიწყეთ ალკოჰოლის მიღება									
რატომ დაიწყეთ ალკოჰოლის მიღება ამ დროს?									
მოხმარებული სტანდარტული ულუფების რაოდენობა (იხ #1)									
გრძნობები ალკოჰოლის მიღებისას (იხ #3)									
დრო, როდესაც მიღება შეწყვიტეთ									
გრძნობები ალკოჰოლის მოხმარების შემდეგ (იხ #3)									
სასმელში დახარჯული თანხა									
ალკოჰოლის მოხმარების შემდეგ მანქანას თუ მართავდით?									
თქვენი აზრით, რამდენად სარისკო მოხმარება იყო ეს თქვენთვის 1-დან 4-მდე სკალაზე (იხ. #2)									

**#1** სტანდარტული ულუფა  
 300 მლ ლუდი  
 120 მლ ღვინო  
 30 მლ სპირტიანი სასნელი

**#2** რისკის სკალა  
 4 – ძალიან სარისკო  
 3 – ზომიერად სარისკო  
 2 – მცირედი რისკის შემცველი  
 1 – სრულიად უსაფრთხო

**#3** გრძნობების კოდები  
 1 – ბედნიერი  
 2 – მოწყენილი  
 3 – დაძაბული, ანერვიულებული  
 4 – მოდუნებული  
 5 – გაბრაზებული

6 – დაღლილი, ძილმორეული  
 7 – მშვიდი, არხინი  
 8 – ცუდად ვგრძნობდი თავს  
 9 – დათრგუნვილი

მათი აზრით, იწვევს მოხმარების ქცევებს. ჯგუფის დანარჩენი წევრები მხარს უჭერენ და ეხმარებიან ინდივიდებს იმ კავშირების და პრობლემების გამოაშკარავებაში, რომლებიც სხვა შემთხვევაში ძნელად თუ გამოჩნდებოდა. თუმცა კი მსგავსი აქტივობების ჩატარება ინდივიდუალურადაც შესაძლებელია, ჯგუფის ძალისხმევა ხელს უწყობს ახალი იდეების წამოჭრას და აადვილებს იმის გააზრებას, რომ ადამიანებს შეუძლიათ, ისწავლონ აქტიური პასუხისმგებლობის აღება საკუთარი განსაკუთრებული საჭიროებების დაკმაყოფილებაზე.

## ბაბაკლავების მქაანობები

ჭგუფური სავარტიშობები ასევე შესაფერისი აღმოჩნდა კლიენტის დასახმარებლად სტრესორებთან და მალალი რისკის სიტუაციებთან გამკლავების მეთოდების შემუშავებაში. სემინარის სტრატეგია შეიძლება გამოყენებული იყოს როგორც ჭგუფის წევრების დასახმარებლად, გააცნობიერონ სიტუაციები, ნივთიერებათა მოხმარების ტრიგერების როლს რომ ასრულებენ, ასევე დაეხმაროს მათ ამ წნეხთან გამკლავების უფრო ეფექტიანი მექანიზმების გამომუშავებაში. კლიენტებს შეუძლიათ, ისწავლონ გარემოს მოთხოვნებთან და მათგან გამომწვეულ საკუთარ რეაქციებთან გამკლავება (1) თავიანთი გარემოს შეცვლით – პრობლემების გადაჭრის, ცხოვრების ნირის ცვლილებების, თავდაჭერებულობის და სხვა ინტერპერსონალური უნარების გამომუშავების გზით; (2) საკუთარი მენტალური პროცესების შეცვლით; ან (3) ნერვული სისტემის აქტივაციის შეცვლით – რელაქსაციის ტრენინგის, მედიტაციის და ბიოუკუკავშირის გზით. ამგვარი დასწავლის მისაღწევად შესაძლებელია რიგი ჭგუფური სავარტიშობების გამოყენება.

**სტრესორების და მალალი რისკის სიტუაციების იდენტიფიკირება.** ჭგუფის წევრებს შეუძლიათ, გონებრივი იერიშის მეთოდით შეადგინონ იმ ფაქტორების ნუსხა, რომლებსაც ისინი სტრესის გამომწვევად ან ალკოჰოლის თუ სხვა ნარკოტიკის მიღების ქცევების ტრიგერებად მიიჩნევენ. მას შემდეგ, რაც ნუსხა შედგება, კლიენტებს შეუძლიათ, განიხილონ მათი პრობლემების დიაპაზონი თუ მსგავსებები. კიდევ უფრო მნიშვნელოვანი არის ის ფაქტი, რომ ნუსხის შედგენის პროცესი სტრესორებს ცნობიერ დონეზე ამოსწევს და ამგვარად მათთან ფიზიკური გონებით გამკლავების შესაძლებლობას აჩენს.

**კომუნიკური რესტრუქტურისაჰი.** ჭგუფის კონტექსტი შეიძლება სასარგებლო აღმოჩნდეს, როცა მუშაობთ კლიენტის რეაგირებებზე იმ სიტუაციების მიმართ, რომლებიც შეიძლება შეფასდეს, როგორც მომთხოვნი. რესტრუქტურისაჰი გულისხმობს კლიენტების დახმარებას, გაიაზრონ აღგზნების გამომწვევაში საკუთარი აღქმების როლი. ეს აღიარება მათ აძლევს საშუალებას, აქციონ არარეალისტური აღქმები უფრო რაციონალურ ინტერპრეტაციებად, რომლებიც, თავის მხრივ, უფრო შესაფერის რეაქციებს განაპირობებენ. ჭგუფის წევრებს შეუძლიათ, დაეხმარონ ერთმანეთს საკუთარი ირაციონალური რეაქციების მაგალითების დანახვაში და ალტერნატიული პასუხების პოვნასა და გავარტიშებაში, რაც მომავალში შესაძლებელია ავტომატური გახდეს.

**რელაქსაციური ტრენინგი.** ყველა სტრესორის თავიდან აცილება ან რეინტერპრეტაცია ვერ მოხერხდება. კლიენტს უნდა აქონდეს ფიზიოლოგიური სტრესული რეაქციის მომენტში ჩარევის უნარი. ჭგუფურ სიტუაციაში გამოსაყენებლად სავარაუდოდ ყველაზე მისაღები არის კუნთების რელაქსაციის პროცედურა, რომელიც მეხუთე თავში განვიხილეთ. ამ პროცედურის დროს კლიენტებს ასწავლიან კუნთების დაძაბვას და მოდუნებას და ამ მდგომარეობებს შორის განსხვავების აღქმას. კლიენტებს შეუძლიათ, სეანსებს შორისაც აკეთონ მოდუნების სავარტიშობები და ისწავლონ დაძაბულობის დონეებისთვის თვალყურის დევნება.

**წარმატებული მიდგომების იდენტიფიკირება.** მას შემდეგ, რაც ჭგუფის წევრები უფრო კარგად გაეცნობიან სტრესის შემცირების და მასთან გამკლავების მოდელებს, შეუძლიათ, დაიწყონ იმ მეთოდების განსაზღვრა, რომლებსაც წარსულში იყენებდნენ იმ სიტუაციებთან გასამკლავებლად, სხვაგვარად ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიღებასთან რომ იქნებოდა დაკავშირებული. ამ გამკლავების მექანიზმებზე მსჯელობისას კლიენტებმა შეიძლება შეამჩნიონ, რომ მათი სტრატეგიები გარემო პრობლემების გადაჭრის, კოგნიტური ცვლილების და

რელაქსაციის მეთოდების კომბინაციებს მოიცავს. ამ მიხედვით, თავის მხრივ, შეიძლება გზა გაუხსნას ინდივიდუალური გეგმების ჩამოყალიბებას იმ საკითხების მოსაგვარებლად, რომლებიც აქამდე პრობლემურებით გამოირჩეოდა. ჯგუფის წევრებს შეუძლიათ, ერთმანეთს დაეხმარონ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქცევების ალტერნატივების მოძებნაში – იდეალურ შემთხვევაში, ეს ალტერნატივები ისეთივე თვითგამაძლიერებელი იქნება, როგორც წარსულში სმა ან ალკოჰოლის ნარკოტიკების მოხმარება იყო.

**პრობლემების მოგვარება**

სავარჯიშოები შეიძლება შედგეს როგორც ჯგუფის წევრების დასახმარებლად პრობლემების გადაჭრის კონცეფციების და მეთოდების გააზრების საქმეში, ასევე ამ მეთოდების გამოყენების პრაქტიკული გამოცდილების მისაღებად ზოგად თუ ნივთიერებათა ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებულ შემთხვევებში. პრობლემების გადაჭრის კონცეფცია შემოტანილი უნდა იყოს ნივთიერებათა ავადმომხმარებელსთან მისი რელევანტურობის შესახებ დისკუსიის ფონზე. დისკუსია შეიძლება ფოკუსირებული იყოს იმ ფაქტზე, რომ ზოგიერთი ადამიანი აქვს მიდრეკილება, უგულებელყოფდეს თავის პრობლემებს და მოელოდეს, რომ ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკის მოხმარება ამ პრობლემებს გადაუჭრის. ყველანიარ საკითხში ჭობს, პრობლემები მოწესრიგებულად განვიხილოთ. ამას გარდა, პრობლემების გადაჭრის უნარები შესაძლებელია სასარგებლო აღმოჩნდეს ნივთიერებათა ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებული კონკრეტული საკითხების მოგვარებისას (მაგ., ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის მართვისგან თავის შეკავება ან დღესასწაულის ალკოჰოლის და სხვა ნარკოტიკების მოხმარებით აღნიშვნების ალტერნატივის დაგეგმვა).

მაგალითად, ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის მართვის გამო არაერთხელ დაკავებული კანონდამრღვევების ჯგუფებთან ერთ-ერთი ავტორის მიერ გამოყენებული სენსიბელი იწყებოდა პრობლემების გადაჭრის შემდეგი ნაბიჯების მიმოხილვით:

1. პრობლემის აღიარება და განსაზღვრა
2. ალტერნატივების გენერირება
3. ალტერნატივების შეფასება
4. გადაჭრის გზების განხორციელება და შეფასება

ოთხივე ნაბიჯი სათითაოდ განიმარტება, რის შემდეგაც ჯგუფის ლიდერი მოდელს რამდენიმე ზოგად მაგალითს მიუსადაგებს. როდესაც ჯგუფის წევრები გაეცნობიან პრობლემების გადაჭრის ეტაპებს და ქვეეტაპებს, მათ დამატებით მოჰყავთ პრობლემური სიტუაციების მაგალითები და ეხმარებიან ერთმანეთს – პრობლემების განმარტებების დახვეწით, გონებრივი იერიშის საშუალებით ალტერნატივების გენერირებით, შემოთავაზებული გამოსავლის დადებითი და უარყოფითი ასპექტების ჩამოთვლით და განხორციელების გეგმების მომზადებით.

სწავლა ღრმავდება წერილობითი საშინაო დავალებებით, რომლებიც მონაწილეებს აძლევს შესაძლებლობას, გამოიყენონ პრობლემის გადაჭრის უნარები ჰიპოთეტურ პრობლემურ სიტუაციებში. მაგალითად:

- შემდეგ შაბათს იქნება დიდი წვეულება, რომელზე დასწრებაც გინდათ, მაგრამ ამ პიროვნების მოწყობილ წვეულებებზე თქვენ, როგორც წესი, ძალიან თვრებით.
- ბოლინგის თქვენი გუნდი თამაშის შემდეგ ყოველთვის ბარში შედის. თქვენ წასვლას აპირებთ, მაგრამ გინდათ, ალკოჰოლის მოხმარება აკონტროლოთ.
- სამსახურის შემდეგ თქვენს მეგობრებს უყვართ დასალევად შევლა. თქვენ ფიქრობთ, რომ აწყენინებთ, თუკი არ შეუერთდებით.
- თქვენი მანქანა გაფუჭდა და საჭიროა, რამე სხვა გზით მიხვიდეთ სამსახურში.
- როგორც ჩანს, თქვენ არასოდეს გაქვთ საკმარისი ფული.



ეს სავარჯიშო საშუალებას აძლევს კლიენტებს, აირჩიონ: პრობლემების გადაჭრის სავარჯიშო ალკოპოლის მოხმარებასთან დაკავშირებულ საკითხს დაუკავშირონ თუ უფრო ზოგადი პრობლემის მოგვარებას ეცადონ. მონაწილეებს სავარჯიშოს დამოუკიდებლად შესრულების შემდეგ „ამოხსნა“ ჯგუფის მომდევნო შეკრებაზე მოაქვთ და ჩანაწერებს ადარებენ. ამგვარი პრაქტიკა შესაძლებლობას აძლევს ჯგუფის წევრებს, მომზადებული შეხვდნენ რეალურ პრობლემებს.

## ასაწარმოების მრეწველობა

ასერტული ქცევების განვითარება, პრობლემების გადაჭრის უნარების მსგავსად, მოითხოვს როგორც კონცეპტუალურ გაგებას, ასევე პრაქტიკულ ვარჯიშს. ჯგუფის გარემოში თავდაპირველად უნდა განიმარტოს, რა არის ასერტულობა, რათა მონაწილეებმა ისწავლონ ასერტულობის, აგრესიულობის და პასიურობის გარჩევა და აღიარონ, რომ ადამიანურ ურთიერთობებში ასერტულობა დასაშვებია. ჯგუფში განხილვამ შესაძლოა ასევე გამოააშკაროს დამოკიდებულება ასერტულობის ნაკლებობასა და ალკოპოლის მოხმარების პრობლემებს შორის – ადამიანები შესაძლოა სვამდვენ საკუთარი ასერტულობის ნაკლებობით გამოწვეული უკმაყოფილების დასაძლევად ან იმისთვის, რომ გაბედონ ისეთი რაღაცები, რასაც სიფხიზლეში ვერ ბედავენ. ალკოპოლის ავადმომხმარებელი კლიენტებისთვის, რომლებიც ცდილობენ მოხმარებისგან თავის შეკავებას, ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი იქნება ის ფაქტი, რომ ასერტულობის ჩვევები ალკოპოლის მოხმარებაზე უარის თქმისას დასტირდებათ.

ასერტულობის მოდელის კონცეპტუალურ გაგებას თან უნდა სდევდეს ამგვარი ქცევების ნიმუშებზე დაკვირვება და ასერტული ქცევების ჯგუფში რეპეტირება. ალკოპოლთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე კლიენტებისთვის შედგენილი ჯგუფური სავარჯიშო შესაძლოა ფოკუსირებული იყოს ალკოპოლის მოხმარებაზე ასერტული უარის თქმაზე, ამავე დროს ლიდერმა უნდა აუხსნას მათ, რომ შეუძლიათ, იგივე უნარები მრავალნაირ ინტერპერსონალურ სიტუაციაში გამოიყენონ. მას მერე, რაც ლიდერი უჩვენებს ჯგუფის ერთ-ერთი წევრის მიერ გათამაშებულ, დალევის შეთავაზებაზე ასერტული უარის მაგალითს, მონაწილეებს შეუძლიათ, გაათამაშონ მსგავსი სიტუაციები, რომელშიც მონაცვლეობით შეასრულებენ „დამძალბლის“ და ასერტული უარის მთქმელის როლებს. ლიდერის მითითებებს და გამოხმაურებას შეუძლია, ხელი შეუწყოს თითოეული კლიენტის უნარების განვითარებას. ქცევების განმეორებითი გავარჯიშება შესაძლოა ფოკუსირებული იყოს იმ პრობლემებზე, რომლებსაც კლიენტები მიმდინარე პერიოდში აწყდებიან. ისევე, როგორც ყველა ჯგუფური ინტერვენციის შემთხვევაში, საბოლოო მიზანი არის ჯანმრთელი, მართებული ქცევების ჩამოყალიბება, რომლებიც შეიძლება გადატანილი იქნეს ჯგუფის გარემოდან კლიენტის რეალურ ცხოვრებისეულ სიტუაციებში.

**„წაალური სამყაროს“ გამოწვევებისთვის მომზადება: მამალითი.** შერონი, ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი სტაციონარული პაციენტი, ნოემბრის შუა რიცხვებში აპირებდა ჰოსპიტალის დატოვებას. როდესაც მისმა ჯგუფმა დაიწყო გამკლავების უნარების განხილვა, რომლებიც მათ შინ დაბრუნების შემდეგ დასტირდებოდათ, მან გაუზიარა ჯგუფს ერთი საკითხი, რომელიც აწუხებდა. შერონი, რომელიც გათხოვილი იყო და ორი შვილი ჰყავდა, აპირებდა, მადლიერების დღის სადილზე მოენვია დიდი ოჯახი, ანუ მშობლები, ძმები და დები, ძმის და დისშვილები. ის შეწუხებული იყო იმის გამო, რომ მისი მამა და ორი ძმა ალკოპოლის ჭარბი მოხმარებლები იყვნენ და ალკოპოლი ყოველთვის დიდ როლს თამაშობდა ოჯახურ თავყრილობებზე. ტრადიციულად, მადლიერების დღეს მის სახლში ერთი კასრი ლუდი მოჰქონდათ. შერონი აცნობიერებდა, რომ მის ახლადმოპოვებულ სიფხიზლეს საფრთხე დაემუქრებოდა, თუ სახლში ალკოპოლს შეიტანდა, მაგრამ



ტრადიციის სრული დარღვევის აზრით ძლიერ უხერხულობის გრძობას უჩენდა. მას არ სურდა მადლიერების დღეს ოჯახის მიღებაზე უარის თქმა, თუმცა, დამ შესთავაზა, მასპინძლის როლს მე ვიკისრებო.

ჯგუფის წევრებმა ნააქემეს შერონი, კატეგორიულად დაეცვა თავისი უფლება, სახლში არავითარი ალკოჰოლი არ ჰქონოდა. მისი ოჯახური სიტუაციის განხილვის შემდეგ შერონმა გადაწყვიტა, რომ პიროვნება, რომელთანაც საუბარი ყველაზე მეტად სჭირდებოდა, იყო მისი მამა. ჯგუფის მეორე წევრის დახმარებით, რომელიც მამამისის როლს თამაშობდა, შერონმა რამდენჯერმე სცადა, სიტყვიერად ჩამოეყალიბებინა სათქმელი, სხვადასხვა შედეგით. ასერტული მოთხოვნა, რომელიც ყველაზე უფრო იმედისმომცემი ეჩვენებოდა, ასე ჟღერდა: „მამა, მე შენი დახმარება მჭირდება. მე ახლა ვინცე განკურნებას და ჩემთვის მნიშვნელოვანია, ჩემს სახლში ალკოჰოლი არ მოხვდეს, ჯერჯერობით მაინც. შეგიძლია, დანარჩენებს დაელაპარაკო და უთხრა, რომ მე არანაირი ალკოჰოლი არ მექნება და მათაც არ მოიტანონ?“

მრავალი გამეორების შემდეგ შერონმა ჩათვალა, რომ შეუძლია, ამგვარად მიმართოს მამას. იმის მიუხედავად, რომ მისი ასერტული უნარები ადევკატორი იყო, ჯგუფის ლიდერმა სათადარიგო გეგმის ქონაც ურჩია. კლიენტები უნდა ფლობდნენ კარგ ინტერ-პერსონალურ უნარებს, რათა ქცევის არჩევის შესაძლებლობა ჰქონდეთ, მაგრამ ყველაზე უფრო დახვეწილი ასერტული პასუხიც კი არ იძლევა სხვისგან თანხმობის მიღების გარანტიას. შერონის ოჯახს სასმელის ავადმომხმარებლის ხანგრძლივი ისტორია ჰქონდა და ეს ჩვევები მხოლოდ კეთილი ზრახვებით შეიძლება ვერ დაძლეულიყო. გონებრივი იერიშის სეანსმა ჯგუფის წევრებს შესაძლებლობა მისცა, ესაუბრათ ვარიანტებზე, რომელიც მათ საკუთარ ცხოვრებაში გამოსცადეს დღესასწაულების სტრესის პირისპირ დადგომისას. ერთმა ქალმა თქვა, რომ ის ყოველთვის გადიოდა ქალაქიდან ან რესტორანში მიდიოდა ქმართან და ბავშვებთან ერთად და დღესასწაულზე არ სტუმრობდა მამისეულ ოჯახს. მეორემ შესთავაზა, რომ უალკოჰოლო სადილი შესაძლებელია დღის ადრეულ საათებში შედგეს, რის შემდეგაც ოჯახის წევრებს შეეძლება, სხვა სახლში გადავიდნენ ლუდის დასალევად და ფეხბურთის საყურებლად. აზრი, რომ ოჯახის წევრებს შეეძლოთ ჯერ დაელიათ და მერე მისულიყვნენ შერონთან, უარყვეს ნასვამ მდგომარეობაში საჭესთან დაჭდომის საშიშროების გამო.

დისკუსია დაეხმარა შერონს, შეეფასებინა შესაძლებლობები. მან გადაწყვიტა, რომ მისთვის ძალიან მნიშვნელოვანი იყო, გაეტარებინა დღესასწაული დიდ ოჯახთან ერთად და რომ მას მოეპოვებოდა საჭირო უნარები, დალაპარაკებოდა მამას ალკოჰოლის შესახებ. ამავე დროს, გააცნობიერა, რომ ტრადიციული მადლიერების დღე მის საკუთარ სახლში პრობლემატური იქნებოდა – იმიტომაც, რომ მისთვის ეს სიტუაცია ასოცირებული იყო ალკოჰოლის მიღებასთან და იმიტომაც, რომ, თუკი ლუდის კასრი მაინც გამოჩნდებოდა, შერონს არ დარჩებოდა გამოსავალი, მძიმე კონფლიქტის გარდა. მან გადაწყვიტა, მოეთხოვა ალკოჰოლის აკრძალვა ამ შეხვედრაზე და მიემართა მამისთვის თხოვნით, ამისთვის თავისი გავლენა გამოეყენებინა, და ამავე დროს დათანხმებოდა დის შეთავაზებას სადილის მასთან გადატანის თაობაზე. სავარჯიშოს შედეგად შერონმა ჩათვალა, რომ მზად იყო რთული სიტუაციისთვის. დანარჩენი ჯგუფისთვის კი ეს იყო მნიშვნელოვანი შესაძლებლობა, დაფიქრებოდნენ საკუთარ რეაქციებს მსგავ სიტუაციებში, აგრეთვე, მონაწილეობა მიეღოთ ღირებულ, დახმარების შემთავაზებელ ურთიერთობაში.

## მხარდაჭერა და მულტიკულტურული კომპეტენცია

ადამიანები ხშირად ასკვნიან, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი კლიენტები იმდენად თავდაცვით და წინააღმდეგობის პოზიციებს იკავებენ, რომ აუცილებელია მათთან მკვეთრი კონფორტაცია. სინამდვილეში პოზიტიური მხარდაჭერის კლიმატი

ხშირად ძალიან გამოსადეგია თავდაცვითი პოზიციის შესარბილებლად და შეუძლია, რეალურად გაზარდოს გულში ურთიერთობის შანსები. კონსულტანტის ემპათიურ რეაქციებს შეუძლია, ჯგუფი ამ მიმართულებით წაიყვანოს.

ვანიჩელი (Vannicelli, 1992) განიხილავს ლიდერის მიერ გაცემულ ჯეროვან პასუხებს ისეთი კლიენტებისთვის, რომლებიც ნივთიერებათა მოხმარებით ჯგუფის წესებს არღვევენ. ამგვარი ქცევა არ შეიძლება უგულვებელყოფილი იყოს, თუმცა ლიდერის ემპათიურმა რეაქციამ, შესაძლოა, სასურველი შედეგი გამოიღოს ისე, რომ ამას მხარდამჭერი ურთიერთობები მსხვერპლად არ შეენიროს. განვიხილოთ კლიენტი, რომელმაც მოიხმარა ნივთიერება, მაგრამ უარს ამბობს ამის აღიარებაზე. ვანიჩელი სთავაზობს ლიდერს, გამოხატოს ნუხილი კლიენტის საქციელის გამო, მაგრამ ხაზი გაუსვას, რომ ესმის, რატომ შეიძლება, კლიენტს არ სურდეს პრობლემის აღიარება:

ეს არის ემპათიური რეაქცია, რომელიც ეუბნება კლიენტს: მე შემძლია გაგიგო, რატომ არ გინდა ჩვენ გვერდით დგომა – საქმე ის კი არაა, რომ შენ ცუდი პიროვნება ხარ ან თავს დანარჩენებზე მაღლა აყენებ; უფრო ის განუხებ, რას იფიქრებენ შენზე. ჩემი გამოცდილებით, პაციენტები ხანდახან მზად არიან, დათანხმდნენ ემპათიურ კომენტარს მაშინაც კი, როცა ისინი პირდაპირ შეკითხვას, დალიეს თუ არა, კვლავ უარყოფით პასუხობენ. (1992, გვ. 65-66)

ჯგუფის წევრებს ურჩევნია, არ დააძალონ სხვებს საკუთარი საქციელის აღიარება და მოუწოდებენ, დაეხმარონ მათ გზის გაგრძელებაში.

როდესაც კლიენტები სეანსზე ინტოქსიცირებულ მდგომარეობაში მოდიან, ვანიჩელის აზრით, ლიდერმა უნდა ურჩიოს მათ, მიირთვან ყავა ან გავიდნენ სუფთა ჰაერზე და დაბრუნდნენ, როდესაც შეეძლებათ მუშაობაში მონაწილეობა. „ასე თითქოს ნაკლებად უარყოფენ კლიენტს, ვიდრე მაშინ, უბრალოდ შეკრების დატოვებას რომ სთხოვენ, და მათგან გაჭიუტებაც ნაკლებად მოსალოდნელია“ (1992, გვ. 63). ამგვარად, იმ სიტუაციებშიც კი, რომლებიც დიდი ალბათობით, კონფლიქტით დამთავრდება, ლიდერს შეუძლია, ისეთი ინტერვენციები გამოიყენოს, რომელიც კლიენტის თავმოყვარეობას დაზოგავს. თუკი ლიდერი ასეთი დამოკიდებულების მაგალითს უჩვენებს, მეტი ალბათობაა, რომ ის ჯგუფის სხვა წევრებმაც აითვისონ.

რამდენადაც მნიშვნელოვანია, რომ კონსულტანტი ჯგუფს მხარდაჭერის მაგალითს უჩვენებდეს, იმდენადვე მნიშვნელოვანია, ისწავლოს თავისი ქცევების მისადაგება კულტურულად მრავალფეროვან კლიენტურაზე. თუმცა მულტიკულტურული კომპეტენტურობა აუცილებელია ყველა კონსულტანტისთვის, ჯგუფურმა გარემომცემს შესაძლოა ამ საკითხში განსაკუთრებული უნარები მოითხოვოს. მაგალითად,

1. კონსულტანტები ყოველთვის უნდა იყვნენ მზად, იმუშაონ მათგან განსხვავებულ კლიენტებთან, მაგრამ ჯგუფურ კონსულტაციაში ასევე მნიშვნელოვანია კლიენტების განსხვავებულობის გათვალისწინება.
2. კონსულტანტი მზად უნდა იყოს, დაეხმაროს ჯგუფის წევრებს, შეეგონ მრავალფეროვნებას და მათ შეიძლება მოუწიოთ, უშუალოდ და ფრთხილად იმუშაონ წევრებს შორის ერთმანეთის მიმართ არსებულ წინაგანწყობებზეც.
3. კონსულტანტი სენსიტიური უნდა იყოს ჯგუფური ინტერვენციების კულტურული გავლენების მიმართ.
4. როგორც ჯგუფის ლიდერს, კონსულტანტს უნდა შეეძლოს, წევრებს მულტიკულტურულობის და მრავალფეროვნების გარემოში კომპეტენტურობის მაგალითი მისცეს, რაც ასევე გამოადგებათ მის კლიენტებს.

როგორც *ჯგუფური მუშაობის სპეციალისტთა ასოციაცია* (Association for Specialists in Group Work, ASGW) განმარტავს თავის *მრავალფეროვნების ნიშნით კომპეტენტურ ჯგუფური მუშაობის სპეციალისტთა პრინციპებში* (Principles for Diversity-Competent Group Workers),

მრავალფეროვნების ნიშნით კომპეტენტურ ჯგუფური მუშაობის სპეციალისტებს აქვთ უნარი, შეასრულონ ჯგუფისთვის მრავალგვარი ვერბალური თუ არავერბალური დამხმარე ფუნქცია, რომელსაც განსაზღვრავს ჯგუფის ტიპი ... და მრავალგვაროვანი, ჯგუფის წევრთა თვით-განსაზღვრული სტატუსი (ისეთები, როგორებიცაა აბორიგენები, აფროამერიკელები, აზიელი ამერიკელები, ლათინოამერიკელები, ლათინოსები, გეი, ლესბოსელი, ბისექსუალი ან ტრანსგენდერი ადამიანები, პირები ფიზიკური, ფსიქიკური/ემოციური, და/ან დასწავლის შეზღუდვებით). ჯგუფური მუშაობის სპეციალისტები ავლენენ უნარს, გადასცენ და მიიღონ როგორც ვერბალური, ასე არავერბალური გზავნილები ზუტად, სათანადოდ, ჯგუფში არსებული მრავალფეროვნების მიუხედავად. ისინი არ არიან მიბმულები ჯგუფის გაძლიერების ერთ რომელიმე მეთოდს თუ მიდგომას და აცნობიერებენ, რომ შედეგიანი მეთოდი შესაძლებელია კულტურასთან იყოს შეჭიდული. როდესაც ისინი გრძნობენ, რომ ჯგუფის გაძლიერების მათეული მეთოდი შეზღუდული და პოტენციურად არასათანადოა, მათ შეუძლიათ განჭვრიტონ და შეამსუბუქონ ნეგატიური შედეგები სხვა, კულტურულად შესაფერისი უნარების მოხმობით (ASGW, 1992, გვ. 5).

## შეჯამება

ჯგუფის მოძალობა ესადაგება ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტების, რადგანაც ეს ძლევით შესაძლებლობას, გადაამოწმონ თავისი აღქმები, მოსინჯონ ახალი ქცევები, მიიღონ გამოხმაურება და შეამცირონ იზოლაცია. წარსულში მრავალი ჯგუფი ფოკუსირებული იყო „უარყოფის დაძლევაზე“ ან დიდაქტიკური მასალის მიწოდებაზე. სინამდვილეში, ჯგუფური გამოცდილებები შესაძლოა უფრო ეფექტიანი იყოს, თუ ისინი დაფუძნებულია გაძლიერების სტრატეგიებზე. ამგვარ ჯგუფებს ოთხი საერთო თვისება აქვთ: (1) ჯგუფის სტრუქტურა აგებულია თანამშრომლობით სტილზე, (2) ინტერვენციები მხარს უჭერს კლიენტების სვლას ცვლილებისკენ, (3) კლიენტები ივითარებენ პიროვნულ უნარებს, რომლებიც გადაატანადა სხვა გარემოში და (4) ჯგუფის ლიდერი იძლევა მხარდაჭერის და მულტიკულტურული კომპეტენციის მაგალითს.

თანამშრომლობითი სტილი გულისხმობს გაზიარებულ ლიდერობას. ამ დროს ჯგუფის მიზნებისა და საბაზო წესების ჩამოყალიბებაში კლიენტებიც მონაწილეობენ. გადატანადი უნარების გამომუშავება შესაძლოა ქცევის ანალიზის, უნარების მიბაძვის, პრობლემების მოგვარების და ასერტულობის ტრენინგების მეშვეობით. ყველა ამ მიზნის მიღწევა ყველაზე ეფექტიანად ემპათიის და პოზიტიური მხარდაჭერის ფარგლებშია შესაძლებელი.

## კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის

1. რას მიიჩნევთ ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტებთან მუშაობისას ჯგუფური მიდგომის მთავრ ძლიერ მხარეებად? რის გაკეთება შეუძლია ჯგუფს კლიენტისთვის ისეთის, რასაც ასე ეფექტიანად ვერ მივაღწევდით ინდივიდუალურ სესანებზე?
2. ჯგუფური მუშაობის მიზნების გათვალისწინებით, რომლებიც პირველ შეკითხვაზე პასუხში ახსენეთ, რას ჩათვლით ამ შედეგების მიღების საუკეთესო ჯგუფურ სტრატეგიებად?

## ბიბლიოგრაფია

- Association for Specialists in Group Work. (1998). *Principles for diversity-competent group workers*. Retrieved May 1, 2009, from <http://www.asgw.org/diversity.htm>
- Corey, G. (2008). *Theory and practice of group counseling*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change. In W. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 3-24). New York: Plenum Press.
- Fields, A. (2004). *Curriculum-based motivation group: A five-session motivational interviewing group intervention*. Vancouver, WA: Hollifield Associates.
- Khantzian, E. J., Halliday, K. S., & McAuliffe, W. E. (1990). *Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abuse*. New York: Guilford Press.
- McCrary, B. S., Dean, L., Dubreuil, E., & Swanson, S. (1985). The problem drinkers' project: A programmatic application of social-learning based treatment. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 417-471). New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Vannicelli, M. (1992). *Removing the roadblocks: Group psychotherapy with substance abusers and family members*. New York: Guilford Press.
- Velasquez, M., Maurer, G. G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. New York: Guilford Press.

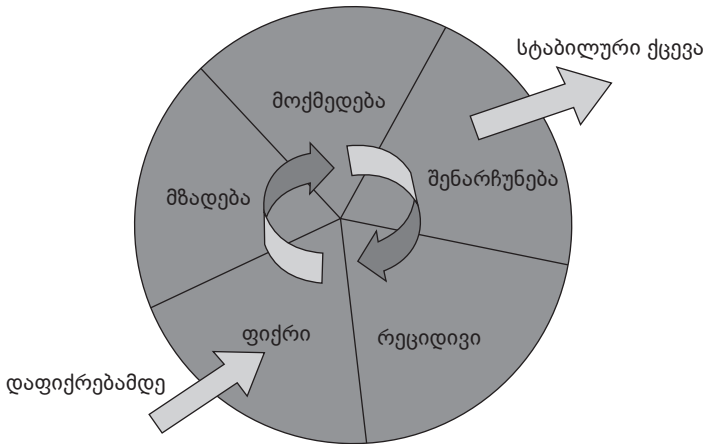
# ნივთიერებათა მოხმარების ქვევების ცვლილების შენარჩუნება

ნივთიერებათა ხანგრძლივად მოხმარების ქვევების შეცვლა ნებისმიერი ადამიანისთვის სერიოზული გამოწვევაა. თუმცა, სამწუხაროდ, ნივთიერებათა მოხმარების ქვევის შეცვლა უფრო ხანგრძლივი და რთული პროცესის მხოლოდ პირველი ნაბიჯია. კლიენტის წარმატება ცვლილების ხანგრძლივად შენარჩუნების საქმეში მოითხოვს სიფიქსს, ბეჭით მუშაობას და წვდომას სხვადასხვა გამკლავების სტრატეგიებზე.

ადიქციურ ქვევაში ცვლილების მოხდენის პროცესი ყველაზე ეფექტურად პროჩასკას, დიკლემენტეს და ნორკროსს (Prochaska, DiClemente, and Norcross, 1992) აქვთ განმარტებული (Marlatt & Donovan, 2005; Kern, 2009; Fields, 2010, in press). მათი მოდელის მიხედვით, ადამიანები ცვლილების რამდენიმე ფაზას გადიან. ესენია: *დაფიქრება* (*პრეკონტემპლაცია*), როდესაც მათ არ გააჩნიათ ქვევის ცვლილების განზრახვა; *ფიქრის (კონტემპლაცია)*, როდესაც აცნობიერებენ პრობლემას და განიხილავენ ქმედების შესაძლებლობას; *მზადების*, როდესაც ისინი წარმატებით იცვლიან ქვევას; და *შენარჩუნების*, რომლის დროსაც ისინი მუშაობენ მონაპოვრის დასაცავად და ადრინდელი, უმართებულო ქვევების დაბრუნების პრევენციისათვის. თავდაპირველად პროჩასკა და მისი კოლეგები (1992) ამ პრობლემას განიხილავდნენ, როგორც წრფივს, რომელშიც ადამიანები თანმიმდევრულად და დადგენილი წესით გადიოდნენ აღწერილ ფაზებს. თუმცა შემდგომში შეიტყვეს, რომ „ადიქციის შემთხვევაში რეციდივი წესი უფროა, ვიდრე გამონაკლისი“ (Prochaska et al., 1992; Kern, 2009) (იხ. დიაგრამა 7.1).

იმ ადამიანთა უმრავლესობას, რომლებიც ქვევის ცვლილებას აღწევენ, აქვთ რეციდივი, და ჩვეულებრივი ამბავია, ადამიანებმა რამდენჯერმე გაიარონ წინა სტადიები, სანამ გრძელვადიან წარმატებას მიაღწევდნენ. ამ აღმოჩენამ ნივთიერებათა ავადმოხმარების კონსულტირებაზე თვალსაჩინო გავლენა მოახდინა. კლიენტისთვის დახმარების განწევა ცვლილების შენარჩუნებაში და რეციდივის თავიდან აცილებაში კონსულტირების პროცესის მნიშვნელოვან ნაწილად იქცა (იხ. დიაგრამა 7.1).





**ღიაზრამა 7.1 | სვლილახის სტადიები**

წყარო: Stages of Change Model, ავტორი Marc Kern, 2009. მიღებულია 23 აპრილს, 2009, მისამართიდან <http://www.addictioninfo.org/articles/111/1/Stages-of-Change-Model/Page1.html>

**სხრილი 7.1 | სვლილახის ფაზები და კონსულტანტის ამოცანები**

ფაზა	კონსულტანტის სამოტივაციო ამოცანები
დაფიქრებამდე	გააჩინო ეჭვი – გაამძაფრო მოხმარების ამჟამინდელ პატერნთან დაკავშირებული რისკების და პრობლემების აღქმა. დაამყარო ურთიერთობა. აღიარო კლიენტის გრძნობები და კარი გაუღო მომავალ აღმოჩენებს და ცვლილებას.
ფიქრი	დაარღვიო წონასწორობა – აღძრა მიზეზები ცვლილებისთვის. ხაზი გაუსვა მოხმარების გაგრძელებასთან დაკავშირებულ რისკებს. გააძლიერო თვითეფექტურობა. გააღრმავო წინსვლის პირადი გადანწყვეტილება.
მზადება / მოქმედება	დაეხმარო ცვლილების მისაღწევი საუკეთესო მიდგომის არჩევაში. დაამუშაო გეგმა და დაეხმარო კლიენტს გეგმაზე ფოკუსირებაში. მოაცილო ცვლილების გზაზე აღმართული დაბრკოლებები.
შენარჩუნება / რეციდივის პრევენცია	დაეხმარო რეციდივის ტრიგერების და სარისკო სიტუაციების განსაზღვრაში და რეციდივის თავიდან აცილების სტრატეგიების დამუშავება-სრულყოფაში.

წყარო: R. Fields (2010, in press). Drugs in Perspective McGraw Hill, NY. გადმობეჭდილია ნებართვით.

რეციდივი, ანუ კომპეტენტური მკურნალობის შემდეგ ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკის მოხმარებასთან უკონტროლო დაბრუნება, არის ერთ-ერთი იმ უდიდეს პრობლემათაგან, რომლებსაც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლები და მათი კონსულტანტები აწყდებიან. ანგარიშების მიხედვით, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლებზე ნამკურნალებ კლიენტების ფაქტობრივად 90%-ს აქვს რეციდივი

მკურნალობიდან გამოსვლის მერე 1 წლის განმავლობაში (Marlatt & Donovan, 2005). ეს გამოვლენილი ციფრი იმის მაჩვენებელია, რომ ჩვენ მაღალი პრიორიტეტი უნდა მივანიჭოთ რეციდივის პრევენციას, თუ გვსურს მკურნალობის მიღწევების გამტკიცება, „მბრუნავი კარის სინდრომის“ სიხშირის შემცირება და ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარებელთა შორის მკურნალობის დაწყების მზადყოფნის გაძლიერება. ამ დროს მნიშვნელოვანია, ერთმანეთისგან გარჩეული გვქონდეს სამი სხვადასხვა მდგომარეობა: (1) არაპრობლემურ მოხმარებაზე დაბრუნება; (2) წაცდენა, რაც დროებითი მარცხია; და (3) რეციდივი, რაც ნივთიერების უკონტროლო მოხმარებასთან დაბრუნებას ნიშნავს.

ალკოჰოლის ბევრი ავადმომხმარებელი სპონტანურად წყვეტს ნივთიერების ავადმომხმარების პატერნს. ეს ადამიანები ხანდახან უბრუნდებიან ზომიერ მოხმარებას აბსტინენციის პერიოდის შემდეგ. ალკოჰოლის ამგვარად მოხმარების ეს ახალი წესი რეციდივად არ უნდა განვიხილოთ, რადგან ამ ჭკუფში მოხმარება არ არის უეჭველად პრობლემური. ნივთიერებათა მოხმარებისა და ავადმომხმარების მრავალგვარი პატერნი არსებობს და ამ კლიენტების მაგალითზე ჩანს, რომ ადამიანები შეიძლება იწყებდნენ და წყვეტდნენ ნივთიერების პრობლემურ მოხმარებას ისე, რომ ამ დროს არ ჯდებათ სტერეოტიპული პატერნი.

წაცდენა უნდა განვიხილოთ დროებით მარცხად, რაც არც კატასტროფაა და არც რეგრესია. ის სწავლის და რაღაცაში გარკვევის სტიმულს უნდა იძლეოდეს და კლიენტმა და კონსულტანტმა გარკვეული დრო უნდა დაუთმონ იმის კვლევას, თუ რა უძღოდა წინ წაცდენას და რა შეიძლება კლიენტმა ისწავლოს მისი გაანალიზებით. წაცდენა თავისთავად უეჭველი ზიანის მომტანი არ არის, მაგრამ შეიძლება დამანგრეველი აღმოჩნდეს, თუ მას კატასტროფად ან პიროვნულ მარცხად წარმოვაჩინოთ. კონსულტანტი კლიენტს უნდა დაეხმაროს, გაიაზროს წაცდენები – ვთქვათ, როგორც მოსინჯვის ქცევა ან როგორც რეაქცია გარემოს მინიშნებებზე – და ისინი სასწავლო გამოცდილებებად გადააკლასიფიციროს. ეს ახლებური კლასიფიკაცია შეამცირებს დანაშაულის გრძნობას, შფოთვას, სირცხვილს და კლიენტს მისცემს ძალებს, განაგრძოს წინსვლა და არ აქციოს წაცდენა სრული მასშტაბის რეციდივად.

ამისგან განსხვავებით, ნამდვილი რეციდივი სერიოზული ვითარებაა. ის მაშინ ხდება, როდესაც კლიენტი აახლებს ავადმომხმარების პატერნს მკურნალობით გამოწვეული აბსტინენციის ან კონტროლირებადი მოხმარების პერიოდის მერე. ამგვარად, ჩვენი მოსაზრებით, რეციდივი მოსდევს წაცდენას. წაცდენა, თუ ის სწორად არ ვმართეთ და არ გადავაფასეთ ცოდნის მომტან გამოცდილებად, შესაძლოა გადაიქცეს იმად, რაც აბსტინენციის დარღვევის ეფექტის (abstinence violation effect, AVE) სახელითაა ცნობილი. კლიენტებს, რომელთაც სჯერათ, რომ მათი ერთადერთი არჩევანია ან აბსოლუტური აბსტიტენცია ან კონტროლის სრული დაკარგვა, ხშირად ძალიან მძაფრად რეაგირებენ ისეთ შემთხვევებზე, რომლებიც, შესაძლოა, უბრალოდ მცირე წაცდენები ყოფილიყო. მათ ეუფლებათ ძლიერი დაბნეულობა, ღრმა დანაშაულის გრძნობა, ეცემა მათი თვითშეფასება, განიცდიან შეცბუნებას და უდიდეს სირცხვილს. ეს ძლიერი ნეგატიური ემოციები იწვევენ უიმედობას აღდგენა/გამოჯანმრთელების შესაძლებლობასთან დაკავშირებით და ნივთიერებების ავადმომხმარების განახლებას ნეგატიური ემოციური მდგომარეობის დასაძლევად.

ეს მტკივნეული გამოცდილება შეიძლება თავიდან ავირიდოთ, თუ კლიენტებს ვასწავლით შეცდომების გადაქცევას სასწავლო გამოცდილებად, რაც, გაანალიზების შემდეგ, მათ და მათ კონსულტანტებს უამრავ რამეს აუწყებს გარემოს სტრესფაქტორებისა და მკურნალობის ხარვეზების შესახებ. ამგვარი თვალსაზრისი ამცირებს სირცხვილის გრძნობას, ეჭვს, დანაშაულის განცდას; კლიენტს აძლევს შესაძლებლობას, შეინარჩუნოს პიროვნული მთლიანობა და წაახლისებს, არ მიატოვოს მკურნალობა, არამედ პირიქით, გაეხსნას მას. არავითარი საუბრები ყველაფრის თავიდან დაწყებაზე: მკურნალობის ყველა მიღწევა ერთად უნდა შეკავშირდეს. თუ კლიენტს აქვს 3-კვირიანი რეციდივი 4-თვიანი სიფხიზლის შემდეგ,

ეს უბრალოდ ნიშნავს, რომ მას სიფხიზლის 120 დღე და ნივთიერების მოხმარების 21 დღე მოეპოვება. არავითარი მორალური მოთხოვნები კლიენტის მისამართით, არავითარი გადაკრული სიტყვები მარცხზე. იდეალურ შემთხვევაში, რეციდივი განიხილება თერაპიულ, გასაგებ და მისაღებ გამოცდილებად.

## რეციდივის პრევენციის მოდელები

ადიქციის გავრცელებული მოდელები უდიდეს გავლენას ახდენენ იმაზე, თუ რა მკურნალობას მივმართავთ ჩვენს კლიენტებთან და, შესაბამისად, როგორ მივუდგებით რეციდივისა და რეციდივის პრევენციის საკითხებს.

### დაავადების მოდელი

დაავადების მოდელის კონცეფცია პირველად ჩამოაყალიბა ჯელინეკმა (Jellinek, 1960), როგორც ალკოჰოლიზმის გააზრების ხერხი, და მას შემდეგ ადიქციის ზოგად სფეროშიც გამოიყენებოდა. ამ თვალსაზრისის საბაზისო პოსტულატია, რომ ალკოჰოლზე და ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ ადამიანებს აქვთ ფაქტობრივად დაუძლეველი ფიზიკური ლტოლვა ნივთიერებათა მოხმარებისკენ და ალკოჰოლის თუ სხვა ნარკოტიკის მოხმარებასთან მიმართებაში ისინი კონტროლს კარგავენ. ალკოჰოლიზმის ან წამალდამოკიდებულების დაავადება განიხილება, როგორც პროგრესირებადი და შეუქცევადი.

დაავადების კონცეფცია საყოველთაოდაა მიღებული საზოგადოების მიერ და ანონიმი ალკოჰოლიკების (AA) და ანონიმი ნარკომანების (NA) მიდგომათა უპირობო შემადგენელი ნაწილია. რეციდივის პრევენციის ამ მოდელის ნაკლი მდგომარეობის მის პოტენციალში, დიქტომიად განიხილავდეს როგორც აშლილობას, ასევე რეციდივის პრობლემას. ეს შეხედულება, რომელიც დაავადების კონცეფციის ზოგ მიმდევარს ახასიათებს, კლიენტს განიხილავს ან როგორც ფხიზელს, ან რეციდივის მქონეს. რადგანაც დაავადების მძლავრ და უკონტროლო ძალებთან შებრძოლება ძალიან ძნელია, რეციდივი მოსალოდნელ მოვლენად განიხილება. რეციდივი, ფაქტობრივად, დაავადების ნაწილად მიიჩნევა.

დაავადების კონცეფციის მრავალი მიმდევარი ყველა წაცდენას რეციდივად მიიჩნევს და კლიენტის წაცდენა აღიქმება მანამდელ წარმატებებზე ხაზის გადასმად. ამგვარად, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლები იძულებული არიან, სურვილის შემთხვევაში, ხელახლა შეუდგნენ აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესს და ყველაფერი თავიდან დაიწყონ. ტრადიციულ ციკლში წაცდენას ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. მიიჩნევა და ისწავლება, რომ ერთი დაღევა, მარიხუანას ერთი შეკვთება, ერთი აბი ან ნარკოტიკის ერთი დოზა გარდაუვლად გამოიწვევს ინტოქსიკაციას და ავადმომხმარების ისეთ დონეებს, რომელსაც მკურნალობა სჭირდება. ეს რწმენა მომდინარეობს ნარკო- და ალკოჰოლდამოკიდებულების დაავადების კონცეფციიდან, რომელიც მიიჩნევს, რომ ეს მდგომარეობა პროგრესირებადია. ამ თვალსაზრისით, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლები, იმის მიუხედავად, მოიხმარენ ნარკოტიკებს თუ არა, „მიბმული“ არიან თავიანთი დაავადების პროგრესირებას და ნივთიერების ნებისმიერი მოხმარება დაუყოვნებლივ ხელახლა გაააქტიურებს დაავადების პროცესს. ამ ჩარჩოს ფარგლებში კლიენტებს ჩააგონებენ, რომ მათთვის განკურნების ერთადერთი შანსი აბსტინენციაა: მიღებული აზრი გახლავთ, რომ „*აბსტინენცია*“ ნიშნავს ჯანმრთელობას და „*ნივთიერებათა მოხმარება*“ ნიშნავს ავადმყოფობას. ამას გარდა, ტრადიციონალისტები თავიანთ კლიენტებს ეუბნებიან, რომ ალკოჰოლიზმი და სხვა ნარკოტიკებზე დამოკიდებულება ქრონიკულ რეციდივს დაქვემდებარებული დაავადებებია. ეს ორი მოთხოვნა („კარგად რომ იყო, ამისთვის აუცილებელია აბსტინენცია“ და „შენ ქრონიკული რეციდივების მქონე

დაავადება გაქვს“) ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტს შეიძლება დიდიმად ექცეს. ეს დილემა, იმ რწმენასთან ერთად, რომ რეციდივი უეჭველად იწვევს ყველა მიღწევის სრულ გაუფასურებას, კლიენტებისთვის შეიძლება დამაბნეველი და შფოთვის მომგვრელი იყოს.

გორსკიმ (Gorski, 2009) ეს პრობლემა გადაჭრა იმით, რომ დაავადების კონცეფციის კომპონენტები რეციდივის პრევენციის მოდელში ჩასვა. გორსკის აზრით, ფსიქოლოგიური დისფუნქციები ადიქციის მქონე კლიენტს რეციდივის რისკის ქვეშ აყენებს, თუმცა აღდგენა/გამოჯანმრთელების ამოსავალ მოდელად განვითარების მოდელს იღებს. მკურნალობის დაწყების შემდეგ პირველი ეტაპია *სტაბილიზაცია* და მწვავე შემთხვევების აღკვეთა; ამას მოსდევს აღდგენა გამოჯანმრთელების 3 ეტაპი: *ადრეული* – როცა კლიენტი იწყებს სწავლას, როგორ იცხოვროს ნარკოტიკების გარეშე; *შუა* – რომელიც გულისხმობს დაბალანსებული ცხოვრების ნირის ჩამოყალიბების მცდელობას; *გვიანი* – როცა მუშაობენ გრძელვადიან ფსიქოლოგიურ და ოჯახურ პრობლემებზე; და ბოლოს, *შენარჩუნება* ეწოდება მდგომარეობას, როდესაც გამუდმებით ექვევა ყურადღება რეციდივის შესაძლებლობას. გორსკი ვარაუდობს, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პროგრამების უმეტესობა წარმატებულია აღრული აღდგენა/გამოჯანმრთელების ეტაპზე, მაგრამ სხვა სტადიებზე ვერ ახერხებენ კლიენტების სხვადასხვანაირი საჭიროებების დაკმაყოფილებას. იმისათვის, რომ მიღწეული იქნეს სრული აბსტინენციის და ცხოვრების ნირის შეცვლის მიზნები, კლიენტებმა ყოველ ეტაპზე სათანადო უნარები უნდა შეიძინონ. რეციდივის პრევენციის კონსულტანტს ევალება, დაეხმაროს კლიენტს ყოველდღიური ცხოვრების სტრუქტურის შემუშავებაში, თვითშეფასების შესრულებაში, ადიქციური დაავადების ბუნების შესწავლაში, რეციდივის გამაფრთხილებელი ნიშნების გამორჩევასა და მართვაში და საკუთარ აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესზე დაკვირვების წარმოებაში. კონსულტანტი მუშაობს ოჯახის წევრებთან ან სხვა ადამიანებთან, ვისაც შეუძლიათ რაიმე გავლენის მოხდენა რეციდივის თავიდან არიდებაზე. გორსკის მიდგომა განმანათლებლურია, კლიენტები ეცნობიან აღდგენა/გამოჯანმრთელების განვითარების მოდელს, რეციდივის უმთავრეს გამაფრთხილებელ ნიშნებს და იძენენ უნარებს, რომლებიც გრძელვადიანი შენარჩუნებისთვის დასჭირდებათ.

ეს მიდგომა AA-ის ძირულ პრინციპებს აერთიანებს პროფესიონალურ კონსულტირებასთან და თერაპიასთან, რათა დააკმაყოფილოს რეციდივისკენ მიდრეკილი კლიენტის საჭიროებები – ქიმიური ადიქციის ცოდნის ინტეგრირებით ბიოფსიქოლოგიურ მოდელში და 12 ნაბიჯის პრინციპის გაერთიანებით უახლეს კოგნიტურ, ემოციურ, ბიჰევიორულ და სოციალურ პრინციპებთან, რათა მივიღოთ მოდელი როგორც პირველადი აღდგენა/გამოჯანმრთელების, ასევე რეციდივის პრევენციისათვის.

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი, რომელსაც გორსკი უჭერს მხარს, აცხადებს, რომ ქიმიური ადიქცია პირველადი დაავადება ან აშლილობაა, რომელიც იწვევს განწყობის შემცვლელი ქიმიური ნივთიერებების ავადმომხმარებას და მათზე მიჩვევას. განწყობის შემცვლელი ქიმიური ნივთიერებების ხანგრძლივი მოხმარება იწვევს ტვინის დისფუნქციას, რომელიც არღვევს პიროვნულობას და სოციალური თუ სამსახურებრივი პრობლემების გამომწვევი ხდება. ამ თვალსაზრისით, ეს მიდგომა ეფუძნება პოსტულატს, რომ სრულ აბსტინენცია და პიროვნული და ცხოვრების ნირის ცვლილება – ორივე ერთად სრულად გამოჯანმრთელების აუცილებელი კომპონენტია. დისფუნქციურ ოჯახებში აღზრდილი ადამიანები ხშირად ყალიბდებიან თვითმავნებლურ პიროვნებად (AA ამას ხასიათის დეფექტებად მოიხსენიებს), რაც დაბრკოლებად ექმნება მათ აღდგენის უნარს. ადიქცია მიჩნეულია ქრონიკულ დაავადებად, რომელსაც რეციდივის ტენდენცია აქვს. რეციდივი – ეს ნიშნავს, დისფუნქციური გახდენა აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში, რაც მთავრდება ფიზიკური თუ ემოციური კოლაფსით, თვითმკვლელობით ან ალკოჰოლის თუ სხვა ნარკოტიკების მოხმარებით თვითმკურნალობით. ანუ ეს მოდელი ტვინის



დისფუნქციის, პიროვნული რღვევის, სოციალური დისფუნქციის და აღმზრდელი ოჯახური წარმომავლობის როლს აერთიანებს აღდგენა/გამოჯანმრთელების და რეციდივის პრობლემებთან.

ტვინის დისფუნქცია, როგორც გორსკი ამტკიცებს, მიიღწევა ინტოქსიკაციის, ხანმოკლე ალკვითის და ხანგრძლივი ალკვითის პერიოდების დროს. მიიჩნევა, რომ ადიქციის გენეტიკური ისტორიის მქონე კლიენტები უფრო დაქვემდებარებული არიან ტვინის დისფუნქციას. ადიქციის პროგრესირების კვალად, ტვინის დისფუნქციის სიმპტომები იწვევს მკაფიოდ აზროვნების, გრძნობების და ემოციების მართვის, მეხსიერების, სრულფასოვანი ძილის, სტრესის ამოცნობის და მართვის და ფსიქომოტორული კოორდინაციის სირთულეებს. როგორც მოიაზრება, ეს სიმპტომები ყველაზე უფრო ძლიერი სიფხიზლის პირველი 6-18 თვის განმავლობაშია, მაგრამ მიიჩნევა, რომ მთელი სიცოცხლის მანძილზე რჩება ტენდენცია, ფიზიკური თუ ფსიქოლოგიური სტრესის მიღებისას ეს სიმპტომები კვლავ განახლდეს.

გორსკის მიხედვით, პიროვნულობის რღვევა იმის გამო ხდება, რომ ტვინის დისფუნქცია ხელს უშლის ნორმალურ აზროვნებას, გრძნობას და მოქმედებას. პიროვნულობის ზოგი დარღვევა დროებითია და აბსტინენციის შემთხვევაში თავისთავად იხვევს უკან, რაკი ტვინის ფუნქცია აღდგება. სხვა მახასიათებლები ადიქციის პერიოდში ღრმად იკიდებს ფეხს და მისგან თავის დასაღწევად მკურნალობაა საჭირო.

სოციალური დისფუნქცია, რომელიც მოიცავს ოჯახურ, სამსახურებრივ, სამართლებრივ და ფინანსურ პრობლემებს, წარმოიქმნება, როგორც ტვინის დისფუნქციის შედეგი და პიროვნულობის რღვევიდან გამომდინარე მოვლენა.

ადიქციაზე შეიძლება გავლენას ახდენდეს, მაგრამ არ იწვევდეს მას, თვით-დესტრუქციული პიროვნული თვისებები, რომლებიც დისფუნქციურ ოჯახში აღზრდის შედეგია. პიროვნულობა – ესაა აზროვნების, გრძნობის, მოქმედების და სხვებთან დამოკიდებულების ჩვეული ნირი, რომელიც ბავშვობაში ყალიბდება და ადამიანს ქვეცნობიერად გადააჰყვება ზრდასრულ ცხოვრებაშიც. პიროვნულობა ყალიბდება მემკვიდრეობით მიღებული თვისებების და ოჯახური გარემოს ურთიერთქმედების შედეგად.

დისფუნქციურ ოჯახში აღზრდამ შეიძლება გამოიწვიოს თვითმავნებლური პიროვნული თვისებები ან აშლილობები. ეს თვისებები და აშლილობები არ არის ადიქციის გამომწვევი მიზეზი. მათ შეიძლება ადიქციის უფრო სწრაფი პროგრესირება გამოიწვიონ, უფრო ძნელი გახადონ მისი ამოცნობა და მკურნალობის დაწყება ადიქციის ადრეულ სტადიებზე, ან გააძნელონ მკურნალობისგან სარგებლის მიღება. თვითმავნებლური პიროვნული თვისებები და აშლილობები ასევე ზრდის რეციდივის რისკს. შედეგად, ოჯახური წარმომავლობის პრობლემებს მკურნალობისას სათანადოდ უნდა მიეხედოს.

რეციდივის სინდრომი ადიქციის პროცესის განუყოფელი ნაწილია. ადიქცია ორლესული მახვილია, მას ორი მჭრელი პირი აქვს: ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული სინდრომები, რომლებიც თავს ქიმიური მოხმარების აქტიურ ეპიზოდებში ამჟღავნებენ, და სიფხიზლის სიმპტომები, რომლებიც აბსტინენციის პერიოდებში ჩნდება. სიფხიზლის სიმპტომები ქმნის რეციდივის ტენდენციას, რაც თავად დაავადების ნაწილია. რეციდივი – ეს არის, როცა ადამიანი სიფხიზლეში დისფუნქციური ხდება სიფხიზლის სიმპტომების გამო, რაც იწვევს ალკოჰოლის თუ სხვა ნარკოტიკების მოხმარების განახლებას, ფიზიკურ და ემოციურ კოლაფსს ან სუიციდს. რეციდივის პროცესს გამოარჩევს გამაფრთხილებელი ნიშნები, რომელთა წინასწარმეტყველება და ამოცნობა შესაძლებელია და რომლებიც ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკის მოხმარებამდე ან კოლაფსამდე ბევრად ადრე ჩნდება. რეციდივის პრევენციის თერაპია კლიენტს ასწავლის ამ გამაფრთხილებელი ნიშნების ცნობას და მართვას, რეციდივის განვითარების ჩახშობას ადრეულ სტადიებზე და გამოჯანმრთელების პოზიტიურ გეგმზე დაბრუნებას.



გორსკი აღდგენა/გამოჯანმრთელებას მოიაზრებს განვითარებად პროცესად, რომელიც ექვს სტადიას გადის. პირველი – *გარდამავალი ეტაპის* სტადიაა, კლიენტი ამ დროს გაიაზრებს, რომ მას ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები აქვს და საჭიროა, ცხოვრები სტილის მოდელად აბსტინენცია დაისახოს, ამ პრობლემების გადაჭრა რომ შეძლოს. მეორე სტადიაა *სტაბილიზაცია*; ამ დროს კლიენტი გამოკეთდება მწვავე და პოსტ-მწვავე აღკვეთის პერიოდიდან და მისი ფსიქოსოციალური ცხოვრებისეული კრიზისი სტაბილიზდება. მესამე, მეოთხე და მეხუთე – აღდგენა/გამოჯანმრთელების სტადიებია: *აღრეული (early recovery)*, როცა კლიენტი გამოარჩევს ადიქციურ ფიქრებს, გრძნობებს და ქცევებს და სწავლობს, როგორ ჩაანაცვლოს ისინი სიფხიმოვან ფოკუსირებული აზროვნებით, გრძნობებით და ქცევებით; *შუა (middle recovery)*, მისი მიმდინარეობისას კლიენტი გამოასწორებს ზიანს, რომელიც მის ცხოვრების სტილს ადიქციის გამო მიადგა, და განონასწორებულ და ჯანსაღ ცხოვრების ნირს შეიმუშავებს და *გვიანი (late recovery)*, როცა კლიენტი გადაჭრის აღმზრდელი ოჯახიდან მომავალ პრობლემებს, რომლებიც ამცირებენ აღდგენა/გამოჯანმრთელების ხარისხს და რეციდივის გრძელვადიანი ტრიგერების როლს ასრულებენ. მეექვსე სტადიაა *შენარჩუნება*, ამ ეტაპზე კლიენტი აგრძელებს ზრდის და განვითარების პროგრამას და ჩართულია აქტიური აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროგრამაში, რაც მას აკავებს კვლავ უკან, ძველ ადიქციურ პატერნში ჩაცურებისგან.

გორსკის რეციდივის მოდელი გამოყოფს ფუნქციონირების სამ უმნიშვნელოვანეს ფსიქოლოგიურ დომენს და ფუნქციონირების სამ უმნიშვნელოვანეს სოციალურ დომენს. ყოველი მათგანი თანაბრად მნიშვნელოვანად მიიჩნევა.

უმნიშვნელოვანესი ფსიქოლოგიური დომენებია:

1. აზროვნება
2. გრძნობა
3. მოქმედება

უმნიშვნელოვანესი სოციალური დომენებია:

1. სამუშაო
2. მეგობრობა
3. ინტიმური ურთიერთობები

კლინიკური მიზანია, დაეხმაროს კლიენტს თითოეულ ამ დომენში საკმარისად გამართული ფუნქციონირების მიღწევაში.

კლიენტები, როგორც წესი, სხვებს ამჯობინებენ ერთ ფსიქოლოგიურ და ერთ სოციალურ დომენს. ისინი ზედმეტად განავითარებენ ამ გამორჩეულ დომენებს, მაშინ, როცა სხვები განუვითარებელი რჩება. მიზანია, გავაძლიეროთ ზედმეტად განვითარებულ დომენში შემუშავებული უნარები და ამავე დროს კლიენტის ძალისხმევა მივმართოთ არასაკმარისად განვითარებულ დომენებში უნარების გამომუშავებაზე. ეს მიზნად ჯანსაღი, განონასწორებული ფუნქციონირების მიღწევას ისახავს.

ნივთიერებათა ავადმომხმარების დასწავლის თეორიები მომდინარეობს უფრო ვრცელი ცოდნიდან, რომელიც გაძლიერების თეორიას (reinforcement theory) ეხება. სოციალური დასწავლის თეორეტიკოსები მიიჩნევენ, რომ ნივთიერებათა მოხმარება და ავადმომხმარება არის კონკრეტული დასწავლის ისტორიის შედეგი, რომელშიც მომატებულია ალკოჰოლის მიღების ან ნარკოტიკების მოხმარების ქცევის სიხშირე, ხანგრძლივობა და ინტენსიობა – მისგან მიღებული ფსიქოლოგიური სარგებლის გამო (Marlatt & Witkiewitz, 2009). არსებობს ბევრი განსხვავებული დასწავლის თეორია.

დასწავლის თეორიის ერთი ვარიანტია დრაივის რედუქციის თეორია. ის სტიმულს განსაზღვრავს, როგორც გარე დაძაბულობას, რომელიც, მისი გამომწვევი მიზეზის

მიუხედავად, დრაივის მდგომარეობას ქმნის. ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის მოხმარება იქცევა ყველაზე ხშირ რეაქციად (ჩვევად) აღმძვრელის (დრაივის) შემცირების მცდელობისას. მიიჩნევა, რომ ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკების ფსიქოლოგიური ეფექტი თავიდან დაძაბულობის შემამცირებელი და, შესაბამისად, თავისთავად გამაძლიერებელია. ეს გაძლიერება, თავის მხრივ, ამტკიცებს ალკოჰოლის მიღებით გამოხატულ რეაქციას, რომელიც ამიტომ უფრო ხშირად გახდება დაძაბულობის პასუხი. მაშასადამე, ეს წრე თანდათან მიგვიყვანს ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკის მოხმარების ჩვევამდე (Coombs and Howatt, 2005).

დასწავლის თეორია აგრეთვე ხსნის იმ მოჩვენებით შეუსაბამობას, როცა ადამიანები მაინც მისდევენ ნარკოტიკის გადაჭარბებით მოხმარებას, იმის მიუხედავად, რომ ამას სოციალური სასჯელი მოსდევს სამუშაოს დაკარგვის, სოციალური განკვეთის, ემოციური მღელვარების და ფიზიკური მდგომარეობის გაუარესების სახით. ეს შეუსაბამობა დაყოვნებული გაძლიერების პრინციპით აიხსნება. ანუ, მეორე დილით ნაბახუსევის სინდრომი ან სოციალური სასჯელი შედეგიანად ვერ შეწყვეტს დაძაბულობაზე ალკოჰოლის მიღებით რეაგირებას, რადგან ნეგატიური გამაძლიერებელი ეფექტი დაყოვნებულია. ამას გარდა, თუ აღმძვრელი/დრაივი ინტენსიურია, მისი დაუყოვნებლივ შემცირების ეფექტი, რომელსაც ნივთიერების გამოყენება იწვევს, უფრო ყურადსაღები იქნება, ვიდრე მის საპირწონედ დადებული სოციალური სასჯელი, რომელმაც შეიძლება რეალურად ახალი სტრესის მიზეზი გახდეს და ნივთიერების მეტად მოხმარება გამოიწვიოს (Fields, 2010, in press).

სოციალური დასწავლის თეორიის მეორე თვალთახედვის მიხედვით, ნივთიერების გადაჭარბებული მოხმარების წამოწყების მიზეზი ხდება გარე სტრესორები და მყარდება ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების ჰიპოთეტური დამამშვიდებელი და გამაუტკივარებელი ეფექტებით ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. ასე თუ შევხედავთ, პოტენციურმა ნივთიერებათა ავადმომხმარებელმა დაიწყო ნივთიერებათა მოხმარება, სხვადასხვა გამაძლიერებლების ზემოქმედებით თუ მიბაძვით, როგორც ძალიან ზოგადი და ყველაზე ქმედითი პასუხი სტრესზე, ამ ნივთიერების გამაძლიერებელი თვისებების გამო. ეს ქმედითი გაძლიერება ამყარებს ნივთიერების მიღების რეაქციას, ხოლო ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის განგრძობად მოხმარებას დროის განმავლობაში მიყვავართ დამოკიდებულების ფსიქოლოგიურ მდგომარეობამდე, რომელიც ვლინდება ალკოჰოლის სიმპტომების გაჩენით, თუ ნივთიერება აღარ მოიხმარება.

ამიტომ, დაძაბულობაზე ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის მოხმარებით რეაგირება გრძელდება ალკოჰოლის მდგომარეობის თავიდან ასაცილებლად. ალკოჰოლის სიმპტომების თავიდან აცილება თავისთავად გახლავთ ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარების გამაძლიერებელი ფაქტორი და ამიტომ იგი გადაჭარბებული მოხმარების მეორეულ შემანარჩუნებელ მექანიზმად იქცევა. დასწავლის თეორიის ერთ-ერთი უმთავრესი უპირატესობა ის გახლავთ, რომ ის შეიძლება ინტეგრირდეს სხვა ბევრ თეორიასთან, რომლებიც განიხილავენ ლტოლვას (შფოთვას, დეპრესიას, სიტუაციაში „ჩაჭდომის“ საჭიროებას, თავის უკეთესად გრძნობის საჭიროებას, ა.შ.), როგორც ფაქტორს, რომელიც შეიძლება შემცირდეს ან შეიცვალოს ნივთიერების მიღების შედეგად.

სოციალური მეცნიერების სპეციალისტებმა საგულდაგულოდ განიხილეს ნივთიერებათა ავადმომხმარების ამგვარი გააზრება. მის შედეგად მიღებული მოდელი ითვალისწინებს ფსიქოლოგიურ ფაქტორებს და გულისხმობს ცვლილების საჭიროებას პიროვნებაში და გარემოსთან მის დამოკიდებულებაში. ეს მოდელი სცდება მხოლოდ სამედიცინო მიდგომას და მოიცავს ადამიანურ გამოცდილებათა ფართო სპექტრს.

სოციალური დასწავლის მოდელმა ბიძგი მისცა ადიქციური ქცევის ახალ გამოკვლევებსა და ინტერპრეტაციებს. სპეციალისტებმა დაასკვნეს, რომ ნივთიერების გადაჭარბებული მოხმარება ფაქტორთა კომბინაციის შედეგია და მასში ჩართულია

კოგნიტური, ემოციური, სიტუაციური, სოციალური და ფიზიოლოგიური ცვლადები. ეს მიდგომა პროაქტიულია, წინმსწრები, რადგან საშუალებას გვაძლევს, ყურადღება გავამახვილოთ მინიშნებებზე და მაღალი რისკის სიტუაციებზე, რომლებმაც შეიძლება ჩვენი კლიენტების წაყენა ან რეციდივი გამოიწვიოს. ამ თვალსაზრისით, რეციდივის პრევენცია შესაძლებელია და რეციდივი, როგორც უკიდურესი შედეგი, არ არის გარდაუვალი. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ კლიენტებს უტარდებათ უნარების ტრენინგები, ხორციელდება სხვა ინტერვენციებიც, რაც მათ აძლევს ნორმალური ფუნქციონირების საშუალებას გარემოში, რომელიც, ჩვეულებრივ, ძლიერ არაკეთილმოსურნეა ალდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში მყოფი ნივთიერებათა ავადმომხმარებლისთვის. სოციალური დასწავლის თეორიაზე დაფუძნებული მკურნალობა იოლად რეგულირებადი და მოქნილია. ის პასუხობს კლიენტის საჭიროებებს და იძლევა ზომიერი მოხმარების საშუალებას, რაც, ყველა თვალსაზრისით, აუმჯობესებს ცხოვრების დონეს.

სამედიცინო მოდელი რეციდივს განიხილავს „ყველაფერი ან არაფერი“ მიდგომის ჭრილში, რომელშიც აბსტინენციის პერიოდის შემდეგ ნივთიერების ნებისმიერი მოხმარება რეციდივად ითვლება. ამასთან, რეციდივი აღიქმება „ქიმიური დამოკიდებულების დაავადების“ მთავარ სიმპტომად და კლიენტებს, როგორც წესი, სთხოვენ, დაძაბონ ნებისყოფა და არ დაუშვან რეციდივი. ხოლო სოციალური დასწავლის შეხედულება ნივთიერებათა მოხმარების განახლებას განიხილავს სასწავლო გამოცდილებად, რომელიც შეიძლება წარმატებით იყოს გამოყენებული მკურნალობის ადრინდელი მიღწევების განსამტკიცებლად. ამას გარდა, სოციალური დასწავლის თეორიის მიმდევრები მიიჩნევენ, რომ რეციდივი – ესაა პასუხი გარემოს სიგნალებზე, რომლებსაც კლიენტი განუწყვეტილად აწყდება. ამ მხრივ, რეციდივის განმსაზღვრელი ფაქტორები და მაღალი რისკის სიტუაციები შეიძლება წინასწარ იქნეს აღმოჩენილი, კლიენტები კი შესაბამისად დამუშავდნენ, მიეცეთ რეციდივის პრევენციის სტრატეგია, რომელიც ეფექტიანად შეამცირებს ნივთიერების ხელახლა მოხმარების დაწყების (წაყენის) და მას მოდევნებული, სრულად განვითარებული რეციდივის ალბათობას.

## ბიოფსიქოსოციალური მოდელი

ბიოფსიქოსოციალური მოდელი (გორსკის მიერ ბიოფსიქოსოციალური მოდელის გააზრებისგან განსხვავებით) ადიქციას განიხილავს, როგორც კომპლექსურ, პროგრესირებად ქცევით პატერნს, ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციოლოგიური და ბიჰევიორული კომპონენტებით (Miller & Brown, 2009). ამ მიდგომის თანახმად, როგორც ადიქციური ქცევის განვითარებაში, ასევე მის მკურნალობაში მრავალი სისტემის ურთიერთქმედებაა ჩართული. მარლატმა და დონოვანმა (Marlatt and Donovan, 2005) ეს მოდელი რეციდივის პრევენციას მთავრად და მიუთითეს, რომ ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური სისტემები შეიცავენ რეციდივის რისკის პოტენციალს. ბიოლოგიური რისკები, რომლებმაც შეიძლება ადამიანები რეციდივის საფრთხის წინაშე დააყენონ, მოიცავს ისეთ ფაქტორებს, როგორიცაა ნევროლოგიური დაზიანება, სტიმულზე რეაქცია და ბიოქიმიური უკმარისობა. ფსიქოლოგიური რისკ-ფაქტორები მოიცავს რწმენას და მოლოდინებს ნივთიერებათა მოხმარების შესახებ, ასევე – გამკლავების უნარების დეფიციტს.

რეციდივზე გავლენის მქონე სოციალურ ფაქტორებს შორისაა უარყოფითი ცხოვრებისეული მოვლენები, სოციოეკონომიკური სტატუსი, დასაქმება, სტაბილური საცხოვრებლის ქონა და ოჯახური პრობლემები. ბიოფსიქოსოციალური მიდგომა მიიჩნევს, რომ პირადი რისკი უნდა შეფასდეს ისტორიული, ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორების გაზომვით და ანალიზით.

ამის მსგავსად, რეციდივის პრევენციის სტრატეგიები გულისხმობს ყველა

ამ სისტემისთვის ყურადღების მიპყრობას. ის, თუ როგორ აგვარებს კლიენტის აღკვეთასთან დაკავშირებულ ფიზიკურ თუ კოგნიტურ პრობლემებს, გავლენას ახდენს რეციდივის რისკზე. ბიოფსიქოსოციალური მოდელი მოითხოვს, ინფორმაცია ისეთი ხერხით იქნეს მიწოდებული, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება ხანმოკლე მესიერების პრობლემების რეალურობა. ბიჰევიორული ტრენინგი ყურადღებას ამახვილებს ლტოლვასთან დაკავშირებული სტიმულების გამორჩევასა და მათთან გამკლავების ვარიანტების შემუშავებაზე უნარების ტრენინგი და დროის საგულდაგულო განაწილება ხელს უწყობს ზედმეტი სტიმულაციის საჭიროების შემცირებას. მუშაობა ეხება კლიენტის ფიზიკურ ჯანმრთელობას და კეთილდღეობასაც. იმის გამო, რომ მოლოდინები ნივთიერების ეფექტის თაობაზე რისკის ფაქტორად განიხილება, ეს მოდელი მოითხოვს კოგნიტურ ინტერვენციებს, რომლებიც იმუშავებს კლიენტის შეხედულებებზე ნარკოტიკების მოხმარების დადებითი და უარყოფითი შედეგების შესახებ. ის ასევე ყურადღებას მიაპყრობს ფსიქოსოციალური უნარების შეძენას, რომელთა შორის მოიაზრება პრობლემის გადაჭრა, კოგნიტური გამკლავება, სოციალური უნარები და სტრესის მართვა. ის ფოკუსირებულია სოციალურ სისტემებზე, განსაკუთრებით – ოჯახზე, მიიჩნევს რა, რომ მეუღლის ან ოჯახის ინტერვენცია დიდ როლს თამაშობს რეციდივის პრევენციის პროცესში.

## რეციდივის დეტერმინანტები

რეციდივის პრევენციის ყველა მოდელი აღიარებს რეციდივთან დაკავშირებული ფაქტორების გამორჩევის მნიშვნელოვნებას. რეციდივის დეტერმინანტების გაგება – მისი გამამჟღავნებელი ნიშნების ცოდნა – კლიენტს დაეხმარება, თავიდან აირიდოს ნივთიერებათა მოხმარების დამლუპველი განახლება, რომლის გამოცდილებაც ბევრ ადამიანს აქვს.

## მაღალი რისკის სიმუხუცობა

მნიშვნელოვანია, თავიდან ყურადღება მივაქციოთ ნაცდენის წანამძღვრებს: ანუ, რა არის ის ვითარება და სიტუაციები, რომლებმაც აბსტინენტი ან ნივთიერების კონტროლირებულად მოხმარებელი მიიყვანა იქამდე, რომ ის დაბრუნებოდა ნივთიერებათა ავადმოხმარებას და კვლავ შექმნოდა ამასთან დაკავშირებული ყველა პრობლემა? ამისთვის უნდა დავიწყოთ იმ გააზრებული თვითკონტროლის ან თვითშეფასების განხილვით, რომელიც კლიენტს აქვს მაშინ, როცა წარმატებით მიჰყვება მისთვის დადგენილ მკურნალობის რეჟიმს. ამ პერიოდების დროს კლიენტი გრძნობს, რომ შეუძლია საკუთარი თავის და გარემოს კონტროლი, და მას თვითეფექტურობის ძლიერი განცდა უჩნდება. როგორც წესი, ძალაუფლების პყრობის ეს მძლავრი შეგრძნება მშვენივრად ინარჩუნებს თავს, სანამ კლიენტი საავადმყოფოში იმყოფება და გარკვეული დროის განმავლობაში – განერის შემდეგაც. საუბედუროდ, თვითკონტროლის ეს შეგრძნებები იოლად ყრის ფარ-ხმალს, როცა კლიენტი მაღალი რისკის სიტუაციაში აღმოჩნდება (Marlatt & Donovan, 2005).

ძალიან ზოგადად, მაღალი რისკის სიტუაციები ის შემთხვევები, მოვლენები ან სიტუაციებია, რომლებიც საფრთხეს უქმნის კლიენტის თვითკონტროლის განცდას (მაგ., იმ ოთახში შესვლა, სადაც ყველა მისი ძველი თანამეინახე მის და სვამს) და ზრდის ნივთიერების მოხმარების ქცევის დაბრუნების ალბათობას. მრავალრიცხოვან ნივთიერებათა ავადმოხმარებლებთან რეციდივის წანამძღვრების ანალიზისას გამოირკვა, რომ რეციდივების დაახლოებით ერთ მესამედზე პასუხისმგებელი იყო ნეგატიური ემოციური მდგომარეობა, დაახლოებით 15%-ის შემთხვევაში ამის მიზეზი ხდებოდა ინტერპერსონალური კონფლიქტები, სოციალური წნეხი კი 20%-ის გამომწვევი იყო (Marlatt & Donovan, 2005). ნეგატიური ემოციური მდგომარეობა



– ეს გახლავთ ისეთი გძნობები, როგორცაა ბრაზი, შფოთვა, იმედგაცრეება, დეპრესია და მოწყენილობა. ინტერპერსონალური კონფლიქტები არის კლიენტის დავა ან დაპირისპირება ოჯახის წევრებთან, მეგობრებთან, საყვარლებთან ან თანამშრომლებთან. სოციალური წნეხი გულისხმობს სიტუაციებს, როცა კლიენტი პასუხობს გარემოს ან ამხანაგების ზეწოლას, დალიოს ან ნარკოტიკი მოიხმაროს. ამგვარად, ეს კატეგორიები წარმოადგენს მაღალი რისკის სიტუაციებს, რომლებიც შეიძლება ნივთიერების უკონტროლო მოხმარების განახლების მიზენი გახდეს. არ არსებობს ორი კლიენტი, რომლებსაც ერთსა და იმავე სიტუაციაზე იდენტური რეაქცია ექნებათ. ის, რაც ერთისთვის შეიძლება საძნელო იყოს, სხვისთვის სრულიად იოლად გასამკლავებელია. ყოველმა პიროვნებამ თავად უნდა ჩამოაყალიბოს პრობლემური არეების გამორჩევის და სიძნელების მოგვარების საკუთარი გეგმა.

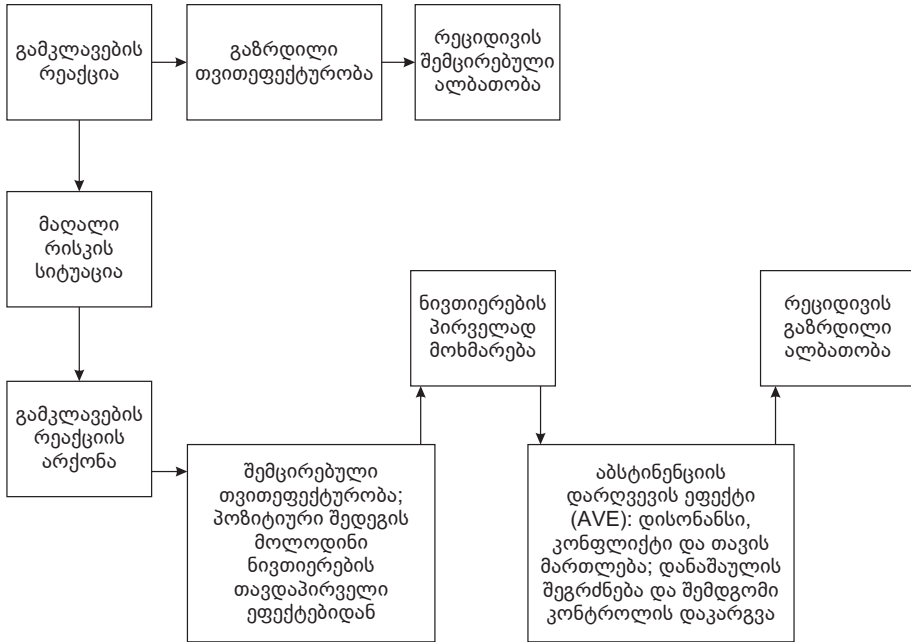
მაგალითად, განვიხილოთ კლიენტი, რომელიც ამბობს, რომ დეპრესიას და უიმედობას გრძნობს. ცოლი ბრალს სდებს, რომ მას საკუთარი თავი ეცოდება, და საბოლოოდ საქმე ჩხუბამდე მიდის. ჩხუბის შემდეგ კლიენტი სახლიდან გამოდის, რათა ფეხით გაიაროს თავის ძველ სამეზობლოში, იქ ზოგჯერ ხვდება რომელიმე ძველ მეგობარს, რომელიც კოკაინს შესთავაზებს. დეპრესიის და ცოლთან ჩხუბის ფონზე, თან იმ ფაქტის გამო, რომ ნარკოტიკის მოხმარებელ მეგობრებს შეხვდა, კლიენტი აბსტინენციას წყვეტს და მოხმარებას ირჩევს. მას არ გააჩნია გამკლავების უნარები, ნეგატიური გრძნობები რომ შეამციროს ან მეგობრების რჩევას შეეწინააღმდეგოს. მარლატის და გორდონის (Marlatt and Gordon, 1985) კოგნიტურ-ბიპევიორული მოდელის მიხედვით, ამ კლიენტს ექნებოდა ნაკლები თვითკონტროლის და მეტი შფოთვის შეგრძნება, როგორც კი გაიაზრებდა, რომ ხელი არ მიუწვდება არავითარ ეფექტურ პასუხზე ამ სიტუაციასთან გასამკლავებლად. ეს განცდები დამორჩილებოდა პოზიტიურ ფიქრებს იმის შესახებ, თუ რა შვება შეიძლება ნარკოტიკმა მოუტანოს, და აღმოჩნდებოდა იმ რეალობის წინაშე, რომ უკვე ისუნთქავს კოკაინს. ამ მიღების შემდეგ კლიენტი განიცდიდა აბსტინენციის დარღვევის ეფექტს, შეიპყრობდა დანაშაულის, სირცხვილის და უხერხულობის გრძნობა; ეს გრძნობათა დისონანსი კვლავ ნარკოტიკის მოხმარებისკენ უბიძგებდა (ფსიქოლოგიური დისკომფორტის შესამსუბუქებლად) და ნელ-ნელა სრული მასშტაბის რეციდივში ჩაეფლობოდა.

რეციდივის პრევენციის ტრენინგის დახმარებით კლიენტს შესაძლოა მრავალი გზით მოეხერხებინა ამ სირთულესთან გამკლავება. უპირველესად, მას შეიძლება გაეცნობიერებინა ამ სიტუაციასთან დაკავშირებული რისკი და თავიდან ასარიდებლად ნაბიჯები გადაედგა. ან შეიძლება მოეხერხებინა თავის ემოციურ აღელვებასთან გამკლავება და ნარკოტიკის მოხმარებელ მეგობრებთან შეხვედრის მიუხედავად, სიფხიზლის შენარჩუნება, ეფექტიანი გამკლავების სტრატეგიები რომ სცოდნოდა.

ამ კლიენტს მკურნალობისას რომ ჩასტარებოდა გამკლავების უნარების ტრენინგი, მას შესაძლოა ეს უნარები გამოეყენებინა აღწერილ მაღალი რისკის სიტუაციაში და ეფექტიანად მორეოდა ნივთიერებათა მოხმარების ადრინდელ ქცევას. გამკლავების რეაქციის გამოყენება შედეგად მისცემდა თვითეფექტურობის ამაღლებას, პოზიტიურ გაძლიერებას და თვითკონტროლის ძლიერ შეგრძნებას. ეს პოზიტიური შეგრძნებები, რასაკვირველია, დიდად ამცირებს ნივთიერებათა მოხმარების განახლების ალბათობას და მას მოყოლებულ რეციდივს. ეს სცენარი ასახულია დიაგრამაზე 7.2.

როგორც დიაგრამაზე ჩანს, მაღალი რისკის სიტუაციაში მოხვედრა (მარცხნივ) შეიძლება ორთაგან რომელიმე მიმართულებით განვითარდეს. როდესაც კლიენტი ასეთ სიტუაციაში ხვდება და ხელი არ მიუწვდება ეფექტიან გამკლავების რეაქციაზე, როგორც წესი, იკლებს მისი თვითეფექტურობა და ამასთან, უჩნდება პოზიტიური მოლოდინი ნივთიერების ეფექტების თაობაზე. პირველი მოხმარების მერე დანაშაულის, კონფლიქტის და სირცხვილის შეგრძნება, თავის მხრივ, ხელს უწყობს რეციდივის შესაძლებლობის გაზრდას.





**ღიპრება 7.2 | რეციდივის პრევენციის კომბინირებული მიდგომა**

წყარო: Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, edited by G. A. Marlatt and J. R. Gordon, 1985, New York: Guilford Press. გადმოხედულია ნებართვით.

მეორე მხრივ, მაღალი რისკის სიტუაციაში აღმოჩენამ შესაძლოა რეალურად გაზარდოს თვითფექტურობის გრძობა, თუ კლიენტი ფლობს შესაბამის გამკლავების პასუხებს და მათ წარმატებით გამოიყენებს. კლიენტს რომც შეეძლოს ყველა სარისკო სიტუაციისგან თავის არიდება, არ უნდა ეცადოს, თავდაცვის ამ დონეს მიმართოს. რისკის წარმატებით გამკლავება ზრდის თვითფექტურობას და ამალღებს ალბათობას, რომ წარმატება ისევ გამეორდება. პოზიტიური ცვლილების შესანარჩუნებლად, როგორც ჩანს, საჭიროა, კლიენტი ფრთხილად მიიწვედეს წინ; ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებულ სიტუაციებთან საქმის დაჭერა სცადოს მხოლოდ მას მერე, რაც შეარჩევს და დაისწავლის სათანადო გამკლავების სტრატეგიებს.

**კომბინირებული რისკ-ფაქტორები**

საკუთარ თავზე და ნარკოტიკებზე კლიენტის წარმოდგენების მცირე ცვლილებებმა თითქმის ისევე შეიძლება გამოიწვიოს რეციდივის პროცესი, როგორც – მაღალი რისკის სიტუაციებმა. კომბინირებული მიდგომა მიიჩნევს, რომ კონკრეტული განწყობები და ფიქრის პატერნები შეიძლება გამაფრთხილებელ ნიშნებად გამოდგეს. მაგალითად, კოკაინის ავადმოხმარებიდან განკურნების ადრეულ სტადიაზე მყოფი ადამიანები ზოგჯერ ეიფორიას განიცდიან მათი აბსტინენციის გამო და არ სჭერათ, რომ შეიძლება, რამე პრობლემა გაუჩნდეთ. როდესაც რიგით ცხოვრებისეულ პრობლემებს გადააწყდებიან, ეს კლიენტები შეიძლება მოუზმადებლები აღმოჩნდნენ ეფექტიანი პასუხის გასაცემად. შეიძლება, ზედმეტი თავდაჭერებულობის გამო

მოხდენენ ისეთი მაღალი რისკის სიტუაციაშიც, რომლის გასაძლევადაც ჯერ მზად არ იყვნენ. ამის საპირისპიროდ, ზოგი კლიენტი ნეგატიურ ფიქრებში ან არაჯანსაღ განწყობაში ეფლობა. ისინი შეიძლება თავს არიდებდნენ რეციდივის პრევენციასთან დაკავშირებულ მძიმე მუშაობის რეალობას, საკუთარი თავის სიბრაულეში იყვნენ ჩაძირული, გამოხატავდნენ მოუთმენლობას მკურნალობის ნელა მიმდინარეობის გამო, უარს ამბობდნენ პასუხისმგებლობის აღებაზე ან მუდმივად უკმაყოფილო რჩებოდნენ.

ბევრ კლიენტს უჭირს ნეგატიური განწყობის გადალახვა და რწმუნდება, რომ მოწყენილობის, დეპრესიის, მარტოობის, სევდის, სიბრაზის, შფოთვის, სირცხვილის და დანაშაულის გრძნობები, ასევე – ტკივილის მომგვრელი მოგონებები ხშირად რეციდივის წინამორბედები არიან. ხშირად, ნარკოტიკები ამ ემოციებით გამოწვეული ტკივილის გასაყუჩებლად იხმარებოდა, ხოლო ნარკოტიკების არქონა კლიენტს თვითმკურნალობისკენ უბიძგებდა. ნეგატიურ გრძნობებს, რომელსაც კლიენტი განიცდის, უპირისპირდება მისი შერჩევითი მეხსიერება ნარკოტიკის მოხმარებით მოგვრილ სიამოვნებაზე. მეორე მხრივ, პოზიტიური განწყობა და წარმატების შეგრძნება შეიძლება ასევე გახდეს მოხმარების განახლების დაწყების ტრიგერი, თუ კლიენტი თვლის, რომ მის განკურნებას საფრთხე არ ემუქრება ან რომ მან ჭილდო დაიმსახურა.

### ცხოვრების ნირის რისკები

თუ კლიენტი ვერ ახერხებს საკუთარი ცხოვრების ნირში აუცილებელი ცვლილებების შეტანას, ამაში შეიძლება თავის როლს კოგნიტური პროცესებიც თამაშობდეს. ცხოვრების ნირის გაუნონასწორობლობა, შეიძლება, ფარულ წინამორბედად იქცეს და გამოიწვიოს მოვლენათა ჭაჭვი, რომელიც კლიენტს მაღალი რისკის სიტუაციისკენ უბიძგებს. ამ თვალსაზრისის თანახმად, ცხოვრებისეულ გაუნონასწორებლობას მაშინ ვაწყდებით, როცა ადამიანების ბალანსი გარე მოთხოვნებსა („საჭიროა“) და სიამოვნებასა და კმაყოფილების გრძნობას („მინდა“) შორის ზედმეტადაა გადახრილი „საჭიროას“ მხარეს. როდესაც ასე ხდება, კლიენტს უჩნდება გრძნობა, რომ მას რაღაცას აძალებენ ან უკრძალავენ და დიდი ალბათობაა, დაიჭეროს, რომ შემწყნარებლურ დამოკიდებულებას და ჭილდოს იმსახურებენ. ადამიანებმა, რომლებსაც მიაჩნიათ, რომ მთელი დღე ზედმეტად ბევრი მოეთხოვებოდათ, დიდი შანსია, ჩათვალონ, რომ იმსახურებენ, საღამოს მოდუნდნენ და დრო ატარონ ინტოქსიკაციის გზით. მარლატის და გორდონის (Marlatt and Gordon) მოდელის თანახმად, სიამოვნების და ჭილდოს მიღების სურვილს აყოლილ ამ ადამიანებს აუცილებლად გაუჩნდებათ მათი რჩეული ნივთიერების მიღების სულ უფრო მზარდი მოთხოვნილება და წყურვილი. ეს მოთხოვნილება და წყურვილი, როგორც წესი, დროის განმავლობაში იზრდება, რადგან კლიენტი იწყებს ნივთიერების დაუყოვნებელი ეფექტების ძალიან პოზიტიურ აღქმას („ისე მომეშვება გულზე; ისეთ გემოს ჩავატან“). მოთხოვნილების და ლტოლვის ზრდის და დროის კარგად გატარების სურვილის გაძლიერების კვალად, კლიენტი დაიწყებს რაციონალიზაციას („ჩემი თავის ბატონი მე თვითონ ვარ“) და უარყოფს ნებისმიერ შესაძლო ნეგატიურ შედეგს, რაც კი შეიძლება ნივთიერებათა მოხმარების განახლებას უკავშირდებოდეს.

კოგნიტური პროცესების ცვლილების კვალად კლიენტები კიდევ უფრო უახლოვდებიან მაღალი რისკის სიტუაციებს და ამ მიახლოებისას იწყებენ რაციონალიზაციაზე დაფუძნებული, აშკარად არარელევანტური დასკვნების გამოტანას („რასაც ვაკეთებ, იმით არაფერი შავდება“) და უარყოფას („ეს საქციელი მისაღებია და არაფერი აქვს საერთო რეციდივთან“). ამგვარი ფიქრები ყველაზე უკეთ განსაზღვრულია, როგორც „მინი-გადაწყვეტილებები“, რომელთა მიღებაც რაღაც დროის განმავლობაში ხდება და რომლებიც, ერთად აღებული, კლიენტს ნივთიერებათა მოხმარების ზღვართან აახლოებს. ამგვარი მინი-გადაწყვეტილების

მაგალითია ალდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში მყოფი ალკოჰოლის ავადმომხმარებლის უარი, დააცარიელოს თავისი ბარი, იმ არგუმენტით, რომ მისი პრობლემები არ უნდა აისახოს სხვა ადამიანებზე და მათ ისევ უნდა ჰქონდეთ მის სახლში ალკოჰოლის მიღების შესაძლებლობა. შეიძლება მოვიყვანოთ მწველის მაგალითიც, ვინც უარზეა, ოფისში თავის თანამშრომლებს შეატყობინოს, მონევას თავი რომ დაანება, რადგანაც „ეს ჩემ გარდა არავის საქმე არაა“. ეს ადამიანი შეიძლება იმის გამო უარობდეს სიტუაციის გააშვარავებას, რომ შეეძლოს, თანამშრომელს უფრო მარტივად სთხოვოს სიგარეტი („უკ, მე გამოთავებია“).

კლიენტებისთვის ასევე საჭიროა ცხოვრების ნირის იმგვარად შეცვლა, რაც დაეხმარებათ, თავი ჯანსაღად და პოზიტიურად იგრძნონ. თუ პიროვნება წყვეტს ნივთიერების მოხმარებას, მაგრამ არ ანაცვლებს მათ ანალოგიურად იოლი და კმაყოფილების მომგვრელი ქცევით, ის სწრაფად დადგება რეალობის წინაშე, რომ ცხოვრება მართლაც „მოსაწყენი და უაზროა ნარკოტიკის გარეშე“. კლიენტი, რომელიც ჩართულია კეთილდღეობის პროგრამაში, აქტიურია თავის თემში, ენთუზიაზმით ეკიდება სამსახურს თუ დასასვენებელ საქმიანობებს – დიდი ალბათობით, წარმატებას მიაღწევს.

## რეციდივის ჯაჭვი

ვაშტონი (Washton, 2008) მიიჩნევს, რომ, თუმცა რეციდივისკენ ბიძგის მიმცემი მოვლენების თანმიმდევრობამ შეიძლება ბევრნაირი ფორმა მიიღოს, ქვემოთ მოცემული „რეციდივის ჯაჭვი“ შეიძლება ამ პროცესის მიმდინარეობის მაგალითად მოვიყვანოთ:

1. სტრესის დაგროვება ან შემოტევა გამოწვეულია ნეგატიური ან პოზიტიური (მაგრამ, ჩვეულებრივ, ნეგატიური) ცვლილებებით და ცხოვრებისეული მოვლენებით.
2. აქტივირდება ძალიან ნეგატიური ან პოზიტიური აზრები, განწყობილება და გრძნობები, მათ შორის – დაბნეულობა, შეცბუნება, გაღიზიანება, დეპრესია, ალტაცება, ან, პირიქით, სრული უგრძნობელობა.
3. პაციენტი გადაჭარბებულად რეაგირებს სხვადასხვა სიტუაციებზე და სტრესზე, ან სრულიად ვერ ახერხებს, პასუხად რამე მოიმოქმედოს, რაც პრობლემის გახანგრძლივებას და გამძაფრებას იწვევს;
4. პაციენტი უარყოფს, რომ პრობლემა სერიოზულია ან რომ საერთოდ არსებობს იგი, და ვერ ახერხებს, გამოიყენოს უკვე არსებული დახმარების სისტემა და განკურნების სხვა ინსტრუმენტები.
5. თავდაპირველი პრობლემები სწრაფად მატულობს და წარმოიშობა ახლები, რადგან პაციენტი აგრძელებს მათ კატეგორიულად იგნორირებას.
6. პაციენტი დაასკვნის, რომ სიტუაცია უკვე უსაშველო გახდა და სრულ უმწეობას გრძნობს. მის ფიქრებში სულ უფრო ხშირად იჭრება მოგონება კოკაინთან დაკავშირებულ „კარგ დროზე“.
7. პაციენტი სულ უფრო ხშირად აღმოჩნდება მაღალი რისკის სიტუაციებში ან ერთვება თვითსაბოტაჟის სხვა უმნიშვნელო, ან არცთუ ისე უმნიშვნელო, ქმედებებში.
8. სტრესი კვლავ იზრდება, რაკი გრძელდება პაციენტის მიერ ცხოვრებაზე კონტროლის დაკარგვა, მაშინ, როცა თავად პაციენტი სულ უფრო იზოლირდება თავისი დამხმარე სისტემებისგან. ჩნდება იმედგაცრუება, სასოწარკვეთილება, უხერხულობა, უიმედობა და საკუთარი თავის სიბრალული და იწვევს ობსესიურ ფიქრებს კოკაინის გამოყენებაზე.
9. დაუძლეველი ლტოლვა და მოთხოვნილება აიძულებს პაციენტს, შეიძინოს და მოიხმაროს კოკაინი და/ან სხვა ნარკოტიკი. რეციდივის ჯაჭვი დასრულებულია.

ზემოთ აღწერილი მოვლენების ჯაჭვი ისევე შეეხება სხვა ნარკოტიკებს, როგორც კოკაინს. რეციდივის პრევენციის დანიშნულებაა, შეწყვიტოს ეს პროცესი, რათა ცხოვრებისეული პრობლემების არსებობამ გარდაუვლად არ გამოიწვიოს რეციდივი.

## რეციდივის პრევენციის სტრატეგიები

რეციდივის პრევენცია ფართო სპექტრის მქონე მიდგომაა და მოიცავს სპეციალურ ინტერვენციის პროცედურებს ნაცდენების და რეციდივების თავიდან ასაცილებლად ან შესამცირებლად; ასევე, საყოველთაო პროცედურებს, რომლებიც ცხოვრების სტილის განონანსწორებისთვისაა გამიზნული. კონსულტანტები ხშირად გამოთქვამენ წუხილს რეციდივის პრევენციის თაობაზე. საყოველთაოდ მიღებული ამრიგ ამტკიცებს, რომ რეციდივის განხილვა შეიძლება თავისთავის გამომწვევ ნივთიერებებზე იქცეს და თავად იყოს ამ არასასურველი სიტუაციის გამომწვევი. თუმცა სინამდვილეში იმ კლიენტებს, რომლებსაც კარგად ესმით და საფუძვლიანად ვარჯიშობენ რეციდივის პრევენციის უნარებში, მეტი შანსი აქვთ, წარმატებით შეინარჩუნონ ქცევის ცვლილებები, რომელთა განსახორციელებლადაც დიდი მუშაობა აქვთ განულები. შენარჩუნების სტრატეგიებს შეუძლია, დაეხმაროს კლიენტს რეციდივის პრევენციაში და, რაც ასევე მნიშვნელოვანია, შეამციროს მომხდარი „ჩავარდნების“ ხანგრძლივობა და დამანგრეველი ძალა.

მიღებული მკურნალობის სხვადასხვაგვარობის მიუხედავად, ყველა კლიენტმა უნდა გაიაროს რეციდივის პრევენციის ამომწურავი ტრენინგი. ამგვარი ტრენინგი ჩვეულებრივ ჩართული იქნება მკურნალობის მთელ პერიოდში, მაგრამ რეციდივის კონკრეტული კონცეპტი და ამ საკითხზე კონცენტრირებული ტრენინგი შეთავაზებული უნდა იყოს მკურნალობის ზუსტად ნახევარი გზის გავლისთანავე და მის დასრულებამდე უნდა გრძელდებოდეს. ამის მერე, რეციდივის პრევენციის სტრატეგიები მკურნალობის დასრულების შემდეგ უნდა გაძლიერდეს, როგორც მოკლე (ნახევარსაათიანი) გამაძლიერებელი სესიები მკურნალობის ოფიციალურად დასრულებიდან 1, 3, 6, 9, 12, 15, 18, და 24 თვის შემდეგ. გამაძლიერებელი სესიების გარდა, კლიენტს უნდა მიეცეს რჩევა, რომ მას შეუძლია ნებისმიერ დროს მოსვლა ან დარეკვა. ღია კარის ეს პოლიტიკა და მას დამატებული მხარდამჭერი სესიები განამტკიცებს მკურნალობის მიღწევებს, შექმნის უწყვეტობის გრძობას და დიდად შეამცირებს რეციდივის შესაძლებლობას.

რეციდივის პრევენციის სტრატეგიები არ ჯრის, თუ კლიენტს ჩავაგონებთ, რომ იგი საკუთარ ცხოვრებას ვერ აკონტროლებს. მოცემული შეხედულებით, ისინი არ არიან „დაავადების მსხვერპლნი“, არამედ ნამდვილი მონაწილენი პროცესისა, რომელიც გამიზნულია იმის გასაგებად, თუ რატომ აკეთებენ ისინი იმას, რასაც აკეთებენ. ეს მონაწილე-დამკვირვებლის მოდელი გადამწყვეტია, თუ გვინდა, ჩვენს კლიენტებში კონტროლის და უნარიანობის გრძობა აღვადგინოთ და სწორედ ეს თვითფექტურობა შეაძლებინებს ნივთიერებათა ავადმომხმარებელს, მანიპულირებდეს საკუთარ გარემოზე და არა პირიქით, გარემო მანიპულირებდეს მასზე. კონსულტანტი საკმაოდ ნელა უნდა მიიწვედეს წინ, რათა კლიენტმა თავი დათრგუნვილად არ იგრძნოს. მას უნდა შეეძლოს, აირჩიოს მისაღები ტექნიკა და სტრატეგიები, იმგვარად, რომ გაუძლიერდეს თვითფექტურობა და განკურნების პროცესი მისთვის მოსაწონი იყოს.

## რისკის შემამსუბუქებელი სტრატეგიები

მარლატს და დონოვანს (Marlatt and Donovan, 2005) განხილული აქვთ ინტერვენციის სპეციალური სტრატეგიები, რომლებიც გამოყენებული უნდა იყოს მას მერე, რაც კლიენტი მაღალი რისკის სიტუაციის პირისპირ აღმოჩნდება. რეციდივის



პროცესის ყოველ საფეხურთან სამუშაოდ შეიძლება სპეციალური ინტერვენციები იქნეს გამოყენებული, როგორც ეს 7.1 დიაგრამაზე იყო ნაჩვენები. ამგვარად, კლიენტებს ასწავლიან საკუთარ ქცევაზე დაკვირვებას, რათა შეეძლოს დაგეგმოს, როგორ გაეყვეს ან როგორ გაუმკლავდეს მაღალი რისკის სიტუაციებს. როდესაც ასეთი სიტუაციები წარმოიშობა, უკვე ჩატარებული უნარების გასავარჯიშებელი ტრენინგები და სტრესის მართვაზე მუშაობა უზრუნველყოფს ქმედითი გამკლავების რეაქციის გამოვლენას. თვითფექტურობის შემცირებას კოგნიტური სტრატეგიებით უპირისპირდებიან. ნივთიერების თავდაპირველი გამოყენებაც კი პოზიტიურ დასწავლის გამოცდილებად გარდაიქმნება – შემახსენებელი ბარათების და კოგნიტური რესტრუქტურირების მეშვეობით. გამაძლიერებელი სეანსები და მკურნალობა რეციდივის პრევენციისთვის ფოკუსირებულია ამ ტექნიკის დაუფლებაზე, ისევე, როგორც საყოველთაო ინტერვენციის ტექნიკების ფლობაზე, რომლებიც მომდევნო ნაწილში იქნება განხილული.

**თვითმონიტორინგი.** მაღალი რისკის სიტუაციების ამოცნობაში კლიენტების გასავარჯიშებელ პირველ ინსტრუმენტს თვითმონიტორინგი ეწოდება. კლიენტები აკვირდებიან, თუ როდის, სად და რატომ უნდებათ ალკოჰოლის თუ ნარკოტიკის მოხმარება. თვითმონიტორინგი მარტივი ინსტრუმენტია, ის კლიენტისგან მოითხოვს, სრულად აღწეროს თავისი ავადმომხმარება ან ნივთიერებათა მოხმარების მოთხოვნილება. თვითმონიტორინგის ჩანაწერები შეიძლება გამოვიყენოთ იმის წარმოსაჩენად, თუ რას განიცდიდა კლიენტი და გამკლავების რა უნარები გამოიყენა ნივთიერებათა მოხმარებაზე უარის სათქმელად ან მიღებული რაოდენობის შესამცირებლად.

ამგვარი თვითმონიტორინგი გამოიყენება როგორც შეფასების პროცედურისთვის, ასევე – ინტერვენციის სტრატეგიად. კონსულტანტი უამრავ ინფორმაციას აგროვებს ნივთიერებათა მოხმარების მომასწავებელ მინიშნებებზე და არსებულ გამკლავების უნარებზე, კლიენტი კი ბევრად უფრო ზუსტად აცნობიერებს თავის მოთხოვნილებებს და მოხმარების პატერნებს, თვითმონიტორინგის გაგრძელების კვალად. კლიენტი და კონსულტანტი ასევე ყურადღებიანი ხდებიან იმ კრიტიკული მომენტების მიმართ, როცა არჩევანი კეთდება და იმ ალტერნატიული რეაქციების მიმართ, რომლებმაც მათ სასიკეთოდ იმუშავა.

აღიქციური ქცევები, როგორიცაა ნარკოტიკების და ალკოჰოლის ავადმომხმარება, მრავალი წლის შემდეგ საკუთარ სიცოცხლეს იძენს და ავტომატურ რეაქციებს ემსგავსება. თვითმონიტორინგი კლიენტს აიძულებს, ცნობიერად აღიქვას თავისი ქმედებები და ეს გაცნობიერება ძალიან ეფექტიანია ნივთიერებათა მოხმარებითი რეაქციის ჩვევის მოსაშლელად. კლიენტი რაც უფრო ცნობიერი ხდება, მით უფრო ნაკლებად მოიხმარს და ნარკოტიკებისგან მიღებულ უფრო ნაკლებ სასიამოვნო გრძნობას აღწერს.

**პირდაპირი დაპირკვაბის მეთოდი.** ტექნიკის კიდევ ერთი კრებული, რომელიც მაღალი რისკის სიტუაციების განსაზღვრაში გვეხმარება, „პირდაპირი დაკვირვების მეთოდის“ სახელითაა ცნობილი. კლიენტს აძლევენ მრავალფეროვანი სიტუაციების ჩამონათვალს და სთხოვენ, დაალაგოს ისინი მათთან დაკავშირებული ცდუნების სიდიდის და იმ ფაქტორის მიხედვით, თუ რამდენად თავდაჭერებულია კლიენტი რეციდივის აცილების საკუთარ შესაძლებლობაში. *სიტუაციური თავდაჭერებულობის კითხვარი* (Situational Confidence Questionnaire, Annis, 1982) ასევე შეიძლება გამოყენებული იქნეს ასახსნელად, ზუსტად რას მოიმოქმედებს კლიენტი მაღალი რისკის სიტუაციებში. ამ ტესტში კლიენტი საკუთარ თავს წარმოიდგენს თითოეულ ამ სიტუაციაში და სკალაზე მონიშნავს, თუ რამდენად თავდაჭერებულია, რომ მოახერხებს დალევაზე უარის თქმას („რას იზამთ, თუ მოხვდებით ქორწილში, სადაც ყველა სვამს?“) ეს ტექნიკა კონსულტანტს აძლევს შესაძლებლობას, განსაზღვროს თავისი



კლიენტის გამკლავების უნარების დონე და მისთვის მაღალი რისკის სიტუაციების აღქმა უფრო ცნობიერი გახადოს. მორიგი სავარჯიშო კლიენტისგან მოითხოვს წარსულში რეციდივის ეპიზოდების აღწერას და რეციდივის შესახებ ფანტაზიების ანალიზს. წარსულის ეპიზოდები როგორც კლიენტს, ასევე კონსულტანტს აძლევს შესაძლებლობას, უფრო გარკვევით დაინახოს, თუ რამ გამოიწვია ეს რეციდივები, რომელ მაღალი რისკის სიტუაციებს უკავშირდებოდა ისინი და რა გზით შეიძლება, ავირიდოთ ეს უსიამოვნო გამოცდილება. რეციდივის შესახებ ფანტაზიები ასევე ბევრ რამეს შეგვატყობინებს რეციდივთან დაკავშირებულ მოლოდინებზე და მოგვცემს მკაფიო ინდიკატორებს, თუ რა ტიპის სიტუაციები აღიქმება მაღალი რისკის მქონედ.

**მამკლავების უნარები.** მას შემდეგ, რაც კონსულტანტი და კლიენტი განსაზღვრავენ მაღალი რისკის სიტუაციებს, კლიენტს შეიძლება ესწავლოს ამ სიტუაციებზე სათანადო და ცალსახა პასუხის გაცემა. ზოგ სიტუაციას ის უბრალოდ უნდა მოერიდოს. სხვა სიტუაციებში საჭირო იქნება გამკლავების უნარების გამოყენება, რათა კლიენტი ძნელი ვითარებიდან რეციდივის გარეშე გამოვიდეს.

რეციდივის პრევენცია არის მომზადებულად ყოფნის სტრატეგია, რომელიც ეფუძნება კლიენტის უნარს, გაუმკლავდეს მაღალი რისკის სიტუაციებს. რალაქსაციის ტრენინგები, ასერტულობა და სათანადო კომუნიკაცია გამკლავების უნარებია. თერაპევტი უნდა დაეხმაროს კლიენტს შეფასებაში, თუ რა უნარები უკვე აქვს, რა უნარები უნდა გაიძლიეროს და რა უნარები უნდა შეიძინოს. ხშირად კლიენტები ახერხებენ, განსაზღვრონ გამკლავების უნარები, რომლებიც მათთვის ქმედითია ნივთიერებათა მოხმარებასთან დაუკავშირებელ გამოწვევებთან დაპირისპირებისას და რომლებიც მათ შეუძლიათ მოარგონ ამ კონკრეტულ საჭიროებას.

გამკლავების უნარებია სტრესის მართვის ტექნიკებიც. ისინი მოიცავენ ისეთ კოგნიტურ და ბიჰევიორულ კომპონენტებს, როგორცაა: (1) ერთ ჯერზე ერთ საკითხზე მუშაობა; (2) დაძაბულობის მოხსნა ფიზიკურად; (3) დასწავლა, რომ არ იყო პერფექციონისტი; (4) იუმორის გამოყენება; (5) როცა საჭიროა, გარედან დახმარების ძიება; (6) მართლ დარჩენის დროის მიცემა; (7) ისეთი ჰობის და აქტივობების შექმნა, რომლებიც არ გულისხმობს ნივთიერებათა მოხმარებას; (8) ფიქრებსა და ქმედებებში ზომიერი დამოკიდებულებისკენ სწრაფვა, სიხისტის საპირისპიროდ; (9) სწორი ძილი და კვება; და (10) ცხოვრებაში გადახდილი საფასურის და მიღებული სარგებლის დაბალანსება.

**ეფექტურობის მზრდა.** კიდევ ერთი იარაღია ეფექტურობის გასაზრდელი წარმოსახვის ტექნიკა. აქ კონსულტანტი ეხმარება კლიენტს, სრულიად მოდუნდეს და შემდეგ სთავაზობს მას წარმოსახვით შესაძლო რეციდივის სიტუაციებს. კლიენტი წარმოიდგენს, რომ რეციდივი არ მოსდის, არამედ, სანაცვლოდ, ძლიერ კონტროლს ფლობს და ძნელი სიტუაციის ეფექტიანად მართვა შეუძლია. ეს იარაღი ძალიან ჰგავს რეციდივის რეპეტიციას, რომლის დროსაც კლიენტები წარმოიდგენენ სიტუაციას, სადაც წარმატებით იყენებენ გამკლავების უნარს და თავს არიდებენ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის მოხმარებას.

გამკლავების უნარები, თუ მათ სწორად დაისწავლიან, როგორც წესი, საკმაოდ ეფექტიანია ამ პროცესის განვითარების ასარიდებლად. მაგრამ თუ კლიენტი ამ უნარების გამოყენებით თავიდან წარმატებას ვერ მიაღწევს და ჯაჭვში შემდეგ ნაბიჯსაც გადაადგამს, ხოლო ამ დროს განიცდის თვითეფექტურობის შემცირებას და ნივთიერებათა მოხმარების პოზიტიურ მოლოდინს, მას შეუძლია გამოიყენოს გამკლავების უნარები ან გადაწყვეტილების მიღების უნარები ან თუნდაც გადაწყვეტილების მატრიცა, რომელიც გახლავთ ფორმა, სადაც კლიენტი ჩამოთვლის დაუყოვნებელ და დაყოვნებულ დადებით და უარყოფით შედეგებს აბსტინენციის როგორც გაგრძელების, ისე შეწყვეტის შემთხვევებისთვის. კლიენტი მკურნალობის დასრულებამდე უნდა გაინათოს ამ მატრიცის გამოყენებაში და მას

უნდა ურჩიოთ, ჩამოაყალიბოს (ქალაქებზე) ახალი მატრიცა, რამდენჯერაც კი ნივთიერებათა მოხმარების განახლებაზე დაფიქრდება. მაგალითად, არტურმა, კლიენტმა, რომელიც ჰერონის მოხმარების განახლებას ფიქრობს, ჩამოწერა აბსტინენციის გაგრძელების შემდეგი პოზიტიური შედეგები: ოჯახის შენარჩუნება, სამუშაოს შენარჩუნება, ფიზიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნება და საკუთარ თავზე უკეთესი აზრის ქონა. უარყოფითი შედეგები, რომლებსაც, მისი აზრით, აბსტინენციის გაგრძელება მოიტანდა, იყო ახლო მეგობრების დაკარგვა, მოწყენილობა და ძლიერ სიამოვნებაზე და აღტაცებაზე უარის თქმა. მან აგრეთვე გააანალიზა ჰერონის მოხმარების განახლებასთან დაკავშირებული სასურველი და არასასურველი შედეგები. დადებითი შედეგები იყო დაკმაყოფილება, აღტაცების შეგრძნება, შფოთვის შემცირება და შეუღამაზებელ სამყაროსთან ურთიერთობის თავიდან არიდების შესაძლებლობა. უარყოფითი შედეგებად მიიჩნევდა სირცხვილს, საკუთარ თავზე ბრაზს, სამუშაოსა და ოჯახის დაკარგვას და შერყეულ ჯანმრთელობას. ფაქტმა, რომ არტურმა შეძლო ამ მოსაზრებების კონსულტანტისთვის გაზიარება, მისთვის შესაძლებელი გახდა, პატიოსნად გარკვეულიყო საკუთარ გრძნობებში და გულდასმით აენონ-დაენონა მიღებული გადაწყვეტილებები.

**ბიჰევიორული შიშისგამაფრთხილებელი.** ამგვარი მატრიცა, ფაქტობრივ განათლებასთან ერთად, რომელიც ნივთიერებათა დაუყოვნებელ და დაყოვნებულ ეფექტებს შეეხება, წესით და რიგით, კლიენტებს სძენს დიდძალ ამტანობას ნივთიერებათა მოხმარების განახლების თავიდან ასაცილებლად. მაგრამ თუ კლიენტი შეპყრობილია მოხმარების იდეით და მართლაც მოიხმარს ნივთიერებას, მაინც შეიძლება, უკან დაიხიოს და არ ჩაყრდეს სრულ რეციდივში, თუ წაყენებთან ბრძოლის ტრენინგი ექნება გავლილი. კლიენტმა და კონსულტანტმა უნდა დადონ ბიჰევიორული კონტრაქტი (ხელმოწერილი, ბეჭდვადსმული და გადაცემული), წაყენის შემდგომ ნივთიერებათა მოხმარების შესაზღუდად. ეს კონტრაქტი მარტივი უნდა იყოს და არ უნდა შეიცავდეს განკითხვას და სასჯელს. ის უნდა აცხადებდეს, რომ წაყენა არ არის მარცხი, და უნდა გამოკვეთდეს, რომ კლიენტს გაცნობიერებული აქვს, კონტროლის ხელახლა მოპოვების ძალებს რომ ფლობს. ეს კონტრაქტი, რომელიც ხელმოწერილი იქნება ორივეს - კლიენტის და კონსულტანტის მიერ, უნდა შეიცავდეს პუნქტს, რომელშიც განსაზღვრული იქნება, რა ქმედებებს გეგმავს კლიენტი წაყენის შემთხვევაში. მაგალითად, შეიძლება, კლიენტი თანხმდებოდეს, დაურევოს თავის AA-ის სპონსორს, დაუკავშირდეს კონსულტანტს და აღწეროს წაყენის გარემოება, რათა ის დასწავლის გამოცდილებად გამოიყენოს. რასაკვირველია, ასეთი კონტრაქტი არ არის ოფიციალური დოკუმენტი, მაგრამ მან შეიძლება კლიენტის ქცევაზე ძლიერი გავლენა მოახდინოს. კლიენტები მას, როგორც წესი, სერიოზულად იღებენ და ზრუნავენ, გაზარდონ მისი შესრულების შესაძლებლობა.

ამას გარდა, ყოველ კლიენტს უნდა მიეცეს მომცრო ბარათი, რომელზეც ჩამოწერილი იქნება მინიშნებები, თუ რა უნდა გაკეთდეს წაყენის შემთხვევაში. ამ ბარათზე უნდა ჩამოიწეროს გამკლავების უნარები, ფიქრები, რომლებსაც კლიენტმა უნდა მოუხმოს, და ნომრები, რომლებზეც უნდა დარეკოს. ის მარტივი და არაორაზროვანი უნდა იყოს. მისი მნიშვნელოვნება მდგომარეობს იმაში, რომ იგი წაყენის არსს დასწავლის გამოცდილებად აქცევს. კლიენტისთვის ცნობილი იქნება ინსტრუქციები, რომლებსაც უნდა მისდიოს იმ მომენტისთვის, როდესაც შესაძლოა მკაფიოდ ამროვნების უნარი არ გააჩნდეს. თუ იგი რჩევისამებრ იმოქმედებს, ექნება შესაძლებლობა, გააანალიზოს თავისი გამოცდილება და ისწავლოს მისი დახმარებით. ქარი და მარლატი (Curry and Marlatt, 1987) გვიჩვენებენ, თუ რა პუნქტები უნდა ახსოვდეთ კლიენტებს. ესენია: (1) შეჩერდი, დააკვირდი და მოუსმინე (თუ რა ხდება); (2) შეინარჩუნე სიმშვიდე; (3) განაახლე ქცევის შეცვლის მცდელობა; (4) გააანალიზე, თუ რა სიტუაციამ მიგიყვანა გადაცდომამდე; (5) შეადგინე ალდგენა/გამოჯანმრთელების გადაუდებელი გეგმა; და (6) ითხოვე დახმარება.

**კოგნიტური რესტრუქტურირება.** და ბოლოს, თუ კლიენტი რეციდივის პროცესს აგრძელებს და აბსტინენციის დარღვევის ეფექტს განიცდის, მის არსენალში ერთი საბოლოო ტექნიკა მაინც რჩება. კოგნიტური რესტრუქტურირება, რომელიც გაკეთდა, როდესაც კლიენტს ჯერ კიდევ მკურნალობა უტარდებოდა, აძლევს მას შესაძლებლობას, ხელახლა გადაიზაროს, თუ რა ხდება მის თავს. მას ნასწავლი აქვს ამროვნების სხვადასხვა პროცესის გამოყენება, რათა წაყდენა აქციოს შეცდომად, რომლიდანაც რაღაცის სწავლა შეიძლება. ამას გარდა, მათ ჩაგონებული აქვთ, რომ წაყდენა სიტუაციის შედეგია და არ არის „მეს“ გამოხატულება („მე ცუდი ადამიანი არ ვარ!“). ეს პროცესი მოიხოვს გარკვეულ ძალისხმევას და მას ხშირად *პოზიტიური ამროვნების ტრენინგად* მოიხსენიებენ. კლიენტს ასწავლიან იყოს ობიექტური, რაციონალური და გულწრფელი. მას ასწავლიან, გადააფასოს სიტუაცია და გაიზაროს, რომ ყველაფერი დაკარგული არ არის. თუ ამ ტექნიკამ პროცესი არ შეაჩერა, კლიენტის რეციდივი შეიძლება გაგრძელდეს. თუმცა, მაშინაც კი შესაძლებელია პოზიტიური შედეგის მიღება. კლიენტს მაინც ეწეება შესაძლებლობა, გამოიყენოს ყველაფერი, რაც აქამდე ისწავლა, და შესაძლოა, მომავალში რაღაც მომენტში შეწყვიტოს რეციდივი.

## ბლოკალური ინტერვენციის სტრატეგიები

რეციდივის პრევენციის მცდელობის გასაძლიერებლად შეიძლება გამოყენებული იქნეს გლობალური თვითკონტროლის სტრატეგიები. ეს უნარები და ტექნიკები ზოგ შემთხვევაში კლიენტს აძლევს შესაძლებლობას, სრულად აიცილოს მაღალი რისკის სიტუაციები, რომლებიც მას გაუწონასწორებელი ცხოვრების ნირის გამო ატყდება თავს.

**ცხოვრების სტილის დაბალანსების მცდელობა.** რეციდივის პროცესი გაუწონასწორებელი ცხოვრებით იწყება. ეს გაუწონასწორობლობა გამოიხატება დიდ სტრესად ან კლიენტის ცხოვრების ნეგატიურ მოვლენებად. საყოველთაო თვითკონტროლის სტრატეგიები მიზნად ისახავს, გააძლიეროს კლიენტის საერთო შესაძლებლობა, შეებრძოლოს სტრესს და გაუმკლავდეს მაღალი რისკის სიტუაციებს გაზრდილი თვითეფექტურობის გრძნობის მოშველიებით; ასწავლოს კლიენტს, ამოიცნოს და პასუხი გასცეს სიტუაციურ და ფარულ ადრეულ გამაფრთხილებელ ნიშნებს; და დაეხმაროს კლიენტს თვითკონტროლის სტრატეგიების მოშველიებაში, ნებისმიერი ისეთი სიტუაციის რისკის ხარისხის შესამცირებლად, რომელსაც სხვაგვარად შესაძლოა წაყდენაზე ებიძგა (Marlatt & Donovan, 2005).

თავდაპირველი მიზანია, თავიდან იქნეს აცილებული გაუწონასწორებელი ცხოვრების ნირის წნეხი. ამ მხრივ კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს, რომ კლიენტი ეფექტიანად აწონასწორებდეს თავის „საჭიროას“ და „მინდას“. ეს ძალისხმევა გულისხმობს გამაწონასწორებელ სამუშაოს და განკურნებას, კარგ და ცუდ პერიოდებს, სიხარულს და სევდას, ტკივილს და სიამოვნებას. ამგვარი წონასწორობის მიღწევა ყველაზე უკეთ შეიძლება კლიენტების გაფრთხილებით იმ ფაქტის შესახებ, რომ ახლა, ფიზიკურად ცხოვრებისას, შეიძლება უამრავმა ყოველდღიურმა საყოფაცხოვრებო დეტალმა მოითხოვოს მათი ყურადღება და დათრგუნვილობა აგრძნობინოს. ეს დეტალები შეიძლება მოგვარდეს, მაგრამ არა ცხოვრების „სიკეთეების“ ხარჯზე. კლიენტი უნდა წაეჭებოდეს, ჰქონდეს თავისუფალი დროის აქტივობები, სტრესისგან თავისუფალი ჰობი და საკუთარ თავზე გამოყოფილი ბლომად დრო. ამას გარდა, პოზიტიურ ადიქციებს, როგორცაა, ვთქვათ, სირბილი, მედიტაცია და ქსოვა, თერაპიული ეფექტი აქვთ და სტრესის შესამცირებელი ეფექტიანი ტექნიკა გახლავთ. ეს აქტივობები, ცხოვრების ჯანსაღ სტილთან (სწორი ძილი და კვება) ერთად, დიდად უწყობს ხელს განწონასწორებული ცხოვრების ნირის დამკვიდრებას. ამგვარი აქტივობები იოლი გასაკეთებელია, არ ჯდება ძვირი და ყოველთვის

ხელმისაწვდომია. გამაძლიერებელი სესიები და მიდევნების პროცედურები ყოველთვის ითვალისწინებს ამ აქტივობებს და, თუ საჭიროა, განზონასწორებული ცხოვრების მისაღწევად საკორექციო ღონისძიებები უნდა ჩატარდეს.

**მისაღები ზილდოს შემთავაზება.** გაუნონასწორებელი ცხოვრება კლიენტს იმედებს უცრუებს და უჩენს სურვილს, თავი უკეთ იგრძნოს და გაერთოს. თუ უჩნდება სურვილი, თავს დროსტარების ნება მისცეს, კლიენტს უნდა ჰქონდეს დროსტარების სამაგიერო ვარიანტები, რომელშიც ჩაერთვებოდა. ეს უნდა იყოს მისაღები (პიროვნებისთვის სარგო) დროსტარება, მიუღებლის (პიროვნებისთვის საზიანო – ვთქვათ, ნივთიერებათა მოხმარების განახლება) საპირისპიროდ და ისინი შემოქმედებითად და მრავალფეროვნად უნდა იყოს შემუშავებული, კლიენტის ინტერესების გათვალისწინებით. მისაღები შემცვლელი გასართობი შეიძლება ნიშნავდეს დიდი ხნის სასურველი საგნის ყიდვას ან ვინმესთვის დახმარების განწევას (L. P. Dana, personal communication, April, 2009). ამას გარდა, შემცვლელი გასართობი შეიძლება მოიცავდეს საგანგებო საჭმლის ყიდვას ან დამზადებას, ნავით გასეირნებას, შვებულების აღებას, კინოფილმის ნახვას, სასეირნოდ წასვლას, კითხვას ან აბაზანის მიღებას. სხვა მარტივი იდეებია მასაჟის გაკეთება, დღიურის წერა, ადრე დაძინება ან სანაპიროზე გასეირნება. სიის გაგრძელება უსასრულოდ შეიძლება და ყოველი ინდივიდუალური კლიენტისთვის იოლად შეიძლება სამაგიერო გასართობის მოფიქრება. აქტივობები ინდივიდუალურად უნდა განისაზღვროს და ძალის შემძენი უნდა იყოს, გახსოვდეთ, ნივთიერებათა მოხმარებას თავისთავად დამაჭილდობელი მოლოდინი უკავშირდება, ამიტომ სამაგიერო გართობას იდეალურ შემთხვევაში უნდა ჰქონდეს რჩეული ნივთიერებათა მოხმარების თანაბარი ან მასზე მეტი გამაძლიერებელი პოტენციალი.

**მოთხოვნილებების და ლტოლვების არიდება.** გართობის, დროსტარების სურვილი შეიძლება ნარკოტიკის წყურვილში გამოიხატოს. მოთხოვნილება და ლტოლვა – ესაა ცდუნებით განპირობებული საპასუხო რეაქცია, რომელსაც ნივთიერებათა მოხმარების ეფექტების მოლოდინი ავითარებს. მათ იწვევს გარე მინიშნებები/სტიმულები (შპრიცის დანახვა, საყვარელ ბართან ჩავლა, სიგარეტის კვამლის სუნი) და ამიტომ ძალიან გავრცელებული გამოცდილებაა ნარკოტიკის ან ალკოჰოლის მოხმარების შეწყვეტის შემდეგ. ამ რეალობიდან გამომდინარე, კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს, კლიენტს ვასწავლოთ სტიმულებზე სწორად რეაგირება, მათ უნდა იცოდნენ, რომ მინიშნებების ზემოქმედებამ შეიძლება აგრძნობინოთ, რომ რაღაც აკლიათ, და ნივთიერებათა მოხმარების სურვილი გაუჩინოთ. ამ სიტუაციასთან გასამკლავებლად კლიენტს უნდა ვასწავლოთ გამკლავების წარმოსახვის გამოყენება („წარმოიდგინეთ თავი X სიტუაციაში; ახლა, როცა მოხმარების სურვილს იგრძნობთ, მიიღეთ გადაწყვეტილება, გაცვალოთ ამ სიტუაციას, მოდუნდით...“) არსებითად, კონსულტანტმა კლიენტს უნდა აუწეროს ბევრი სხვადასხვა სცენა, რომლებშიც ის წარმატებით უმკლავდება ნივთიერებათა მოხმარების ძლიერ სურვილს. ამას გარდა, სტიმულის კონტროლის ტექნიკა (კლიენტის ყოველდღიური ცხოვრების გარემოდან რაც შეიძლება მეტი მაცდუნებელი სტიმულის მოშორება) ეფექტიანად შეზღუდავს მის გარშემო მინიშნებების რაოდენობას და დიდად შეამცირებს მოთხოვნილების და სურვილის სიხშირეს. სტიმულის კონტროლის ტექნიკა განსაკუთრებით გამოსადეგია აღდგენა/გამოჯანმრთელების ადრეულ სტადიებზე, რადგანაც მინიშნებების არქონა უბრალოდ ნაკლებ ცდუნებას ბადებს.

**იარაღის მიკვრა და მოხილვა.** ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტიანი იარაღი, რაც შეიძლება კლიენტმა გამოიყენოს მოთხოვნილების და სურვილის მოსარევად, გახლავთ იარაღის მიკვრა და მოცილება. ამ მეთოდში კლიენტებს ასწავლიან, იყვნენ თავიანთი სხეულებრივი რეაქციების კრიტიკული დამკვირვებლები და ისინი,



როგორც მოსალოდნელია, უკეთ აღიქვამენ მათ ქცევაზე გარემო ფაქტორების გავლენას. ამ ტექნიკის გამოყენების დახმარებით კლიენტს შეეძლება თქვას: „მე ახლა განვიცდი განპირობებულ რეაქციას, რომელიც თავს იჩენს, როგორც სურვილი. ეს რეაქცია პირდაპირ მომდინარეობს იქიდან, რომ მე ჩამოვიარე N ქუჩა, სადაც ყოველთვის ვსვამდი ხოლმე. ეს გრძნობა დროებითია და გამივლის. თუ ვირეაგირებ, ამით გავაძლიერებ და შედეგად იძულებული ვიქნები, ეს გრძნობა სულ უფრო ხშირად გამოვცადო. თუ განვიცდი ამ გრძნობას და არ დავნებდები, ის გამივლის და თანდათანობით მისი სიხშირე მნიშვნელოვნად შემცირდება“. ამ მაგალითში კლიენტი კონტროლის და ობიექტურობის გრძნობას მოიპოვებს. იგი გამძაფრებულად აცნობიერებს, თუ რა ხდება, შესაბამისად, ნაკლებად შფოთავს და ნაკლები ალბათობაა, დაემორჩილოს მოთხოვნილებას.

**რაციონალიზაცია და უარყოფასთან მუშაობა.** თუ აქამდე გამოყენებული ყველა ტექნიკა უძლური აღმოჩნდება და კლიენტი შეუდგება რაციონალიზაციას, უარყოფას და აშკარად არარელევანტური გადაწყვეტილებების მიღებას დაიწყებს, მას შეუძლია, დაეყრდნოს ადრე მიღებულ ტრენინგებს, რომლებიც აჩვენებს, რომ რაციონალიზაცია და უარყოფა მაღალი რისკის სიტუაციების წინაპირობებია. ამასთან დაკავშირებით შეიძლება ფორმულირდეს გადაწყვეტილებათა მატრიცა, რომელშიც ნაჩვენებია იქნება ქცევის ცვლილების დადებითი ასპექტები, რაც კლიენტს ნივთიერებათა მოხმარების განახლებისგან თავს შეაკავებინებს. ასევე შეიძლება, კლიენტებს ყურადღება გაუმახვილოთ აშკარად არარელევანტური გადაწყვეტილებების საფრთხეებზე. მათ ეს გადაწყვეტილებები შეიძლება გამაფრთხილებელ ნიშნებად ამოიცნონ და ეფექტიანად შეწყვიტონ რეციდივის პროცესი.

თუ პროცესი გრძელდება და საქმე უკვე მაღალი რისკის სიტუაციაზე მიდგება, კლიენტს უნდა შეეძლოს, მიმართოს რეციდივის რეპეტიციას (იხ. წინა პარაგრაფი) ან მოუხმოს თავიდან არიდების სტრატეგიას, როგორცაა კონსულტანტთან დარეკვა, სიტუაციას გაშორება ან მეგობართან დარეკვა.

**შემთხვევის განხილვა**

შონტაი, 35 წლის საქმეთა მწარმოებელი, ითხოვს კონსულტაციას, ალკოჰოლისგან აბსტინენციის შენარჩუნებაში დასახმარებლად. შონტაი შეაწუხა ალკოჰოლის მოხმარების პრობლემამ და ლამის ერთი წლის წინ აბსტინენციას მიაღწია. მისი ქცევის ადრინდელი ცვლილება გამოიწვია მეგობრების შენიშვნებმა მის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების თაობაზე, ქმრის ზეწოლამ და შიშმა, რომ შესაძლოა, მის კარიერას საფრთხე დამუქრებოდა, თუ უკონტროლო მომხმარებლის სახელი გაუვარდებოდა.

შონტაი ამბობს თავისი დისციპლინირებულობით და კონტროლის უნარით და გრძნობს, რომ ეს თვისებები მას მოხმარების შეწყვეტაში დაეხმარა. თუმცა, ახლა თანდათან გრძნობს, რომ ეს დისციპლინა შესაძლოა ხელში ეფშვნებოდეს. ის გრძნობს, რომ კვლავ უჩნდება ალკოჰოლის მიღების მოთხოვნილება და შფოთავს და წუხს, ამან რეციდივამდე არ მიიყვანოს. მისთვის ძალიან მნიშვნელოვანია კარიერა, კვირაში, როგორც წესი, 60 საათის განმავლობაში მუშაობს. მას და მის ქმარს სამუშაოსა და დასვენებას შორის მკვეთრი გამყოფი ხაზი არ აქვთ გავლებული. მათი სოციალური ცხოვრება მეტწილად კორპორატიულ ურთიერთობებს ეფუძნება და მათი მეგობრების უმეტესობა მათთან სამუშაოთია დაკავშირებული.

ერთ-ერთი, რაც შონტაის აწუხებს, ისაა, რომ მის თანამშრომელთა წრეში მიღებულია ალკოჰოლის მოხმარება. როგორც თავად აღნიშნავს, „ყველა მოელის, რომ დალიო, განსაკუთრებით – კლიენტებთან, და ეს კი საკმაოდ ძნელად მისაღებია ქალისთვის ჩემს სამსახურში.“



ის გრძნობს, რომ მის კორპორატიულ ღონეზე ადამიანს ფაქიზი ბალანსის დაცვა უნევს: უნდა სვას საკმარისი, რომ მიღებული იქნეს, ოღონდ არა იმდენი, რომ ვინმეს ეს თვალში შეეჩხიროს. ასევე, დარწმუნებით ვერ ამბობს, როგორ დაიჭერს თავს კოქტეილ-წვეულებებზე, რომლებზე მისი ყოფნაც არა მხოლოდ კომპანიის, არამედ მისი ქმრის სურვილიცაა.

ალკოჰოლისგან აბსტინენციის პირველი თვის განმავლობაში შონტაი ეიფორიას განიცდიდა, იგი ალტაცებული იყო თავისი განკურნებით და აქტიურად გაურბოდა სიტუაციებს, სადაც ალკოჰოლი იქნებოდა. მან თავისი დაუოკებელი ენერჯის დიდი ნაწილი სწორედ ფიზიკური ცხოვრების დაწყებას მოანდომა. თუმცა ახლა ის მეტ წნეხს გრძნობს. ის აღიქვამს, რომ დროებით გვერდზე გადადო კარიერა და რომ მნიშვნელოვანია, განაახლოს კონტრაქტი, მაგრამ თან შიშობს, რა შეიძლება ამას მოჰყვეს.

შონტაი რამდენიმე სიტუაციას ასახელებს, როგორც მისთვის სარისკოს, რადგან ისინი ყოველთვის ალკოჰოლის მოხმარებასთან იყო ხოლმე დაკავშირებული. ეს სიტუაციებია: (1) ლანჩი კლიენტებთან, (2) თანამშრომლებთან სამსახურის შემდგომი ურთიერთობა, და (3) საქმესთან დაკავშირებული კოქტეილის წვეულებები. ის ამოარჩევს რამდენიმე ალტერნატივას, რომლებსაც შეუძლია, რისკის თავიდან არიდებაში დაეხმაროს – მგავალითად, სთხოვოს კლიენტებს, ლანჩზე კი არა, საუზმეზე შეხვდნენ. ის ასევე შეარჩევს და ვარჯიშობს გამკლავების სტრატეგიებში, რომლებიც მისთვის შედეგიანია. ის წინასწარ გეგმავს, რა უალკოჰოლო სასმელს დალევს, და ოფიციალურად თავის შეკვეთის მიცემის რეპეტიციას გადის. ირჩევს არამსმელ კოლეგას და რესტორანში მის გვერდით ჯდება. ინტენსიურად ივარჯიშებს სასმელზე უარის თქმის უნარებს, სანამ არ იგრძნობს, რომ მზადაა გაუძლოს სოციალურ წნეხს, რომელიც მისგან ალკოჰოლის მოხმარებას მოითხოვს. როცა შესაძლებელია, თავს არიდებს კოქტეილის წვეულებებს და მათ ნაცვლად კავშირების გაბმის სხვა ღონისძიებებს ირჩევს, თუმცა საგულდაგულოდ ემზადება ისეთი შემთხვევებისთვის, რომელთა გამოტოვებაც, იცის, არ ღირს.

კონკრეტულ სიტუაციებთან გამკლავების გარდა, შონტაი თავის საერთო ცხოვრების ნირსაც არეგულირებს. ის ერთიანდება ჯანმრთელობის კლუბში და დარბის ან ცურავს ლანჩის დროს – როცა სხვაგვარად რესტორანში დალევის სურვილთან ბრძოლა მოუწევდა. როცა ლანჩზე შეხვედრა აქვს დანიშნული – რაც იშვიათად ხდება მას მერე, რაც მათი დანიშნვა დილაობით დაიწყო – ის სამსახურის მერე ვარჯიშობს და სახლში ჩვეულებრივზე ბევრად უფრო დასვენებული ბრუნდება. მან და მისმა ქმარმა დათქვეს, კვირაში ერთხელ აუცილებლად წავიდნენ სადმე, რაც არ დაუკავშირდება არც ალკოჰოლის მოხმარებას, არც საქმეებს.

ნივთიერებათა ავადმომხმარების ზოგმა კონსულტანტმა შონტაის ინტენსიური ჩართულობა სამსხურში შესაძლოა პრობლემად დაინახოს. ზოგმა შესაძლოა ეჭვქვეშაც დააყენოს მისი განაცხადი, რომ დამქირავებლები მისგან მოელოან ალკოჰოლის მოხმარებასაც და 60-საათიან სამუშაო კვირასაც. თუმცა შესაძლოა ეს მოლოდინი ძალიანაც რეალური რამ იყოს. ამჟამად შონტაი გრძნობს, რომ მას სჭირდება, გასწიოს გარკვეული რისკი, ვთქვათ, წავიდეს სამსახურთან დაკავშირებულ საზოგადოებრივ ღონისძიებაზე, კარიერაში წინსვლის ხელშესაწყობად. კონსულტანტი მას ეხმარება, ნათლად დაინახოს, რა არჩევანი აქვს. კონსულტანტს გაცნობიერებული აქვს საჭიროება, დაეხმაროს პაციენტს საკუთარი ფასეულობების შესაბამისად ცხოვრებაში.

## შეჯამება

რაც უნდა ძნელი იყოს ქცევის ცვლილება, კიდევ უფრო საძნელოა ამ ცვლილებების მოხდენის მერე მათი შენარჩუნება. ამიტომ რეციდივის პრევენცია ნივთიერებათა

ავადმომხმარებლის კონსულტირების მნიშვნელოვანი ნაწილია.

კონსულტანტებს და კლიენტებს, რომლებიც თანამშრომლობის პრინციპით მუშაობენ, შეუძლიათ, შეიმუშაონ ეფექტიანი გეგმები უკონტროლო მოხმარების განახლების თავიდან ასაცილებლად. კოგნიტური და ცხოვრების ნირით გამოწვეული რისკები, ისევე, როგორც კონკრეტულ მაღალი რისკის სიტუაციაში თავის ამოყოფა, შეიძლება რეციდივის დეტერმინანტი აღმოჩნდეს. კლიენტმა უნდა განსაზღვროს სიტუაციები, რომლებიც სარისკოა მისთვის და მიიღოს გადაწყვეტილება, თავი აარიდოს თუ გაუმკლავდეს მათ. თუ გამკლავების სტრატეგიები ეფექტიანად ნასწავლი და გამოყენებული იქნება, კლიენტის თვითეფექტურობა იზრდება. თუ გამკლავების სტრატეგიებზე ხელი არ მიუწვდება, კლიენტმა შეიძლება თავდაჭერება დაკარგოს და ნივთიერებათა მოხმარების მოთხოვნილება იგრძნოს. იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ნივთიერებათა მოხმარება განახლდება, კლიენტმა შეიძლება თავიდან აიცილოს მძიმე შედეგები, თუ გავლილი აქვს წაცდენებთან გამკლავების ინტენსიური ტრენინგები. რეციდივის პრევენციაზე მუშაობისას, ისევე, როგორც სხვა კონსულტატიური ინტერვენციებისას, კონსულტანტი მგრძობიარე უნდა იყოს ინდივიდუალური განსხვავებების მიმართ და გამოიყენოს ისეთი სტრატეგიები, რაც საუკეთესოდ შეესაბამება კონკრეტული კლიენტის საჭიროებებსა და გამოცდილებას.

ცხადია, რომ როგორც წაცდენის (ხანმოკლე დაბრუნება ერთჯერად მოხმარებასთან), ასევე რეციდივის (პრობლემური ქცევის განახლება) დეტერმინანტები გახლავთ *თვითეფექტურობა* (თუ მაქვს კონტროლი, რომ თავი ავარიდო ამ ქცევას ან უფრო მისაღებ ქცევას მივმართო?), *შედეგების მოლოდინი* (ეს ქცევა თავს უკეთ მაგრძობინებს?), *მოტივაცია* (კარგად არის კლიენტი მოტივირებული მის წინაშე მდგარი პრობლემის გადასაჭრელად პოზიტიური და მისაღები გზის მოსაძებნად?), *გამკლავება* (აქვს ამ პიროვნებას სტრესთან და ცდუნებასთან გასამკლავებელი უნარების ბაზა?), *ემოციური მდგომარეობები* (თუ არის განწყობილებები მოდულირებული და თუ არის შესაძლებელი, ნეგატიური განწყობილებები, მათ შორის, მოწყენილობა, გაგებულობა და მართული იქნეს?) და *ლტოლვა* (დაუძლეველი გრძობა, რომ „ნივთიერება უნდა მივიღო“, მოხმარების განახლების გამოწვევის კრიტიკულად მნიშვნელოვანი ფაქტორია და ამიტომ ის საგულდაგულოდ უნდა იქნეს განხილული და კლიენტი ასეთი მდგომარეობების მართვისთვის მომზადდეს) (Marlatt & Gordon, 2005); და ამ გამოწვევებზე ფაქტორებზე სრულად და გაბედულად უნდა ვიმუშაოთ ნებისმიერი კონსულტატიური ურთიერთობისას, რომელსაც განზრახული აქვს, დაბეჭდვით შეამციროს რეციდივის ალბათობა და შედეგების ინტენსიობა ნივთიერებათა მოხმარების ნებისმიერი განახლებისას. რეციდივის ფენომენის ყურადღებიანი განხილვის გარეშე კლიენტს ემუქრება გაუმართლებელი რისკი, უკან ჩაცურდეს, მარცხის გრძობამ შეიპყროს და მიიჩნიოს, რომ მკურნალობა ცვლილების მიღწევის არაეფექტიანი გზა არის.

## კითხვები ფიქრისა და განსჯისთვის

1. სპეციალისტები ზოგჯერ ეჭვქვეშ აყენებენ მკურნალობის ნაწილად რეციდივის პრევენციის განხილვას და ამბობენ, რომ, თუ კლიენტისგან მოსალოდნელია რეციდივი, ეს მოხდება. რა მომხრე და საწინააღმდეგო არგუმენტები გაქვთ იმისათვის, რომ რეციდივის პრობლემა მკურნალობის ნაწილად განხილვებოდეს? რა მომენტში დაიწყებდით ამ პრობლემაზე მუშაობას?
2. აბსტინენციის დარღვევის ეფექტი ასევე დავის საგანია, ზოგს მიაჩნია: თუ კლიენტს ვეტყვით, რომ მან, რაღაც უნდა დაუჭდეს, სრული აბსტინენცია უნდა შეინარჩუნოს, ის წაცდენასთან გამკლავებას ველარ შეძლებს. სხვები მიიჩნევენ, რომ „ყველაფერი ან არაფერი“ მიდგომა აუცილებელია, რადგან ადამიანები უნდა შევაკავოთ ნარკოტიკებით დაუფიქრებელი ექსპერიმენტების ჩატარებისგან.

ამ არგუმენტებიდან თითოეულის სიძლიერე რაში მდგომარეობას? როგორ გგონიათ, რა გზით შეიძლება ამ საკითხის უფრო ეფექტიანად გადაჭრა?

- ნარმოიღვინეთ, რომ გყავთ კლიენტი, რომელიც გარკვეული დროის განმავლობაში აღარ მოიხმარდა ნივთიერებას, მაგრამ ახლა თავის ცხოვრებაში მცირე ცვლილებების შეტანა დაიწყო. თუ გაიგებთ, რომ მან შეწყვიტა მხარდამჭერი ჯგუფის შეკრებებზე სიარული, დაარღვია რეგულარული ვარჯიშის რეჟიმი და ალკოჰოლის მომხმარებელ მეგობრებთან დაიწყო ურთიერთობა – რას მოიმოქმედებდით?

## ბიბლიოგრაფია

- Annis, H. M. (1982). *Situational confidence questionnaire*. Toronto: Addiction Foundation of Ontario.
- Coombs, R., & Howatt, W. (2005). *The addictions counselor handbook*. Hoboken, NJ: Wiley Press.
- Curry, S. G., & Marlatt, G. A. (1987). Building self-confidence, self-efficacy, and self-control. In W. M. Cox (Ed.), *Treatment and prevention of alcohol problems: A resource manual* (pp. 117-136). New York: Academic Press.
- Fields, R. (2010, in press) *Drugs in perspective*. New York: McGraw Hill.
- Gorski, T. (2009). *The CENAPS model of relapse prevention*. Retrieved on April 23, 2009, from <http://www.tgorski.com/>
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Brunswick, NJ: Millhouse Press.
- Kern, M. (2009). *Stages of Change Model*. Retrieved on April 23, 2009, from [http://www.addictioninfo.org/articles/11/1/Stages-of-Change-Model/Page 1.html](http://www.addictioninfo.org/articles/11/1/Stages-of-Change-Model/Page%201.html)
- Marlatt, G., & Donovan, D. (2005). *Relapse prevention: Maintainence strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G., & Witkiewitz, K. (Eds.). (2009). *Addictive behaviors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, W., & Brown, S. (2009). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. In A. Marlatt & K. Witkiewitz (Eds.), *Addictive behaviors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Velicer, W. F, Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the transtheoretical model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233.
- Washton, A. M. (2008). *Quitting cocaine*. St. Paul, MN: Hazelden.

ცვლილების  
კონტექსტი

ნაწილი

III



ნივთიერების ვერს ერთი ავადმომხმარებლის – ფაქტობრივად, ვერც ერთი კლიენტის – მკურნალობა ვერ იქნება ეფექტიანი, თუ არ გავითვალისწინებთ მის სოციალურ ურთიერთობებს. ადამიანები გავლენას ახდენენ თავიანთ სოციალურ გარემოზე და თავის მხრივ, გავლენას განიცდიან მათგან. როდესაც მათ უჩნდებათ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემები, შედეგებს არა მხოლოდ თავად იმკიან, არამედ მთელ თავის სოციალურ სისტემას ეხებიან. ამავე დროს, ამ სისტემებს უკუქმედება ახასიათებს და ზემოქმედებს პიროვნების პრობლემის შენარჩუნებასა თუ გადაჭრაზე.

ოჯახი არის სისტემა, რომელსაც ყველაზე უდავოდ აღიარებენ ადამიანის ადიქციურ ქცევასთან მჭიდრო კავშირის მქონედ. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის კონსულტანტები აუცილებლად ყურადღებით უნდა დააკვირდნენ ოჯახების დინამიკას, რომელსაც ყოველ კლიენტზე აქვს ზემოქმედება. ოჯახურ სისტემებს აშკარად აქვს პოტენციალი, გავლენა მოახდინოს პიროვნებისთვის მკურნალობით მოტანილ შედეგზე. თუმცა, არანაკლებ მნიშვნელოვანია ის ფაქტიც, რომ თავისთავად ოჯახის სისტემაც შეიძლება განვიხილოთ, როგორც სათანადო სამიზნე ცვლილებისთვის. ოჯახის ექიმებმა კარგად იციან, რომ არ იქნება მართებული, პიროვნება ოჯახიდან განცალკევებით განვიხილო.

მაკრადი (McCrary 2006, გვ. 168-174) მიმოიხილავს კვლევებს, რომლებიც ეხება ოჯახებსა და ნივთიერებათა ავადმომხმარებლას შორის კავშირს, და განმარტავს, რომ:

- ალკოჰოლის და სხვა ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული აშლილობების მქონე ადამიანები ცხოვრობენ ოჯახისა და მეგობრების გარემოცვაში და აქვთ მათთან ურთიერთობები...
- ოჯახურმა ურთიერთობებმა ადამიანი შესაძლოა დაიცვას ალკოჰოლით ან ნარკოტიკებით გამონვეული პრობლემების გაჩენისგან...



- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მომხმარებლის ოჯახებმა და სხვა ახლობლებმა შეიძლება წვლილი შეიტანონ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის აშლილობების წარმოქმნასა და განვითარებაში...
- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მომხმარებლის ოჯახები და სხვა ახლობლები მომხმარებელს ხელს უწყობენ, აღიქვას პრობლემა და დახმარება ეძიოს...
- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მომხმარებლის ოჯახები და სხვა ახლობლები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენენ ცვლილების პროცესზე და მკურნალობის წარმატებაზე...
- ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მომხმარებლის ოჯახები და სხვა ახლობლები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ცვლილების შენარჩუნებაში.

მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რიგი პროგრამები აიგო მიდგომით, რომ პიროვნების ქცევა სათანადოდ ვერ განიხილება, თუ მას ოჯახის სისტემისგან მონყვეტილად შევაფასებთ. მაგალითად, *მოკლე სტრატეგიული ოჯახური თერაპია (BSFT)* (Szapocznik & Hervis, 2004; Szapocznik, Hervis, & Schwartz, 2003), პროგრამა, რომელიც მოზარდებისთვის და მათი ოჯახებისთვის შეიქმნა, მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პროგრამებისა და პრაქტიკის ეროვნული რეესტრის (National Registry of Evidence-based Programs and Practices) ვებგვერდზე განთავსებული (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009a). ეს პროგრამა გამოკვეთილ აქცენტს სვამს კონტექსტზე, რომელიც მოზარდის ქცევის მოქმედების ადგილია.

სოციალური გავლენა, რომელსაც პიროვნება აწყდება ცხოვრებაში, მის ქცევაზე მნიშვნელოვან ზემოქმედებას ახდენს. ასეთ გავლენებს განსაკუთრებით დიდი ძალა აქვს ბავშვობის და მოზარდობის კრიტიკულ წლებში. BSFT მიდგომა დაბეჭდვით აცხადებს, რომ კონსულტანტი ვერ შეძლებს, გაიგოს მოზარდის ნარკოტიკის ავადმომხმარებლის ქცევა, თუ არ გაიგებს, რა ხდება სხვადასხვა კონტექსტში, რომლებშიც იგი ცხოვრობს. ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის ქცევა ცარიელ ადგილას არ ხდება: იგი არსებობს გარემოში, რომელიც მოიცავს ოჯახს, თანატოლებს, მეგობლებს; და კულტურაში, რომელიც მოზარდს განუსაზღვრავს წესებს, ფასეულობებს და ქცევას (Szapocznik et al., 2003).

რაკი პროგრამა აღიარებს, რომ „ოჯახი არის ის უმთავრესი კონტექსტი, რომელშიც ბავშვი სწავლობს და ვითარდება“ (Szapocznik et al., 2003), ის ყურადღების ფოკუსში აქცევს ოჯახურ თერაპიას, როგორც მოზარდების მიერ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის და მასთან დაკავშირებული ქცევების ცვლილების უმთავრეს მექანიზმს.

**მრავალზომიერების ოჯახური თერაპია (Multidimensional Family Therapy, MFT)** (Liddle, Rowe, Dakof, Henderson, & Greenbaum, 2009) აგრეთვე ფოკუსირდება ოჯახურ თერაპიაზე, რადგან მას მოზარდის კეთილდღეობისკენ მიმავალ გზად მიიჩნევს. ეს პროგრამა, BSFT-ის მსგავსად, შეფასებული იქნა, როგორც მტკიცებულებებზე დაფუძნებული პროგრამა (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2009b) და მრავალფეროვან კონტექსტებში გამოიყენება. კანადის მომხმარებელი მოზარდების პოპულაციასთან MFT-ის გამოყენების შესახებ დისკუსიაში ლიდლი შემდეგნაირად აღწერს ამ თეორიას:

მოზარდობის ასაკის ფსიქოლოგიური და ფსიქოპათოლოგიური კვლევების შედეგად განსაზღვრული გახლავთ, რომ (1) ოჯახი უმთავრესი კონტექსტია ჯანსაღი იდენტობის ფორმირებისა და „მე“-ს განვითარებისთვის, (2) ოჯახი ასრულებს ბუფერის როლს თანატოლების მავნე სუბკულტურასთან და თანატოლების გეგავლენა მასზე გავლით ხდება, და (3) მოზარდებმა მშობლებთან უნდა განივითარონ ორმხრივი და არა ემოციურად გაცალკევებული ურთიერთობა. შესაბამისად, მრავალზომიერების ცვლილების პერსპექტივა მიიჩნევს, რომ პრობლემურ მოზარდებში პროსოციალური და ნორმატიული განვითარების ფუნქციების შემცირება და გაძლიერება შესაძლებელია

(1) ინტერვენციის საფუძვლად ოჯახის დასახვით და (2) სამკურნალო პროცესების ერთდროულად წარმართვით ფუნქციონირების რამდენიმე სფეროში და სისტემის რამდენიმე დონეზე. კონკრეტული ქცევები, ემოციები და აზროვნების პატერნები, რომლებიც ცნობილია, რომ პრობლემის წარმოქმნასთან და შენარჩუნებასთან არის დაკავშირებული, ჩანაცვლდება ახალი ქცევებით, ემოციებით და აზროვნების პატერნებით, რომლებიც მართებულ ინტრაპერსონულ და ოჯახურ განვითარებასთან ასოცირდება (გვ. 19).

**წყვილების ბიჰევიორული კონსულტაცია (Behavioral Couples Counseling (Fals-Stewart, Birchler, & Kelley, 2006; O'Farrell & Fals-Stewart, 2006),** მოზარდების ქცევაში ინტერვენციის მსგავსად (რაც ზემოთ იყო აღწერილი), ასევე დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს ოჯახის კონტექსტს, როგორც ობიექტს, რომლისკენაც ცვლილება უნდა მიმართოს. მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ამ მიდგომის გამოყენებისას კონსულტანტები ეხმარებიან წყვილებს, შექმნან საფუძველი ნივთიერებათა ავადმომხმარებელსთან დაკავშირებული ცლილებისთვის, გააუმჯობესონ კომუნიკაცია და მეტად ჩაერთონ პოზიტიურ ოჯახურ აქტივობებში. ისინი წახალისებენ ქცევებს, რომლებიც აღდგენა/გამოჯანმრთელებასთან არიან ასოცირებული.

ყველა ეს მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ოჯახური ინტერვენცია ცვლად ოჯახურ სისტემაზე არის დამოკიდებული. როგორც სისტემის თეორია განგვიმარტავს, მცდელობა, დაეხმარო ოჯახს, გადაერთოს ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ხელისშემწყობი ქცევიდან ჯანსაღი ალტერნატივების მხარდამჭერ ქცევაზე, ყოველთვის გამოწვევის შემცველია.

## სისტემების თეორია

ზოგადი სისტემების თეორია ხშირად უკავშირდება ფონ ბერტალანფის (von Bertalanffy (1968) ნაშრომს, რომელიც მან ნიუტონური მეცნიერების ალტერნატივად შეიმუშავა. ტრადიციული ნიუტონური ფიზიკა რედუქციონისტული იყო; ის ცდილობდა, რთული ფენომენი უმცირეს შემადგენელ ნაწილებად დაეშალა და სწორხაზოვანი იყო თავის მცდელობაში, გაეგო იგი, როგორც ნაწილების ნაკლებად რთული, მიზეზ-შედეგობრივი ურთიერთობების სერიაში. სისტემების თეორია გვთავაზობს აზროვნების სრულიად განსხვავებულ მეთოდს. ის ცოცხალ არსებებს განიხილავს ღია სისტემებად, რომელთა გაგება უკეთ შეიძლება, თუ მათ ურთიერთდამოკიდებულებებსა და ორგანიზმების პრინციპებს გამოვიკვლევთ. ის ყურადღებას აქცევს არა სწორხაზოვან, მიზეზობრივ ურთიერთობებს, არამედ – ურთიერთქმედებათა მუდმივ, თუნდაც ციკლურ მოდელებს. სისტემა შეიძლება წარმოვდგინოთ, როგორც ერთეულთა ნაკრები, რომელთაც ერთმანეთთან მყარი, მონესრიგებული და წინასწარ განჭვრეტადი ურთიერთობები აქვთ. ცოცხალი ორგანიზმები გახლავთ ღია სისტემები, რაკი ისინი ურთიერთობენ თავიანთ გარემოსთან, იღებენ და გასცემენ ინფორმაციას თუ ენერჯიას საზღვრების აქეთ-იქით, რომლებიც საკმარისად გამტარია საიმისოდ, რომ მსგავსი გაცვლა-გამოცვლა ხდებოდეს. ეს სისტემა თავადაც შეიცავს ქვესისტემებს, რომელიც უფრო დიდი სისტემის ფარგლებში ურთიერთქმედებენ ერთმანეთთან და ამ ურთიერთქმედებათა წინასწარ განჭვრეტა შესაძლებელია.

იმისათვის, რომ სისტემის პარადიგმა ოჯახურ ურთიერთობებს მოარგოს, კონსულტანტს უნდა ესმოდეს ამ მიდგომის რამდენიმე საბაზისო თვისება (Umbarger, 1983, გვ. 17). ის მოითხოვს ყურადღების მიქცევას არა ნაწილზე, არამედ მთლიანზე, არა განცალკევებულ ერთეულზე, არამედ ტრანზაქციულ პროცესზე სისტემის შემადგენელ ერთეულებს შორის. პროცესის უწყვეტობა ეფუძნება ინფორმაცია-უკუკავშირის განუწყვეტელ მონაცვლეობას. როცა ერთეული იღებს სიგნალს, რომ მისი ქცევა გადაიხრება სისტემის ჩვეული წესრიგისგან, ამ ქცევას შეიძლება კორექცია ესაჭიროებოდეს. მხოლოდ ასე შეიძლება იქნეს მიღწეული კომეოსტაზი, ანუ სისტემის მდგრადი მდგომარეობა. მიზეზები და შედეგები ციკლური ხასიათისაა, არა წრფივი, და მის ნებისმიერ ერთ ნაწილში ინტერვენცია გავლენას ახდენს მთელზე.

თუმცა ოჯახის კონსულტანტების პირადი მიდგომები და მათ მიერ აღიარებული თეორიები შეიძლება ძალიანაც განსხვავდებოდეს ერთმანეთისგან, ისინი, როგორც წესი, აღიარებენ, რომ ოჯახი სისტემაა და მას აშკარად მიესადაგება სისტემის პრინციპები:

ადამიანის ოჯახი არის სოციალური სისტემა, რომელიც მუშაობს ურთიერთქმედებათა პატერნის მიხედვით. ეს გახლავთ გამეორებადი ურთიერთქმედებები, რომლებიც ადგენენ პატერნებს, თუ როგორ, როდის და ვისთან იყოს დაკავშირებული... გამეორებული ოპერაციები ქმნის პატერნს და ოჯახის სისტემა ამ პატერნებს ემყარება. პატერნები, რომლებიც განვითარებას ექვემდებარება, ნაცნობი და უფრო სასურველი ხდება. სისტემა თავისთავს სასურველ ფარგლებში ინარჩუნებს და გადახრები, რომლებიც სცდება სისტემის ტოლერანტობის ზღურბლს, როგორც წესი, აღძრავს გადახრის საინააღმდეგო მექანიზმს, რომელიც სისტემას ჩვეულ ფარგლებში აყენებს. (Minuchin, 1979, გვ. 7)

მაშასადამე, ყოველ სისტემას აქვს საკუთარი ჰომეოსტაზი, ანუ სასურველი მდგრადი მდგომარეობა, რომელიც შეიძლება იყოს ან არ იყოს „ჯანსაღი“, მაგრამ რომელზეც ხდება დაკვირვება უკუკავშირისა და კონტროლის მექანიზმების მეშვეობით და რომელსაც იცავს სისტემა, როგორც მთლიანობა. ყველა ოჯახს მოეპოვება წესების კრებული, რომელიც მართავს მის ურთიერთობებს და რომელთა წინასწარ განჭვრეტაც შეიძლება. ყოველი მათგანი მოიცავს სუბსისტემებს (მაგ., ცოლქმრულს, დედაშვილურს, დაძმურს), რომლებიც სპეციალიზებულ ფუნქციებს ასრულებენ და ცდილობენ, დაიცვას მთლიანი სისტემის ხელშეუხებლობა. თითოეული მათგანი მოწესრიგებული მთლიანობაა და შეუძლებელია, იფიქრო მის რომელიმე ნაწილში ჩარევა ისე, რომ არ გაითვალისწინო დანარჩენები.

## ნივთიერებათა ავადმომხმარება და ოჯახური სისტემა

ოჯახისთვის კონსულტაციის განწევა მოითხოვს, რომ შეიცვალოს არსებული პრობლემის ხედვის რაკურსი და ყურადღების ფოკუსმა პიროვნების სიმპტომებიდან გადინაცვლოს ოჯახის სტრუქტურასა და ურთიერთქმედებებზე. მაშინაც კი, როდესაც კლიენტი ალკოჰოლზე ან სხვა ნარკოტიკზე დამოკიდებული, ოჯახის კონსულტანტი ინტერვენციის მიზნად სახავს არა მხოლოდ აბსტინენციას ამ, პრობლემის მქონე წევრისთვის, არამედ – გაუმჯობესებულ ფუნქციონირებას ოჯახური ერთეულისთვის, როგორც ერთი სხეულისთვის.

ნივთიერებათა ავადმომხმარება ან დამოკიდებულება, ნებისმიერი სხვა არსებული პრობლემის მსგავსად, ჩვეულებრივ, ღრმად არის ჩანერგილი ოჯახის ცხოვრებაში. წლების განმავლობაში ნივთიერებათა ავადმომხმარება შეიძლება ოჯახის ფუნქციონირების ცენტრალური საკითხი გახდეს, ოჯახის სისტემის სტრუქტურის უმთავრეს ამგებ ფაქტორად იქცეს. მაგალითად, ოჯახი, რომელსაც ალკოჰოლზე დამოკიდებული წევრი ჰყავს, სწავლობს, როგორ შეინარჩუნოს თავისი ჰომეოსტაზი ამ პიროვნების მიერ ალკოჰოლის ავადმომხმარების გარშემო. ალკოჰოლი შეიძლება სტაბილურობის შექმნის ფაქტორიც კი იყოს – ოჯახს აძლევდეს შესაძლებლობას, პრობლემები მისთვის ნაცნობი ხერხით გადაჭრას.

ეს შეხედულებები არ გულისხმობს, რომ ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემები არასტაბილური ოჯახური დინამიკის „ბრაღია“ ან რომ ჰომეოსტაზი, რომელსაც ამ პრობლემების მქონე ოჯახები აღწევენ, ჯანსაღი ან დადებითი მდგომარეობა იყოს. ისინი გულისხმობს მხოლოდ იმას, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებასთან შესაგუებლად ოჯახები შეიმუშავებენ თანმიმდევრულ, წინასწარ განჭვრეტად მეთოდებს, ზუსტად ისევე, როგორც სხვა პრობლემების მოსაგვარებლად ადგენენ წესებს და ურთიერთქმედებების სტილს. ამავდროს, ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკის ავადმომხმარება შეიძლება თავისთავად იყოს ერთ-ერთი მეთოდი

– თუნდაც სრულიად ამკარად არაეფექტიანი – ოჯახური სისტემის სტრესთან გასამკლავებლად. ოჯახის წევრები ისე ეგუებიან ნივთიერებათა ავადმომხმარების პრობლემას, თითქოს ეს ოჯახის ნაწილი იყოს. ოჯახი პოულობს ხერხებს ისეთ სამყაროში არსებობისთვის, რომელიც ნებას რთავს – ან წააქეზებს კიდევაც – ნარკოტიკების ან ალკოჰოლის მოხმარების განგრძობას. ამ პროცესის გაგება შეუძლებელია წრფივი მიზეზ-შედეგობრიობის ლოგიკით – პროცესი ციკლურია და ეს მის შეცვლას კიდევ უფრო მეტად აძნელებს.

თუ კონსულტანტი აღიარებს, რომ აღნიშნული გააზრება რეალობას ეფუძნება და მოისურვებს ოჯახური პერსპექტივიდან მუშაობას, მას მოუწევს, ახლებურად გადაიზაროს საყოველთაოდ გავრცელებული შეხედულებები ნივთიერებათა ავადმომხმარებაზე, მის ეტიოლოგიაზე და მის მკურნალობაზე. ოჯახური სისტემის თერაპევტი, როგორც წესი, ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ პიროვნებას განიხილავს, როგორც უბრალოდ სიმპტომების მქონე განსაზღვრულ ოჯახის წევრს, და არა როგორც ყურადღების უმთავრეს ობიექტს, და მოისურვებს გაგებას, თუ რა ფუნქცია აკისრია ოჯახურ ერთობაში ნივთიერებათა ავადმომხმარების ქცევას. ამის აღქმა დიდწილად ცვლის სასურველ საბოლოო მიზნებს. როდესაც მთელი ოჯახი „კლიენტად“ მოიაზრება, მკურნალობის მიზანი ფართოვდება, იგი აღარაა კონცენტრირებული მხოლოდ პიროვნების მიერ ნივთიერებათა ავადმომხმარებაზე, არამედ ყურადღება ექცევა მთელი სისტემის ჯანმრთელობას და ფუნქციონირებას. ამ მიზნის მისაღწევად მუშაობა მოითხოვს ინტერვენციის დროისთვის მთელი ოჯახის სიტუაციის გაგებას. ოჯახებთან მუშაობის მეთოდები ძლიერ მრავალფეროვანია, მით უფრო, თუ იმასაც გავითვალისწინებთ, რა ეტაპზე იმყოფება ნივთიერებათა ავადმომხმარების პრობლემის განვითარება თუ მისი გადაჭრა.

## ოჯახის ბაჰანსალების ფაზები

ოჯახებს, აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესის სხვადასხვა ფაზაში, განსხვავებული საჭიროებები აქვთ. კონსულტაციის მიზნები განსხვავდება იმის მიხედვით, ნივთიერებათა ავადმომხმარება აქტიურია, ნარკოტიკის მოხმარების ქცევა ცვლილების პროცესშია თუ ქცევის ცვლილება განმტკიცებულია.

როგორც ინდივიდუალური კლიენტის შემთხვევაში, ოჯახის გაჯანსაღება არის პროცესი და არა მოვლენა. ისევე, როგორც პიროვნება გადის დაფიქრებამდე, ფიქრის, მზადების, მოქმედების და შენარჩუნების ფაზებს (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), ასევე ოჯახიც შესაძლოა გადიოდეს ცვლილების პროცესს წინასწარ განჭვრეტილი ფაზების მიხედვით. სისტემაში ინტერვენცია ყველაზე ეფექტიანი მაშინ არის, თუ ის ემთხვევა ოჯახის მზაობის ფაზას. რასაკვირველია, ოჯახის ცვლილების ფაზები ერთი მნიშვნელოვანი რამით განსხვავდება პიროვნების ცვლილებისგან: ოჯახის ყველა წევრი ერთდროულად არ აღწევს მზაობის ერთსა და იმავე ნიშნულს. კონსულტანტი მზად უნდა იყოს, დაეხმაროს ოჯახის ნებისმიერ წევრს, ვინც არჩევს, შეცვალოს თავისი როლი ურთიერთქმედებათა იმჟამად არსებულ პატერნში. ზრდას და ცვლილებას შეიძლება მივალწიოთ იმის მიუხედავად, ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი წევრი ამაში იღებს მონაწილეობას თუ არა – თუკი ოჯახის სხვა წევრებს ცვლილებები შეაქვთ თავიანთ ჩვეულ როლებში. ოჯახური ცვლილების პროცესის გააზრების ერთ-ერთი გზა გახლავთ, რომ მასზე სისტემური ცვლილების ფაზების ცნებებით ვიმსჯელოთ. პირველი ორი ფაზა შეიძლება წარმოვიდგინოთ, როგორც (ა) საწყისი სისტემური ცვლილებების მოხდენა და (ბ) ადრეულ აღდგენა/გამოჯანმრთელებასთან შეგუება (Carlson, Sperry, & Lewis, 2005). მას მერე, რაც მიღწეული იქნება სტაბილურობის გონივრული დონე, ოჯახი შეიძლება მზად იყოს, გააღრმავოს და განამტკიცოს ცვლილება ოჯახური თერაპიის მეშვეობით.



**სახყინი სისტემური ცვლილებების მოხდენა**

მკურნალობის დაწყების შემდგომ ექიმი ეხმარება ოჯახის წევრებს, დაამსხვირონ ის პატერნები, რომლებიც წარსულში ამ ოჯახის სისტემის მახასიათებელი იყო. ამ ეტაპზე კონსულტანტის როლი გულისხმობს იმასაც, რომ იგი უნდა დაეხმაროს ოჯახის წევრებს, აირჩიონ, რომელი ალტერნატივაა მათთვის უფრო მისაღები: (1) ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქცევასთან კონფრონტაცია და ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი წევრის იძულება, ჩაერთოს მკურნალობაში, (2) იმ ქცევების მოცილების და შეცვლის მცდელობა, რომლებმაც არაჭანსალი სისტემა დაამყარეს, ან (3) ოჯახის წევრების დახმარება, ისწავლონ და შეიძინონ უნარები სოციალური გარემოს პოზიტიურად შესაცვლელად, რაც გაზრდის შესაძლებლობას, ნივთიერებათა ავადმომხმარებელმა პიროვნებამ მკურნალობა გადაწყვიტოს.

**კონფრონტაცია.** კონფრონტაციის მიდგომა, რომელიც რამდენიმე ათწლეულის განმავლობაში ინარჩუნებდა პოპულარობას, გახლავთ „ინტერვენცია“ ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების მქონე ადამიანებისთვის. იგი ჯონსონის (Johnson, 1973) მიერ იყო წამოწყებული. ინტერვენციის დროს ოჯახის წევრები, მეგობრები და ამხანაგები იკრიბებიან და პიროვნებას ჯგუფურად უპირისპირდებიან. ყველა მონაწილე წარმოადგენს კონკრეტულ საბუთს იმისა, თუ თვითონ მასზე რა გავლენა იქონია ამ პიროვნების ავადმომხმარებლის ქცევამ. ისინი მის გვერდში მდგომის პოზიციიდან უბიძგებენ პიროვნებას, აღიაროს, რომ მას მართლაც აქვს ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემები. ინტერვენციის მიზანია, იმგვარად შეცვალოს პიროვნების თვალსაზრისი, რომ მან გაიზაროს: დასახელებული პრობლემებს სათავე ალკოჰოლში თუ სხვა ნარკოტიკის მოხმარებაშია. სასურველი შედეგი გახლავთ ის, რომ კლიენტი აღიარებს მკურნალობის დაწყების საჭიროებას.

ბევრი კლიენტი აცხადებს, რომ მკურნალობა ამ ინტერვენციის შედეგად დაიწყო, მაგრამ ეს პროცედურა პანაცეა არ გახლავთ:

ცხადია, პრობლემის მქონე ოჯახებისთვის მიმზიდველია ეს მიდგომა, რომელიც მათ ჰპირდება მკურნალობას, როგორც პოტენციურ „ბედნიერ დასასრულს“. თუმცა, სამწუხაროდ, ამ ინტერვენციის ნაკლი სწორედ მის სიმარტივეში დევს. ამ ინტერვენციის უმთავრესი მიზანი გახლავთ, დამაჯერებლად დაასაბუთოს, რომ სწორედ ალკოჰოლი უდევს საფუძვლად ყველა პრობლემას, რომლებიც პიროვნებას და ოჯახს ეხება, და მკურნალობა მყისიერად ხელმისაწვდომ გადაწყვეტად დასახოს. ამგვარად, ეს მიდგომა ზედმეტად ამარტივებს პრობლემებს და მათ სწორხაზოვან, მიზეზ-შედეგობრივი ცნებებით იაზრებს. (Lewis, 1991, გვ. 43)

როდესაც ოჯახის წევრები მკურნალობაში ჩართვას ბედნიერ დასასრულად აღიქვამენ, მათ შეიძლება ვერ შეძლონ, გაიზარონ, რომ საჭიროა სისტემური ცვლილებები, რაც უმთავრესია გრძელვადიანი ჯანმრთელობის მისაღწევად.

ოჯახის წევრებმა ასევე ძალიან სიღრმისეულად უნდა გამოიკვლიონ ამ პროცედურის არსი. როგორც წესი, ინტერვენცია ემყარება იმის შეგნებას, რომ, თუ კლიენტი მკურნალობას იუარებს, ამას თავისი შედეგები მოჰყვება: მეუღლე მისგან წავა, კოლეგები სამსახურში ხელს აღარ დააფარებენ ან მეგობრები განწყვეტენ მასთან ურთიერთობას. სანამ რამეს მოიმოქმედებდეს, ჩამრევვა საგულდაგულოდ უნდა აწონ-დაწონოს ის გავლენა, რასაც ეს შედეგები მის საკუთარ ცხოვრებაზე მოახდენს:

ერთ-ერთი მიზეზი, თუ რატომ არის ინტერვენციის დროს საჭირო დიდი სიფრთხილე, არის ის, რომ ამ ტიპის ულტიმატუმს შესაძლოა ცხოვრების დამანგრეველი შედეგები ჰქონდეს, თუ ალკოჰოლიკი უარს ამბობს მკურნალობაზე, წარუმატებელი მკურნალობა აქვს ან მძაფრად რეაგირებს კონფრონტაციაზე. ოჯახი დიდი სიფრთხილით უნდა იქნეს მომზადებული ინტერვენციისთვის – ყოველი წევრი ცხადად უნდა აცნობიერებდეს, რა რისკებთან ექნება საქმე, და ჰქონდეს ყველა მოულოდნელობასთან გასამკლავებელი კონკრეტული გეგმა. (Lewis, 1991, გვ. 44)



**ვალდებულების მოხსნა.** ზოგჯერ არც აუცილებელი და არც მიზანშეწონილი არ არის, პიროვნებას მკურნალობა დააძალო. ოჯახის წევრებს შესაძლოა სტირდებოდეთ, ცვლილების პროცესი ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მონაწილეობის გარეშე დაიწყონ. ზოგჯერ ოჯახის წევრები, რომლებსაც მტკიცედ გადაუწყვეტიათ ცვლილების მოხდენა, უნდა წავაქეზოთ, საკუთარი ცხოვრების გასაუმჯობესებლად გადადგან ნაბიჯები, მიზნად საკუთარი ზრდა და ჯანმრთელობა დაისახონ და არ იყვნენ ფოკუსირებული ალკოჰოლის თუ ნარკოტიკის მოხმარების ქცევაზე. ვალდებულების მოხსნის პროცესის მეშვეობით ოჯახის წევრები შეძლებენ, დაამსხვრიონ ურთიერთქმედებათა ხისტი პატერნები და შეწყვიტონ სხვისი ქცევის გამო პასუხისმგებლობის საკუთარ თავზე აღება. ამ ეტაპზე ბევრ ოჯახს შეიძლება ძალიან წაადგეს AA-სთან ან სხვა თვითდახმარების ორგანიზაციაში გადამისამართება, როცა ოჯახის ფიზიკური წევრები ცდილობენ, შეწყვიტონ იმ როლების თამაში, რაც ნივთიერებათა ავადმომხმარებელს შესაძლებლობას აძლევდა, თავიდან აერიდებინა ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის მოხმარების უარყოფითი შედეგები. მას შემდეგ, რაც ოჯახის წევრები იწყებენ საკუთარ თავზე ზრუნვას, ოჯახის სტრუქტურა მხოლოდრეა მხოლოდ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლას აღარ ეფუძნება. როცა იწყებენ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის გარდა ყურადღების სხვა რამზე გადატანას – და აღარ ეხარჯებათ ენერჯია, საიდუმლოს შენახვას რომ სტირდებოდა – მათ ეძლევათ ძალა, ეციონ დახმარება, რომელიც შესაძლოა თავად სტირდებოდეთ. ამ ცვლილებათა თავდაპირველი მიზანი იქნებ იყო ოჯახის წევრების დახმარება მიმდინარე ვითარებასთან გამკლავებაში, მაგრამ ისინი იმავდროულად აუმჯობესებენ ოჯახის უნარს, მარტვედ მოერგოს სიტუაციას, თუ ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი წევრი ქცევას შეიცვლის.

**თემის გაძლიერების და ოჯახური ტრენინგი.** კონფრონტაციული ინტერვენციის ან ვალდებულების მოხსნის რეალურ ალტერნატივას გვთავაზობს *თემის გაძლიერების და ოჯახური ტრენინგი* (Community Reinforcement and Family Training, CRAFT) (Meyers & Smith, 1995; Smith & Meyers, 2009; Smith, Meyers, & Austin, 2008). CRAFT პროგრამის მიერ არჩეული მიდგომა გახლავთ უშუალოდ დაინტერესებულ მნიშვნელოვან პირებთან (concerned significant others, CSO) მუშაობა, მათთვის დახმარების განწვევა ისეთი უნარების შექმნაში, რაც მათ ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი ახლობლის მკურნალობაში ჩასართავად დასტირდებათ. CRAFT ასწავლის დაინტერესებულ მნიშვნელოვან პირებს, თუ როგორ უნდა შეცვალონ საკუთარი ქცევა ისე, რომ გააძლიერონ პოზიტიური ცვლილებები ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ნარკოტიკისა თუ ალკოჰოლის მოხმარების ქცევაში – იმის ნაცვლად, რომ ყურადღება ყველაზე პრობლემატურ სიტუაციებზე ჰქონდეთ გამახვილებული.

CRAFT პროგრამით მომუშავე თერაპევტი დასწრების გარეშე მუშაობს ოჯახის წევრებთან. მისი მიზანია, ისე შეცვალოს ალკოჰოლის მოხმარებლის სოციალური გარემო, რომ მოაცილოს მოხმარების ქცევის გამაძლიერებელი უნებლიე ფაქტორები და მათ ნაცვლად სიფიზის გამაძლიერებლები წამოსწიოს წინ. თერაპევტი ოჯახის წევრებს აგრეთვე ეხმარება, მოემზადონ მორიგი შესაძლებლობისთვის, როცა მოხმარებელი შესაძლოა თანახმა იყოს შეთავაზებული დახმარებისა და მხარდაჭერის მიღებაზე და მოისურვოს მკურნალობის დაწყება. (Miller, Meyers, & Hiller-Sturmhofel, 1999, გვ. 119)

კვლევით შრომებში (Meyers, Miller, Hill, & Tonigan, 1999; Miller, Meyers, & Tonigan, 1999) დადასტურებულია, რომ სულ რაღაც ოთხი თუ ხუთი სეანსის შემდეგ წარმატებით დაგვირგვინდა კლიენტების თითქმის ორი მესამედის მცდელობა, ოჯახში ალკოჰოლის ავადმომხმარებელი წევრები მკურნალობის დაწყებაზე დაეყოლიებინათ.

## აღრეულ აღღბენა/ბამოჯანმრთელეხბსთნე შებუებ

როდესაც ოჯახის ნივთიერებებთა ავადმომხმარებელი წევრი სიფხიზღეს აღწევს, კონსულტანტი დგება საჭიროების წინაშე, დაეხმაროს ოჯახს, გაუმკლავდეს იმას, რასაც ფაქტობრივად შეიძლება კრიზისი ვუნოდოთ. თუ კრიზისად ჩავთვლით სიტუაციას, რომელსაც საჭირდება გამკლავების ისეთი უნარები, რომლებიც სცდება ამ სიტუაციაში მოხვედრილი ადამიანის ჩვეულებრივ მარაგებს, მივხვდებით, რომ ოჯახებს, რომლებიც ახლადმიღწეული აბსტინენციის მდგომარეობაში მყოფ წევრთან ურთიერთობენ, ნამდვილად მიესადაგებათ ეს განმარტება. ოჯახებს, რომლებსაც ცხოვრება უკვე აგებული აქვთ ურთიერთქმედების ისეთი პატერნებით, რომლებშიც ჩართულია ალკოჰოლიზმი ან ადიქცია, ხშირად უჭირთ შეგუება ცვლილების ანაზღვეულ საჭიროებებთან. ისინი უცებ იაზრებენ, რომ, რაკი წლების განმავლობაში ნებისმიერ პრობლემასთან გასამკლავებლად ალკოჰოლს ან სხვა ნარკოტიკებს მიმართავდნენ, მათ არ განუვითარებიათ პრობლემის გადაჭრის ან კონფლიქტის მოგვარების უნარები. ეფექტიანი გამკლავების უნარების ნაკლებობას შეიძლება ამძაფრებდეს შეკავებული ბრაზი და უნდობლობა. პრობლემები, რომელთა არსებობას ოჯახი ყოველთვის ალკოჰოლს ან სხვა ნარკოტიკებს მიაწერდა, ისევ რჩება, რაც დიდ იმედგაცრუებას იწვევს. ოჯახის ქცევათა არსენალი მორგებულია ნივთიერებებთა ავადმომხმარებელი წევრის ყოლაზე, მაგრამ არ გამოდგება ფხიზელი პიროვნების მისაღებად, რომელსაც ახლად აქვს მიღწეული აბსტინენცია და ვეღარ იქცევა ისე, როგორც პაციენტად დადგენილი ადამიანისგან არის მოსალოდნელი. ახალი კომეოსტაზური მდგომარეობის მიღწევა შეიძლება ძნელი გახდეს.

ოჯახებს, რომლებსაც ურთიერთქმედებებთა პატერნები ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ჰქონდათ აგებული ოჯახის წევრის ადიქციის გარშემო, ხშირად დგებიან კრიზისის წინაშე, როცა ამ პიროვნების მიერ ნივთიერებებთა მოხმარება მცირდება. როცა პაციენტად დადგენილი პიროვნება გამოდის თავისი ძველი როლიდან, ძველი ქცევები, რომლებიც ლოგიკურად იყო მორგებული ადიქციის არსებობას, გამოუსადეგარი ხდება. ახლადმიღწეული აბსტინენციის მქონე პიროვნების ოჯახის წევრებს ასეთ დროს საჭირდებათ გამკლავების ისეთი უნარები, რომლებიც სცდება მათ ჩვეულ არსენალს. ცვლილების ანაზღვეული საჭიროება ხშირად ვლდად აღიქმება, მით უფრო იმეტომ, რომ პრობლემის გადაჭრის და კონფლიქტის მოგვარების უნარები აქამდე ნივთიერებებთა მოხმარებას ჰქონდა ჩანაცვლებული. ამას გარდა, ოჯახები იმედგაცრუებულნი რჩებიან, რაკი აღმოაჩინენ, რომ პრობლემები, რომლებსაც მუდამ ნივთიერებებთა მოხმარებასთან აკავშირებდნენ, არსად გამქრალა. (Carlson et al., 2005, გვ. 148)

ზოგჯერ ოჯახები წარმატებით გადალახვენ ყოველი წევრის ცხოვრებაში მომხდარ რადიკალურ ცვლილებებს, თუმცა, ბევრი ოჯახი კრიზისს დარღვევით პასუხობს. ოჯახის წევრები შეიძლება ინარჩუნებდნენ ძველ ქცევებს და არ გამოდიოდნენ ჩვეული როლიდან, და ამით ზრდიდნენ რეციდივის შესაძლებლობას. ეს მოვლენა არ უნდა ავსნათ ოჯახის ერთი წევრის „დივერსიად“ მეორე წევრის წარმატების წინააღმდეგ, არამედ ყოველთვის უნდა აღვიქვათ სისტემის მცდელობად, აღიდგინოს ჩვეული წონასწორობა.

ამ ეტაპზე განსაკუთრებით სასარგებლო შეიძლება იყოს კონსულტანტის დახმარება. მან ოჯახის წევრებს კრიზისში მყოფი ოჯახის ცნება უნდა განუმარტოს. ოჯახის წევრებს უნდა დავეხმაროთ, უშუალო კრიზისული სიტუაციის გადასატანად მოკლევადიან, კონკრეტულ მიზნებზე კონცენტრირდნენ; ოჯახურ სტრუქტურაში პატარ-პატარა ცვლილებები შეიტანონ; ისწავლონ ან გაიხსენონ ერთმანეთისთვის ორმხრივი მხარდაჭერის განევა. შედეგიანი სტრატეგიაა, ვთხოვოთ ოჯახის თითოეულ წევრს, განსაზღვროს კონკრეტული საჭიროება ან მიზანი, რომლის მიღწევაც სურს. მოლაპარაკების პროცესის მეშვეობით ოჯახის წევრებმა შეიძლება იპოვონ კომპრომისები, რის შედეგადაც ყოველი მათგანი მიიღებს რალაცას, რაც სურს. ამ შემთხვევაში ოჯახის წევრებს უჩნდებათ შეგრძნება, რომ საკუთრივ მათი ესა თუ ის

საჭიროება გათვალისწინებულ იქნა. იმავდროულად, მოსალოდნელია, ყოველ წევრს გაუჩნდეს განცდა, რომ ის სასარგებლოა დანარჩენებისთვის. პრობლემის გადაჭრაში ასეთი მარტივი, უშუალო ინტერვენციით შეიძლება დავეხმაროთ ოჯახს, რთული პერიოდის გასაძლევად საკმარისი სტაბილურობა მოიპოვოს. რამდენიმე თვის შემდეგ ოჯახის წევრები შეიძლება მზად იყვნენ ოჯახის სტრუქტურაში უფრო ძირეული, გრძელვადიანი ცვლილებების შეტანაზე დასაფიქრებლად. მათ შეიძლება დაინწყონ მუშაობა უფრო ღრმა სისტემურ ცვლილებებზე და ისეთი როლების და ურთიერთობების ჩამოყალიბებაზე, რომლებიც ჯანსაღი, ფუნქციური სოციალური ერთეულისთვის არის დამახასიათებელი.

გარკვეული რაოდენობის კარგად შესწავლილი შემთხვევა ადასტურებს ადრეული აღდგენა/გამოჯანმრთელების პერიოდში წყვილების კონსულტირების მეთოდის წარმატებას (O'Farrell, 1992; O'Farrell & Fals-Stewart, 2006). ეს მიდგომები ეყრდნობა დროით გამოცდილ მონაცემებს წყვილთა ბიჰევიორული თერაპიის წარმატებაზე. მაკრადი, ნოელი, აბრამსი, სტოუტი და ნელსონი (McCrady, Noel, Abrams, Stout, & Nelson 1986) მკურნალობის სამ მეთოდს ადარებდნენ ერთმანეთს. *მეუღლის მინიმალური ჩართულობა* (Minimal spouse involvement, MSI) შესაძლებლობას აძლევდა მეუღლეს, თვალს ედევნებინა ალკოჰოლის ინდივიდუალური თერაპიისთვის. *მეუღლის ალკოჰოლზე მიმართული ჩართულობა* (Alcohol-focused spouse involvement, AFSI) მეუღლეს სძენდა რაღაც-რაღაც სპეციფიკურ უნარებს, რომლებიც მას ალკოჰოლთან დაკავშირებული სიტუაციებისთვის თავის გაართმევაში დაეხმარებოდა. *ალკოჰოლური ბიჰევიორული წყვილთა თერაპია* (Alcohol behavioral marital therapy, ABMT) სხვა პირობებში შეძენილ უნარებს წყვილთა ბიჰევიორულ თერაპიას ამატებდა. ყველა ეს მკურნალობა მოხმარების შემცირებას უკავშირდებოდა. ABMT მიდგომა უფრო სტაბილურ ქორწინებებს იძლეოდა და ზრდიდა ქორწინებით კმაყოფილებას, აგრეთვე ამცირებდა მოხმარების ქცევებს. პროექტი *კონსულტაციები ალკოჰოლიკთა ქორწინებაზე* (The Counseling for Alcoholics' Marriages, CALM) იკვლევდა წყვილებს, რომლებშიც ქმარს ალკოჰოლიზმის გამო კონსულტაციები უტარდებოდა (O'Farrell, 1992). მკურნალობის პირობები გულისხმობდა: (1) არანაირ წყვილთა თერაპიას, (2) ჯგუფს, სადაც კომბინირებულად გამოიყენებოდა ანტაბუსის კონტრაქტი და ბიჰევიორული უნარების გამომუშავების მიდგომა, და (3) ინტერაქტიული წყვილების ჯგუფს, რომელიც გრძნობებზე იყო ფოკუსირებული. წყვილების კონსულტირებაში მონაწილეობა დადებითად მოქმედებდა კონსულტაციის მიმღები ალკოჰოლიკების ცოლქმრულ ურთიერთგაგებაზე და მოხმარების ქცევებზე.

ყველა ეს მიდგომა იმედისმიმცემია ოჯახებისთვის, რომლებსაც ადრეული აღდგენა/გამოჯანმრთელების პრობლემებთან გასამკლავებლად და ცვლილების ხანგრძლივად შესანარჩუნებლად მომზადება და დახმარება სჭირდებათ.

## ცვლილების განლაშვება და შენარჩუნება

ოჯახური თერაპია, ყველა სხვა საკონსულტაციო მიდგომის მსგავსად, ერთმანეთისგან სრულიად განსხვავებულ თვალსაზრისებს ასახავს. ცნობილი მოდელებიდან თითოეული შეიძლება სასარგებლო გამოდგეს ნივთიერებათა ავადმომხმარების პრობლემის წინაშე მდგარი ოჯახებისთვის, თუკი ისინი მზად არიან გრძელვადიანი ცვლილებებისთვის.

ნივთიერებათა ავადმომხმარების სამკურნალოდ უფრო ხშირად გამოიყენება ოჯახური თერაპიის შემდეგი გავრცელებული სახეობები: (1) ფსიქოდინამიკური, (2) ემპირიულ/ჰუმანიტარული, (3) ბოუნურ/მულტიგენერაციული, (4) სტრუქტურული, (5) კომუნიკაციური, და (6) ბიჰევიორული. ყოველ ამ თვალთახედვას თავისი უნიკალური მახასიათებლები აქვს, მაგრამ ყოველი მათგანი ეფუძნება მოსაზრებას – თუმცა, სხვადასხვა ხარისხით – რომ ინდივიდუალური კლიენტები განიცდიან ოჯახის გავლენას და თავის მხრივაც გავლენას ახდენენ მასზე. ყველა ეს მე-

თოდი პიროვნების განვითარებას სოციალურ კონტექსტში განიხილავს. ყველა აღიარებს ინტერვენციაში არსებულ თანდაყოლილ პოტენციას, რომელიც სცდება ინდივიდუალურ, ინტრაფსიქიკურ ფენომენს.

**ფსიქოლინამიკური ოჯახური თერაპია.** 1970 წელს ფსიქიატრიის განვითარების ჯგუფი (Group for the Advancement of Psychiatry, GAP) შეეცადა, ოჯახური თერაპიის განსხვავებული თეორიები სისტემაში მოექცია და ამ მიზნით ისინი დაელაგებინა კონტინუუმად, რომლის საპირისპირო ბოლოები განსაზღვრული იქნებოდა იმით, თუ თეორიული შეხედულება რა ხარისხის აქცენტს სვამდა პიროვნებაზე თუ ოჯახურ სისტემაზე:

ერთ უკიდურეს ბოლოში, A პოზიციაზე, მოთავსდნენ ის თერაპევტები, რომლებიც ოჯახს მიიჩნევდნენ მისი კონკრეტული წევრის შესახებ ინფორმაციის შეკრების საშუალებად. ეს თერაპევტები უმთავრესად პიროვნებაზე იყვნენ კონცენტრირებულები, ხოლო მათ უპირისპირდებოდა ჰიპოთეტური ოპოზიცია, პოზიციის თერაპევტები, რომლებიც სრულიად ოჯახზე იყვნენ ფოკუსირებული და მას მიიჩნევდნენ როგორც ცვლილების, ასევე პათოლოგიის ერთეულად. შესაბამისად, უფრო მოსალოდნელია, რომ პოზიციის თერაპევტები ტრადიციულ ფსიქიატრიულ პრობლემებს ოჯახის უმართებულო ფუნქციონირების სოციალურ და ინტერპერსონალურ სიმპტომებად მიიჩნევდნენ. (Kolevzon & Green, 1985, გვ. 26-27)

**ფსიქოლინამიკური მიდგომა.** საყოველთაოდ გამოყენებულ თეორიულ ჩარჩოებს შორის ფსიქოლინამიკური მიდგომა შეიძლება ყველაზე უფრო ახლოს იდგეს GAP-ის თეორიული კონტინუუმის A წერტილთან. ეს მიდგომა, რომელიც დიდწილად ფსიქოანალიტიკურ აზროვნებას ეფუძნება, ხაზს უსვამს პიროვნული პათოლოგიების გავლენას ოჯახურ სისტემაზე, იგი ამჟღავნებს მიდრეკილებას, ოჯახი განიხილოს, როგორც ურთიერთდაკავშირებულ პიროვნებათა ჯგუფი, და გამოკვეთს ინსაითის მნიშვნელობას პიროვნების ცვლილების საქმეში.

ამ მოდელის ფსიქოანალიტიკური საფუძვლები კარგად ჩანს იმაში, თუ როგორ უსვამს იგი ხაზს გადაუჭრელი პრობლემების ზედაპირზე ამოტანას, წარსული გამოცდილებების გარჩევას და როგორც ინტრაფსიქიკურ, ასევე ინტერპერსონალურ ცვლილებაზე მუშაობას. მაგრამ ფსიქოლინამიკურ თვალსაზრისზე, იმ სახით, როგორითაც ის გამოყენებულია ოჯახური პრაქტიკის დროს, დიდი გავლენა იქონია სისტემურმა აზროვნებამ და ამის გამო ძალიან განსხვავდება ინდივიდებთან გამოყენებული ანალიტიკური თერაპიისგან. ნათან აკერმანს (Nathan Ackerman), ოჯახური თერაპიის ერთ-ერთი პიონერს, ალბათ ნებისმიერ სხვა ცალკეულ თერაპევტზე მეტი აქვს გაკეთებული ამ ორ ეპისტემოლოგიას შორის არსებულ ნაპრალებზე ხიდის გასაღებად. ოჯახის თერაპევტის როლისა და ფუნქციის მისეულ შეჯამებაში (Ackerman, 1981) იგი გამოთქვამდა აზრს, რომ თერაპევტი უნდა ამყარებდეს ემპათიასა და კომუნიკაციას ოჯახის წევრებთან, ასევე – თავად ოჯახის წევრებს შორის და რომ ეს ურთიერთდამოკიდებულებები გამოყენებული უნდა იყოს უმთავრესი კონფლიქტების გამოხატვის კატალიზატორად. თერაპევტი ცდილობს, კლიენტს მიაწოდოს მათი პრობლემების ზუსტი წვდომა, ამ მიზნით იგი ანეიტრალებს თავდაცვის საშუალებებს და მთვლემარე კონფლიქტები ღია ინტერპერსონალურ სამსჯავროზე გამოაქვს. აკერმანის მიხედვით, თერაპევტი ასრულებს „დიდი მშობლის ფიგურის“ ("a great parent figure") (გვ. 172), რეალობის შესამოწმებელი იარაღის, განმანათლებლის და მოდელის როლს. ამგვარად, აკერმანი წარმატებით ახერხებს, ერთდროულად გაამახვილოს ყურადღება პიროვნულ პათოლოგიასა და ოჯახის პატერნებზე, „ინტერპერსონულ კონფლიქტსა“ და „ინტერპერსონალურ გაცვლა-გამოცვლაზე“. თუმცა მას და ფსიქოლინამიკური ოჯახური თერაპიის სხვა მიმდევრებს ცოტა დააკლდათ, ყველა პიროვნული სიმპტომი სისტემის დისფუნქციის მაჩვენებლად გამოეცხადებინათ. უნდა ვაღიაროთ, რომ მათ ამოიცნეს, თუ რა უდიდეს გავლენას ახდენენ ერთმანეთზე პიროვნული და ოჯახური პრობლემები თუ კონფლიქტები.



**ემპირიულ/ჰუმანისტური თეორია.** ვირჯინია სატირის შრომა (Virginia Satir 1967, 1972) მჭიდრო კავშირშია კომუნიკაციურ თეორიებთან, მაგრამ ის შეიძლება ცალკე ემპირიულ/ჰუმანისტურ კატეგორიად გამოვყოთ, რადგან ის დიდ ყურადღებას აქცევს გრძნობებს და მისი მიდგომა მძლავრ ჰუმანისტურ საყრდენებზე დგას:

ვირჯინია სატირის თვალსაზრისით, წესები, რომლებიც ოჯახურ სისტემას მართავენ, კავშირშია იმასთან, თუ მშობლები რამდენად ახერხებენ საკუთარი თავის პატივისცემის მიღწევას და შენარჩუნებას; ეს წესები, თავის მხრივ, აყალიბებენ კონტექსტს, რომელშიც ბავშვები იზრდებიან და თვითპატივისცემა უყალიბდებათ. თვითპატივისცემის ჩამოყალიბება, საკუთარი ღირსების გრძნობის გაზრდა, ოჯახის კომუნიკაციის სფეროში უთანხმოებების გამოკვლევა და მასში შესწორებების შეტანა – სატირი ამ საკითხებზე ინტენსიური მუშაობით ცდილობს, დაეხმაროს ოჯახის თითოეულ წევრს, მიაღწიოს „პარგად ყოფნას“, რაც შეიძლება „გამთლიანდეს“. უდავოა ამ მიზნებზე *ადამიანური პოტენციალის განვითარების მოძრაობის* (human-potential movement) ჰუმანისტური გავლენა. (Goldenberg & Goldenberg, 1985, გვ. 160)

სატირის მიერ წარმართული ოჯახური კონსულტირების პროცესი ფოკუსირებულია კომუნიკაციის პატერნებზე, რომლებიც ტიპურია კონკრეტული ოჯახის ფუნქციონირებისთვის. სატირის მიერ ამოცნობილ დისფუნქციურ კომუნიკაციურ სტილებს შორისაა: გულისმომგები (placater) პიროვნება, რომელიც მუდამ ეთანხმება სხვებს საკუთარი ინტერესების ხარჯზე; ბრალმდებელი (blamer), რომლებიც დომინირებს სხვებზე და ბრალს სდებს მათ; ზე-რაციონალური (super-reasonable) პიროვნება, რომელიც თავს არიდებს ემოციურ მხარეს და ინტელექტუალიზმებისკენ არის მიდრეკილი; და შეუსაბამო (irrelevant) პიროვნება, რომელიც აბნევს სხვებს და კონტექსტიდან ამოვარდნილ საკითხებს ეხება. ამ დისფუნქციური კომუნიკატორებისგან განსხვავებით, თანმხვედრ (congruent) კომუნიკატორს შეუძლია, გასაგებად და გულწრფელად გადმოსცეს თავისი გზავნილები. მათთან არსებობს ნამდვილი შესაბამისობა ნაგულისხმევსა და ნათქვამს შორის, ნაგრძნობსა და გამოხატულს შორის. ვ.სატირის და სხვა ჰუმანისტური თეორიის მიმდევრების მიერ შემოთავაზებული ოჯახური თერაპიის ერთ-ერთი მთავარი მიზანია, ოჯახისთვის, როგორც ერთი მთლიანისთვის, ნორმად გახადოს თანმხვედრი კომუნიკაცია.

ოჯახის კომუნიკაციის პატერნებთან მჭიდრო კავშირშია მის წევრთა საკუთარი თავის პატივისცემის გრძნობა და წესები, რომლებიც მართავს ოჯახის ურთიერთობებს. ფუნქციურ ოჯახებში გამოხატულია ცალკეული წევრების თვითპატივისცემა, რომელსაც ისინი აძლიერებენ, ასევე, საკუთარი შეხედულებისამებრ შეიმუშავებენ გონივრულ ფარგლებში მოქნილ წესებს, რომლებიც ნაახალისებენ გახსნილ კომუნიკაციას. დისფუნქციური ოჯახები, ამის საპირისპიროდ, ვერ ახერხებენ, შეინარჩუნონ წევრის თვითპატივისცემა და იხრებიან წესებისკენ, რომლებიც ზღუდავენ ნამდვილ კომუნიკაციას. თერაპიის მიზანია, ოჯახურ სისტემას დაურღვიოს დისფუნქციური პატერნები და თანხვედრილ, მოქნილ, გახსნილ ურთიერთობებზე გადაიყვანოს.

**ბოუნენის ოჯახური თეორია.** მიურეი ბოუნენის მიერ შემუშავებული მიდგომა გამორჩეულ მახვილს სვამს „მეს“ განსაზღვრაზე:

თეორიის ქვაკუთხედი ეს წარმოდგენა გახლავთ.... ის ადამიანებს განსაზღვრავს იმის მიხედვით, თუ მათი ემოციური და ინტელექტუალური ფუნქციონირება რა ხარისხით ერწყმის ერთმანეთს ან გაყოფილია ერთმანეთისგან. ეს მახასიათებელი იმდენად უნივერსალურია, რომ შეიძლება გამოყენებული იყოს ყველა ადამიანის მხოლოდ ერთ კონტინენტში კატეგორიზებისთვის. ამ კონტინენტის უკიდურეს ქვედა ნიშნულს შეესაბამებიან ისინი, ვისი ემოციები და ინტელექტიც იმდენად შერწყმულია, რომ მათ ცხოვრებაზე ავტომატური ემოციური სისტემა ბატონობს.... ეს ადამიანები ნაკლებად მოქნილები, ნაკლებად შემგუბელი და გარშემომყოფებზე ემოციურად მეტად დამოკიდებულები არიან.... მეორე ბოლოში თავსდებიან ისინი, ვისთვისაც ეს ფუნქციონირებები გაყოფილია.... ისინი, ვისი ინტელექტუალური ფუნქციონირებაც სტრესის პერიოდში მეტ ავტონომიურობას ინარჩუნებს, არიან უფრო მოქნილები,



უფრო შემგუებელი და ირგვლივმყოფთა ემოციებზე ნაკლებად დამოკიდებულები. ისინი უკეთ უმკლავდებიან სტრესს, მათი ცხოვრების გზა უფრო მონესრიგებული და წარმატებულია და თვალსაჩინოდ თავისუფალი არიან ადამიანური პრობლემებისგან. (Bowen, 1982, გვ. 362)

ბოუენის ფორმულირების მიხედვით, მათ, ვისაც ემოციური და ინტელექტუალური ფუნქციონირება ნაკლებად დიფერენცირებული აქვთ, მეტი ალბათობით შეიძლება შეექმნათ ნებისმიერი სახის ემოციური პრობლემა. ამას გარდა, ასეთი ადამიანები – კონტინუუმის იმ ბოლოში მდგომი, რომელიც შერწყმას შეესაბამება – ქორწინებაშიც ინტენსიური შერწყმის ტენდენციას ავლენენ. ადამიანები, როგორც წესი, დიფერენციაციის მსგავსი ხარისხის მქონე პარტნიორებს ირჩევენ. ამგვარად, ნაკლებად გამოხატული დიფერენციაციის მქონე ორი ადამიანი, თითოეული „მეს“ სუსტი შეგნებით, გაერთიანდებიან ერთ „საერთო მე“-დ, რომელსაც დისფუნქციის მაღალი პოტენციალი ექნება.

ბოუენის მიხედვით, სუსტი დიფერენცირების მქონე ოჯახებში დიდი ალბათობით შეიძლება იყოს გამოვლენილი ერთი ან რამდენიმე საერთო სიმპტომი: ოჯახური კონფლიქტი, რომელიმე მეუღლის დისფუნქცია ან პრობლემების ბავშვებზე პროეცირება. ის, თუ ამ სიმპტომებიდან რომელი ხდება სერიოზული – ვთქვათ, პრობლემების ბავშვებზე პროეცირება ინვევს თუ არა ერთი ან მეტი პრობლემის გაუარესებას – დამოკიდებულია იმ სტრესის ხარისხზე, რომელსაც ეს ოჯახი ეჭიდება. თუ შფოთვა შედარებით დაბალი რჩება, ოჯახმაც შეიძლება გონივრული ფუნქციურობა შეინარჩუნოს. შფოთვის მაღალ ხარისხს სიმპტომებიც უფრო ინტენსიური სდევს. იმის მიუხედავად, ოჯახი მართლაც დისფუნქციური ხდება თუ არა, პრობლემების შესაძლებლობა რამდენიმე თაობას გადაეცემა – ჯერ ერთი იმიტომ, რომ არადიფერენცირებულ პიროვნებებს უძნელდებათ მშობლებისგან მოწყვეტა, და მეორეც, დაზიანებული შვილები, როგორც წესი, ქორწინდებიან აგრეთვე სუსტი დიფერენციაციის მქონე პიროვნებებზე და თავიანთ პრობლემებს მომდევნო თაობებს გადასცემენ.

შფოთვა, რამდენადაც გავლენას ახდენს ოჯახის შერწყმის ხარისხზე, ის ასევე აფერხებს სამკუთხედების მუშაობას – ამათ კი ბოუენი მიიჩნევს უმცირეს სტაბილურ ურთიერთობათა სისტემებად და შესაბამისად, საშენ აგურებად, რომლებზეც ყველა ადამიანური სისტემაა აგებული. ოჯახში ამ სამკუთხედების ენერჯიაზე გავლენას ახდენს როგორც წევრებს შორის „მეს“ დიფერენციაციის ხარისხი, ასევე არსებული შფოთვის დონე.

ანუ, ბოუენის თერაპია ეყრდნობა დიფერენციაციის კონცეფციას, ტრიანგულაციას და მულტიგენერაციული ტრანსმისიის პროცესებს. თერაპევტების ძალისხმევით მიზანია, შეძლონ ოჯახში ცენტრალური სამკუთხედის მოდიფიცირება, ხელი შეუწყონ დიფერენციაციის პროცესს და „ნელ-ნელა გაზარდონ ინტელექტუალური კონტროლი ავტომატურ ემოციურ პროცესებზე“ (Bowen, 1982, გვ. 307). თერაპიულ პროცესს თანდათანობით მოსდევს ოჯახის ყოველი წევრის დიფერენციაციის უნარის გაზრდა და შესაბამისად, ოჯახური სისტემის, როგორც მთლიანობის, ჯანმრთელობის გაუმჯობესება.

**სტრუქტურული ოჯახური თერაპია.** სალვადორ მინუჩინა (Salvador Minuchin 1974, 1979) სტრუქტურული ოჯახური თერაპიის – სისტემებზე ძლიერად ორიენტირებული მიდგომის შემუშავებით დიდი გავლენა მოახდინა ზოგადად ოჯახურ პრაქტიკაზე. მინუჩინის აზრით, ოჯახური სისტემა შეიძლება გავიგოთ მხოლოდ იმდენად, რამდენადაც მის სტრუქტურას გამოვიკვლევთ და შევიცნობთ. ეს სტრუქტურა მოიცავს „გამძლე ინტერაქციულ პატერნებს, რომლებიც ოჯახის შემადგენელი სუბერთეულების ერთგვარ მუდმივ ურთიერთობებად მონესრიგებას და დალაგებას ემსახურება“ (Umbarger, 1983, გვ. 13). ეს, პატერნების მქონე ურთიერთობები არეგულირებენ ოჯახის საქმიანობას და სისტემას დროის განმავლობაში უცვლელად ინარჩუნებენ.

ამ სტრუქტურის მნიშვნელოვან ნაწილს ქმნის ოჯახური სუბსისტემები. ახლართულ ოჯახურ სისტემას ახასიათებს ცხადი საზღვრების არარსებობა მის სუბსისტემებს შორის და დისტანციის სრული უქონლობა ოჯახის წევრებს შორის. ამის საპირისპიროდ, ზოგი ოჯახური სისტემა შეიძლება დავახასიათოთ, როგორც დაქსაქსული; აქ სუბსისტემებს შორის საზღვრები ხისტი და ოჯახის წევრებს შორის პიროვნული დისტანცია – დიდი. პათოლოგიურად ახლართულ ოჯახურ სისტემას მისი გარემოცვისგან ზედმეტად ხისტი საზღვარი ჰყოფს, მაშინ, როცა დაქსაქსულ ოჯახს შესაძლოა ხისტი შიდა საზღვრების სანაცვლოდ არ გააჩნდეს გარე სამყაროსგან გამომყოფი ცხადი ზღუდე.

ოჯახურ სისტემებში შეიძლება სხვადასხვა დონის ახლართულობა ან დაქსაქსულობა გვხვდებოდეს. სტრუქტურას დისფუნქციურს ხდის ოჯახის უუნარობა, შეცვალოს რომელიმე თავისი ქცევა სიახლემზე მორგების საჭიროების პასუხად:

ოჯახის წევრები ქრონიკულად მომწყვდეულები არიან ურთიერთობათა სტერეოტიპულ პატერნებში, რომლებიც მკაცრად ზღუდავს მათი არჩევანის ფარგლებს, მაგრამ ამის ალტერნატივა არ ჩანს.... კონფლიქტი ნორმალური ფუნქციონირების დიდ არეებს ადგას ჩრდილად. ხშირად ოჯახის ერთი წევრი არის დადგენილი პაციენტი, დანარჩენი წევრები კი თითქოს ემსახურებიან მის ავადმყოფობას... ოჯახს, რომელშიც იდენტიფიცირებული პაციენტი ცხოვრობს, გავლილი აქვს რეიფიკაციის პროცესი, ერთ წევრზე ჭარბად ფოკუსირებით. თერაპევტი ამ პროცესს შეატრიალებს. (Minuchin, 1979, გვ. 10-11)

მინუჩინის თერაპევტული მეთოდი იწყება იმით, რომ კონსულტანტი ერთვება ოჯახურ სისტემაში, მისი კომუნიკაციის სტილის მოზიარე და მიმბაძველი ხდება და ლიდერის პოზიციას იკავებს. მას მერე, რაც კონსულტანტი მოიპოვებს საკმარის ინფორმაციას ოჯახის სტრუქტურის გასაგებად, იწყება ცვლილებების პროცესი. თანდათანობით კონსულტანტი უპირისპირდება ოჯახის შეხედულებას პრობლემის თაობაზე და სიმპტომების მატარებელი ინდივიდიდან ყურადღება ოჯახურ სისტემაზე გადააქვს, შემოქმედებს სუბსისტემის საზღვრებზე, სთავაზობს სინამდვილის ალტერნატიულ კონცეფციებს და წაახალისებს ოჯახის განვითარების მცდელობებს. თერაპიის საბოლოო მიზანი გახლავთ, შეცვალოს ოჯახური სისტემის სტრუქტურა, გახადოს ის უფრო ფუნქციური მისივე გარემოს კონტექსტში.

**კომუნიკაციური მოდელი.** თუ ფსიქოდინამიკური თერაპია GAP-ის მიერ შემუშავებული თეორიული კონტინუუმის A პოზიციას იჭერს, მაშინ კომუნიკაციური მოდელი Z პოზიციაზე მოექცევა. ამ შემთხვევაში, უკვე არსებული თერაპევტული მოდელი კი არ იქნა მორგებული ოჯახთან მუშაობაზე, არამედ – კომუნიკაციური მოდელი სისტემების თეორიის ჩარჩოდან განვითარდა.

ოჯახური ურთიერთობების შესასწავლად სისტემების თეორიის გამოყენების საძიებო სამუშაოების დიდი წილი 1950-იან წლებში კალიფორნიის პალო ალტოში (Palo Alto, California) გრეგორი ბეიტსონის (Gregory Bateson) მიერ ჩამოყალიბებულმა ჯგუფმა წამოიწყო:

ბეიტსონის შრომა გახლდათ ის იარაღი, რაც ოჯახური თერაპიის ყურადღების ფოკუსს ცალკე მდგომარეობიდან გადაიტანდა ოჯახის წევრებს შორის ურთიერთობების განვითარების პროცესზე და ინფორმაციის გაცვლა-გამოცვლაზე. სწორედ ბეიტსონი იყო ის, ვინც აგრეთვე დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდა ცოცხალ სისტემებთან მიმართებაში წრფივი აზროვნების შეზღუდვას.... ამის ნაცვლად ის მოითხოვდა ეპისტემოლოგიურ ცვლილებას – გადასვლას ანალიზის ახალ ერთეულებზე, მიმდინარე პროცესზე კონცენტრირებაზე და ახალი აღწერითი ენის გამოყენებაზე, რომელიც გამოკვეთდა ურთიერთობებს, უკუკავშირით მიღებულ ინფორმაციას და ციკლურობას. (Goldenberg & Goldenberg, 1985, გვ. 6)

ბეიტსონს პალო ალტოში, დაწესებულებაში, რომელიც შემდგომ ფსიქიკური კვლევის ინსტიტუტად (Mental Research Institute) იქცა, ჯეი ჰალი, ჯონ უიკლანდი და

დონალდ ჯეკსონი (Jay Haley, John Weakland, and Donald Jackson) შეუერთდნენ. ამ ინტერდისციპლინურმა გუნდმა შეიმუშავა შიზოფრენიული ოჯახური ურთიერთობების ორმაგი გზავნილის თეორია. მასში გაშლილი იყო ჰიპოთეზა, რომ ოჯახებში, სადაც შიზოფრენიის მქონე წევრები არიან, არსებობს ტენდენცია, ერთმანეთთან კომუნიკაცია ურთიერთგამომრიცხავი გზავნილებით ჰქონდეთ (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956). ოჯახური თერაპიის განვითარების კვალად შიზოფრენიული ორმაგი გზავნილის თეორია თვალსაწიერიდან გაქრა; უფრო მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ის ყურადღება, რომელსაც ის მიაპყრობდა კომუნიკაციის მოდელებს ოჯახების და სხვა ადამიანური სისტემების გასაგებად. დღეს უკვე იოლად მისაღებია, რომ კომუნიკაციას აქვს როგორც შინაარსობრივი, ასევე „ბრძანებითი“ ასპექტები და რომ ეს ბრძანებითი ასპექტები, ანუ მეტაკომუნიკაციები, განსაზღვრავენ ურთიერთობებს.

კომუნიკაციური მიდგომის საუკეთესო მაგალითად ალბათ გამოდგება ჰალეის (Haley, 1976) და მადანესის (Madanes, 1981) სტრატეგიული თერაპია, რომელიც ყურადღებას ამახვილებს ოჯახის წევრებს შორის კომუნიკაციის განმეორებითი პატერნების შეცვლის აქტიურ მეთოდებზე. ჰალეის აზრით, „თუ გვინდა, რომ მკურნალობა სწორად დასრულდეს, ის სწორად უნდა დაიწყოს კიდევ – გადაჭრადი პრობლემის გადალახვით და იმ სოციალური სიტუაციების აღმოჩენით, რაც პრობლემას გარდაუვალს ხდის“ (1976, გვ. 9). თუ პრობლემები ან სიმპტომები სოციალურ კონტექსტში რამე მიზანს ემსახურება, მათი გადაჭრა შესაძლებელი იქნება მხოლოდ ისეთი სტრატეგიით, რომელიც ინტერპერსონალურ ურთიერთობებზე იქნება მიმართული.

მას შემდეგ, რაც პრობლემა თავიდან იქნება განსაზღვრული იმგვარად, რომ მისი გადაჭრა შესაძლებელი იყოს, თერაპევტი შეიმუშავებს სტრატეგიას, რომელიც უნიკალური იქნება კონკრეტული ოჯახური სისტემის საჭიროებისთვის. ამ დროს იგი იყენებს სხვადასხვა მექანიზმებს და განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევს დირექტივების გამოყენებას, რომლებსაც ოჯახებმა თერაპიულ სენსიდან სენსამდე უნდა მისდიონ. დირექტივის ერთი ტიპი, „პარადოქსული დირექტივა“, ოჯახის წევრს ფაქტობრივად ავალებს იმას, რომ გააგრძელოს ქცევა, რომელიც, მოსალოდნელი იყო, ცვლილების სამიზნე გამხდარიყო. თერაპევტი ხელახლა განსაზღვრავს სიმპტომს იმ თვალსაზრისით, თუ რა ფუნქცია აკისრია მას, და სთავაზობს კლიენტს, ეს ქცევა გაგრძელდეს ან გაძლიერდეს. თუ დიდი სიფრთხილით იქნა გამოყენებული, ამგვარად მიცემული პარადოქსული დავალება შეიძლება დაეხმაროს თერაპევტს გამოიწვიოს ცვლილება ისე, რომ წინააღმდეგობა თავიდან აიცილოს. ჰალეის, მადანესის და კომუნიკაციის თეორიის სხვა მიმდევრებისთვის პრობლემის თუ სიმპტომის ამოძირკვის საუკეთესო გზაა, იგი ოჯახური სისტემის სტაბილურობისთვის არასაჭირო გახადოს.

**ბიჰევიორული ოჯახური თერაპია.** ლიბერმანი Liberman, 1981) ოჯახს აღიქვამს, როგორც „ურთიერთგადაჭდობილი, ორმხრივი ქცევების სისტემას“ (გვ. 152) და აღნიშნავს, რომ პრობლემური ქცევები სოციალურ კონტექსტში შეისწავლება და ნარჩუნდება მანამ, სანამ სოციალური სისტემის წყობა მათი გამაძლიერებელი დარჩება:

იმ შემთხვევათა შეცვლა, რომელთა მიხედვითაც პაციენტი იღებს აღიარებას და ზრუნვას ოჯახის დანარჩენი წევრებისგან, იმ სწავლების საბაზისო პრინციპია, რომელიც საფუძვლად უდევს ოჯახურ თუ წყვილთა თერაპიის ეფექტიანობას. სოციალური გაძლიერება ხდება განპირობებული ადაპტური ქცევით, და არა უმართებულო, სიმპტომურ ქცევით. (გვ. 153)

კონსულტანტი ეხმარება ოჯახის წევრებს, განსაზღვრონ ქცევა, რომელსაც ისინი მიუღებლად მიიჩნევენ; მონიშნონ ალტერნატიული მიზნები; და იპოვონ ხერხი ახალი, პოზიტიური ქცევების გასაძლიერებლად, რაც არასასურველ ქმედებებს

ჩაანაცვლებდა. ასევე, ოჯახის წევრები მეტი ალბათობით გამოავლენენ პოზიტიურ ქცევებს, თუ მათი პრაქტიკაში დაკვირვების შესაძლებლობა ექნებათ. ამიტომ, კონსულტანტის როლის მნიშვნელოვანი ნაწილი პოზიტიური ქცევის მოდელირებაც გახლავთ.

ლიბერმანი, სხვა ოჯახის კონსულტანტების მსგავსად, რომლებიც ბიჰევიორულ თუ სოციალური სწავლების მიდგომებს იყენებენ, ყურადღებას მიმართავს კონკრეტულ, გაზომვად ქცევებზე და გარემო შემთხვევებზე, რომლებიც, როგორც წესი, ავითარებენ და ინარჩუნებენ ამ ქცევებს. როცა ბიჰევიორული თერაპევტი ოჯახებთან მუშაობს, ის ისახავს პოზიტიური ქცევის გაძლიერების კონკრეტულ მიზანს და ამის იარაღი ნაწილობრივ მაინც არის სოციალური განყოფილების მიერ შეთავაზებული მოდელის და გაძლიერების პატერნების შეცვლა. ასევე მნიშვნელოვანია კონსულტანტის ძალისხმევა ოჯახის წევრებისთვის უნარების ტრენინგის უზრუნველსაყოფად, რომელშიც ყურადღება გამახვილებული იქნება ეფექტიანი კომუნიკაციის ხერხებზე, სტრესის მართვის ტექნიკებზე და ქცევის შეცვლის თვითკონტროლირებად მეთოდებზე.

საბოლოო ანალიზით, ოჯახური თერაპიის ყველა ეს მიდგომა ცდილობს, მიაღწიოს გაზომვად ცვლილებებს როგორც ოჯახის წევრთა ქცევაში, ასევე ოჯახურ ურთიერთობებში. თუმცა, ალტერნატიულ თვალსაზრისებში განსხვავებული აქცენტებია დასმული, უკლებლივ ყველა აღიარებს ოჯახის, როგორც სოციალური სისტემის მნიშვნელოვნებას, რომელიც კიდევაც ახდენს გავლენას ინდივიდის ქცევაზე და თავის მხრივაც განიცდის მისგან გავლენას. ყოველი ეს მიდგომა იმედს იძლევა, დაეხმაროს ოჯახურ სისტემას იმ ცვლილებების გაღრმავებასა და შენარჩუნებაში, რომელიც მკურნალობამ შეიძლება მხოლოდ წამოიწყოს.

## **ბავლენა ბავშვებზე**

ნივთიერებათა ავადმომხმარების წინაშე მდგომი ოჯახური სისტემებისთვის დამახასიათებელ პრობლემებს მნიშვნელოვანი გავლენა აქვთ ბავშვების განვითარებაზე – ისინი ხომ თავიანთ ყრმობის და მოზარდობის წლებს სიძნელეთა უჩვეულო ნაკრებთან გამკლავებაში ატარებენ. თუმცა ნივთიერებათა ავადმომხმარების წინაშე მდგომი ოჯახები უჭველად განსხვავდებიან ერთმანეთისგან; მათ, როგორც წესი, ახასიათებთ გარკვეული საერთო პატერნები, ყოველ შემთხვევაში, ბავშვის აღზრდის საკითხებში.

მაგალითად, ოჯახებში, რომლებშიც მშობელს ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემები აქვს, სულ ცოტა, ერთ მშობელს მაინც შესუსტებული აქვს უნარები, თანმიმდევრულად და სათანადოდ იყოს ჩართული ბავშვის აღზრდის საქმიანობაში. ალკოჰოლის ავადმომხმარებელი მშობელი, იმის მიხედვით, აქვს თუ არა ალკოჰოლი მიღებული, შეიძლება რადიკალურად განსხვავებულად იქცეოდეს, იყოს ეფექტური ან უსარგებლო, თბილი ან ცივი, ალერსიანი ან დისტანციური. ამ დროს მეორე მშობელიც, პარტნიორის მიერ ალკოჰოლის მოხმარებაზე ყურადღების გადატანის შედეგად, შეიძლება სხვადასხვანაირად ასრულებდეს მშობლის მოვალეობას. ამგვარად, ალკოჰოლის ან ნარკოტიკის ავადმომხმარების პრობლემის მქონე ზოგ ოჯახში მუდმივად და უცვლელად ვერც ერთი მშობელი ვერ ასრულებს მოვალეობას ბავშვის წინაშე.

შეიძლება პრობლემატური იყოს ოჯახური სისტემის სტრუქტურა და საზღვრებიც. ოჯახური ერთეულის შიგნით სუბსისტემებს შორის საზღვრები შეიძლება შესუსტებული იყოს, რაკი მშობლების სუბსისტემის ერთეული დაზიანებულია და ბავშვებს აქვთ ნაკისრი ის, რაც წესით უფროსის პასუხისმგებლობაა. იმავდროულად, საზღვარი ოჯახსა და მის გარემოცვას შორის შეიძლება გადამეტებულად ხისტი იყოს, რაკი ოჯახი ცდილობს, საიდუმლოდ შეინარჩუნოს ალკოჰოლური პრობლემის არსებობა. ამგვარად, ბავშვებს, რომლებსაც არ აქვთ მშობლების მხრიდან მუდმივი დახმარების



გარანტია, შეიძლება დახმარების ოჯახის გარეთ მოძიებაშიც ეშლებოდეს ხელი იმის შიშით, რომ ოჯახში მიღებული გაუმხელობის წესი არ დაირღვეს. ასე ნარჩუნდება ალკოჰოლზე დამოკიდებული პირის ოჯახური სისტემის მყიდვე ჰომეოსტაზი; თუმცა, ამას მსხვერპლად ეწირება ცალკეული წევრების განვითარების და თვითშეფასების ინტერესები.

ასეთ ვითარებაში გაზრდილ ბავშვებთან საჭიროა მუშაობა მათთვის სტაბილურობის და წესრიგის მისაცემად, რაც შინ აკლიათ. ცალკეული ბავშვები ოჯახურ სიტუაციასთან შესაგუებლად სხვადასხვა მექანიზმს მიმართავენ. ზოგ ავტორს და კონსულტანტს მიაჩნია, რომ დისფუნქციური ოჯახებიდან გამოსული ბავშვები ამოცნობადი როლების შემღუდულ რაოდენობას ასრულებენ, რაც მათ ოჯახურ სისტემას მოჩვენებით მონესრიგებულობას სძენს. ამ როლთაგან თითოეულს ინდივიდი იყენებს გამკლავების მექანიზმად, ოჯახური სისტემა კი – ჰომეოსტაზის შესანარჩუნებელ ურთიერთქმედებათა კრებულად.

შესაძლოა, ეს პრობლემის ზედმეტი გამართივება იყოს: განვსაზღვროთ და იარლიყი მივაკრათ ალკოჰოლიკთა ბავშვების მიერ შემსრულებული როლების შემღუდულ რაოდენობას, და ჩავთვალოთ, რომ ეს როლები არსებითად განსხვავდება ნივთიერების არაავადმომხმარებელი მშობლების შვილთა მიერ შესრულებული როლებისგან. თუმცა, მნიშვნელოვანია, გვესმოდეს, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარების წინაშე მდგომ ოჯახებს შეიძლება უძნელდებოდეთ იდეალურ დონეზე ფუნქციონირება და ვალიართ, რომ ასეთ ოჯახებში ბავშვებს შეიძლება მოეთხოვებოდეთ გასამკლავებლად უჩვეულო მექანიზმების შემუშავება.

ბლეკი (Black, 1986) აღნიშნავს, რომ ალკოჰოლიკების შვილებს უხდებათ დიდ სტრესთან გამკლავება, მაშინ, როცა შეიძლება ჰქონდეთ ნაკლები ფიზიკური, სოციალური, ემოციური და ფსიქიკური რესურსები, ვიდრე უფრო ფუნქციონალურ ოჯახურ სისტემებში მცხოვრებ ბავშვებს. შეიძლება ფიზიკურადაც გამოფიტული იყვნენ, რადგან გადაქანცვლები არიან ძილის ნაკლებობით, რადგან აქვთ გაშინაგნებული სტრესი ან იმის გამო, რომ მათ სასტიკად ეპყრობიან. (რასაკვირველია, ისინი შეიძლება ემბრიონული ალკოჰოლური სინდრომის მსხვერპლიც იყვნენ, რაც ალკოჰოლდამოკიდებული დედების შვილებში განვითარების პრობლემებს იწვევს.) შეიძლება შემღუდული ჰქონდეთ სოციალური რესურსიც: მათ უჭირთ შინ სხვა ბავშვების მოყვანა ან თავიანთი ოჯახის შესახებ ინფორმაციის გაზიარება, რამაც შეიძლება დააბრკოლოს თანატოლებთან ახლო ურთიერთობების ჩამოყალიბება. მათ ემოციურ რესურსებს აზიანებს ტკივილი, შიში და უხერხულობის განცდა, რაც ახლავს არასტაბილურ ცხოვრების წესს, ფინანსურ სიძნელეებს, დარღვეულ დაპირებებს, უსიამო შემთხვევებს და მშობლების საჯარო ინტოქსიკაციას. გონებრივ რესურსებსაც კი შეიძლება შეეხოს მშობლების მხრიდან დახმარების ნაკლებობა და სკოლაში რეგულარული სიარულის გაძნელება. ამ სიტუაციაში მყოფი ბავშვებისთვის შეიძლება სასარგებლო იყოს კონსულტანტის მიერ განეული დახმარება და მისი მხარდაჭერა.

ჭერაც ნარკოტიკების გავლენის ქვეშ არსებულ შინაურ გარემოში მცხოვრები ბავშვებისთვის კონსულტაციის განევა კონცენტრირებული უნდა იყოს თანაგრძნობის და მხარდაჭერის შეთავაზებაზე და ეხმარებოდეს კლიენტებს ისეთი გამკლავების უნარების განვითარებაში, რომლებიც ეფექტიანად გამოადგებათ როგორც მიმდინარე სიტუაციაში, ასევე მომავალშიც. იდეალურ შემთხვევაში ეს პროცესი უნდა ეხმარებოდეს ბავშვებს, მოერიონ სიტუაციის გაურკვევლობას და იმავდროულად, დაიცვას ისინი ქრონიკული ემოციური პრობლემების განვითარებისგან.

ერთ-ერთი გზა, რომ კონსულტაცია სწორ გეზზე დადგეს, აუცილებელია კიდევ ერთხელ გავიხსენოთ, რომ მნიშვნელოვანია, ოჯახის წევრებმა თავად დაიწყონ საკუთარ საჭიროებებზე ზრუნვა. ეს მართებულია როგორც ბავშვების, ასევე მოზრდილებისთვის. იმ იზოლაციის პირობებში, რომელიც შეიძლება დამახასიათებელი იყოს ასეთი ოჯახისთვის, მშობლები შვილების დაცვას ცდილობენ



პრობლემების დაფარვის და არასასიამოვნო რეაქციების შესახებ მსჯელობაზე თავის არიდების გზით. ბავშვები სწავლობენ, არ აღიარონ თავიანთი ნეგატიური გრძნობები და ამდენად, გამკლავებისთვის შემუშავებული როლები შეიძლება სულ უფრო ხისტი გახდეს. ბავშვებთან ყველაზე უფრო შედეგიანი მიდგომა შეიძლება იყოს მათი დახმარება, გადავიდნენ იმ პოზიციაში, როდესაც ისინი აქტიურად დაუწყებენ ძებნას მათთვის ასე საჭირო მხარდაჭერას. თუ ისინი იზოლირებული არიან თავიანთ შინაურ გარემოში, კონსულტაცია უნდა დაეხმაროს მათ, ეძიონ სხვებთან ურთიერთობა. თუ ემინიათ საკუთარი გრძნობების, კონსულტაცია უნდა ეხმარებოდეთ, ამოიცნონ და გამოხატონ მანამდე აკრძალული ემოციები. თუ თავიანთ გარემოში თავს ეულად გრძნობენ, კონსულტაციამ უნდა დააჭეროს ისინი, რომ მათ პრობლემებს სხვებიც იზიარებენ. პრობლემური მშობლების შვილებმა უნდა იცოდნენ, რომ ოჯახური სირთულეების გამო ბრალი მათ არ ედებათ და რომ მათი მცდელობა, მოაგვარონ საკუთარი საჭიროებები, არანაირად არ აზარალებს ოჯახის სხვა წევრებს. კონსულტაციის ეს მიზნები ხშირად უფრო წარმატებით მიიღწევა ჯგუფურ გარემოში, სადაც ბავშვები იგებენ, რომ მათი საკუთარი „ოჯახური საიდუმლოებები“ არც იმდენად უჩვეულო რამაა, როგორც აქამდე მიაჩნდათ. ჯგუფური კონსულტაცია უნდა მიჰყვებოდეს სტრუქტურირებულ პროცესს, რომელიც დაეხმარება ოჯახის წევრებს, მეტი შეიტყონ ნივთიერებაზე დამოკიდებულების შესახებ; თუმცა, ეს სცდება აფექტის თავის გართმევის და უნარ-ჩვევების შექმნის ამოცანებს.

## ოჯახისთვის კონსულტაციის განჯვის კომპეტენციები

კლიენტებთან ოჯახურ კონტექსტში მუშაობისას კონსულტანტებს მოეთხოვებათ ჰქონდეთ მრავალმხრივი კომპეტენციები. ადიქციის ტექნოლოგიის ტრანსფერის ცენტრების ეროვნული კურიკულუმის კომიტეტმა (The Addiction Technology Transfer Centers National Curriculum Committee, 2006, pp. 117-119) განსაზღვრა ის ცოდნა, უნარები და ატიუდები, რაც საფუძვლად უდევს ადიქციის პრობლემის მქონე ოჯახებთან წარმატებულ მუშაობას.

### ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის გავლენის ქვეშ მოქცეული ოჯახების, წყვილების და მნიშვნელოვანი პიროვნებების მახასიათებლების და დინამიკის გააზრება

#### ცოდნა:

- ოჯახებში, წყვილებში და მნიშვნელოვან პიროვნებებთან ნივთიერებათა მოხმარებასთან, ავადმომხმარებასთან, დამოკიდებულებასა და აღდგენა/გამოჯანმრთელებასთან დაკავშირებული დინამიკა;
- ურთიერთობის პატერნის გავლენა ნივთიერებათა ავადმომხმარების ქცევაზე;
- ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების ოჯახებზე, წყვილებზე და მნიშვნელოვან პიროვნებებზე გეგავლენასთან დაკავშირებული კულტურული ფაქტორები;
- სისტემების თეორია და დინამიკა;
- ოჯახში ძალადობის ნიშნები და პატერნები;
- ნივთიერებათა ავადმომხმარების ქცევების გავლენა ურთიერთობის პატერნებზე.

#### უნარ-ჩვევები:

- იმ სისტემური ინტერაქციების ამოცნობა, რომლებიც, სავარაუდოდ, გავლენას ახდენენ აღდგენა/გამოჯანმრთელებაზე;
- მნიშვნელოვანი პიროვნებების როლების ამოცნობა კლიენტის სოციალურ სისტემაში;
- ოჯახში ძალადობის შესაძლებლობის, აგრეთვე მისი ნიშნების და სიმპტომების ამოცნობა.

**ატიტუდები:**

- არაკონსტრუქციული ოჯახური ქცევების, როგორც სისტემური პრობლემების ამოცნობა;
- შეფასება, თუ რა როლს თამაშობს სისტემური ურთიერთქმედებები ნივთიერებათა მოხმარების ქცევაზე;
- იმ განსხვავებული კულტურული ფაქტორების აღიარება, რომლებიც გავლენას ახდენს მახასიათებლებსა და დინამიკაზე.

**დიაგნოსტიკის და ინტერვენციის მოდელებში გარკვეულობა და მათი სათანადოდ გამოყენება ოჯახების, წყვილების და მნიშვნელოვანი პიროვნებებისთვის, მათ შორის – ფართო სანათესაოს ან ტომობრივი ოჯახური სტრუქტურებისთვისაც**

**ცოდნა:**

- ინტერვენციის სტრატეგიები, რომლებიც მართებულია ოჯახური სისტემებისთვის პრობლემის განვითარების და გადაჭრის სხვადასხვა სტადიებზე;
- ინტერვენციის სტრატეგიები, რომლებიც მართებულია პიროვნებაზე ძალადობის შემთხვევაში;
- კანონები და რესურსები, რომლებიც პიროვნებაზე ძალადობას უკავშირდება;
- კულტურული თვალსაზრისით მართებული ოჯახური ინტერვენციის სტრატეგიები;
- შესაბამისი და ხელმისაწვდომი შეფასების ინსტრუმენტები ოჯახებთან, წყვილებთან და მნიშვნელოვან პიროვნებებთან გამოსაყენებლად.

**უნარ-ჩვევები:**

- ოჯახებთან, წყვილებთან და მნიშვნელოვან პიროვნებებთან შეფასების ინსტრუმენტების გამოყენება;
- კულტურული თვალსაზრისით მართებული ინტერვენციის სტრატეგიების გამოყენება.

**ატიტუდები:**

- გაცნობიერება, რომ საფუძველი აქვს სისტემის განხილვას იმ რაკურსით, რომლითაც მას კლიენტი ხედავს - ვინაიდან, ჩვენ პატივს ვცემთ პიროვნების უფლებებსა და საჭიროებებს;
- ოჯახებში, წყვილებში და მნიშვნელოვან პიროვნებებს შორის არსებული განსხვავებულობის აღიარება.

**მკურნალობის და აღდგენა/გამოჯანმრთელების პროცესში ოჯახის შერჩეული წევრების ან მნიშვნელოვანი პიროვნებების ჩართვის ხელშეწყობა**

**ცოდნა:**

- შესწავლა იმისა, თუ სათანადოდ როგორ იქნეს გამოყენებული კონფიდენციალობის წესები და რეგულაციები;
- ოჯახის წევრების ან მნიშვნელოვანი პიროვნებების ჩართვის მეთოდები, მათ სანუხარზე ყურადღების გამახვილებით.

**უნარ-ჩვევები:**

- კონფიდენციალობის წესებისა და ნორმების ფარგლებში მუშაობა;
- როგორც პიროვნულ, ასევე სისტემურ სანუხარზე დაფუძნებული მიზნების განსაზღვრა;

- სისტემის წევრებთან სათანადო თერაპიული ინტერვენციის გამოყენება, რაც დადგენილ სამკურნალო მიზნებზე იმუშავებს.

**ატიტუდები:**

- გააზრება, რომ სასარგებლოა სისტემის იმ ცალკეულ წევრებთან მუშაობა, რომლებიც მზად არიან, მონაწილეობა მიიღონ კონსულტირების პროცესში;
- კონფიდენციალობის წესების და ნორმების პატივისცემა.

**ოჯახების, წყვილების და მნიშვნელოვანი პიროვნებების დახმარება, გაიაზრონ ინტერაქცია ოჯახის სისტემასა და ნივთიერებათა მოხმარების ქცევას შორის**

**ცოდნა:**

- ოჯახური ურთიერთობების პატერნის გავლენა ნივთიერებათა ავადმომხმარებაზე;
- ნივთიერებათა ავადმომხმარების გავლენა ოჯახური ურთიერთობების პატერნზე;
- თეორია და კვლევითი ლიტერატურა, რომელიც მოხაზავს სისტემურ ინტერვენციას ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმომხმარების სიტუაციებში, მათ შორის ისეთებში, რომლებიც შეიცავს პიროვნებაზე ძალადობას.

**უნარ-ჩვევები:**

- ოჯახების, წყვილების და მნიშვნელოვანი პიროვნებებისთვის სისტემური პრობლემის კონსტრუქციულად ახსნა;
- სისტემის წევრებისთვის დახმარების განწევა ზიანის მომტანი ურთიერთობების პატერნების ამოცნობასა და მათ შეწყვეტაში;
- სისტემის წევრებისთვის დახმარების განწევა ალტერნატიული ურთიერთობების პატერნების გამოყენებასა და შეფასებაში.

**ატიტუდები:**

- ოჯახების, წყვილების და მნიშვნელოვანი პიროვნებებისთვის კონსულტაციის განწევის სირთულის აღიარება.

**ოჯახების, წყვილების და მნიშვნელოვანი პიროვნებების დახმარება ისეთი სტრატეგიების და ქცევების ათვისებაში, რომლებიც ხელს უწყობს აღდგენა/გამოჯანმრთელებას და ჯანსაღი ურთიერთობების შენარჩუნებას**

**ცოდნა:**

- ოჯახების, წყვილების და მნიშვნელოვანი პიროვნებებისთვის ჯანსაღი ქცევითი პატერნები;
- აღდგენა/გამოჯანმრთელებასთან დაკავშირებული სისტემის საკონსულტაციო სტრატეგიები, რომლებსაც ემპირიული საფუძველი აქვთ;
- აღდგენა/გამოჯანმრთელების სტადიები ოჯახების, წყვილების და მნიშვნელოვანი პიროვნებებისთვის.

**უნარ-ჩვევები:**

- სისტემის წევრებისთვის დახმარების განწევა ისეთი ქცევების განსაზღვრასა და განხორციელებაში, რომლებიც გამიზნულია ნივთიერებათა მოხმარების ქცევის ცვლილებით გამოწვეული კრიზისის დასაძლევად;
- კლიენტების და ოჯახის წევრების დახმარება სათანადო მხარდამჭერ რესურსებთან მათი დაკავშირებით;

- ოჯახის წევრების დახმარება ჯანსაღი ურთიერთობების ხანგრძლივად შენარჩუნებასთან დაკავშირებული ქცევების განსაზღვრასა და განხორციელებაში.

**ატიტუდები:**

- ოჯახებთან, წყვილებთან და მნიშვნელოვან პიროვნებებთან მუშაობისას სხვადასხვა მიდგომების არსებობის აღიარება.

**მულტიკულტურული კომპეტენცია ოჯახურ კონსულტაციაში**

მულტიკულტურული კომპეტენცია ყოველთვის არის საკონსულტაციო პროცესის წარმატების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორი. შედეგიან კონსულტანტებს გააზრებული აქვთ, რომ საკუთარმა ატიტუდებმა და მიკერძოებამ ზოგჯერ შეიძლება ხელი შეუშალოს, რომ კლიენტს კარგად გაუგონ. ისინი ასევე დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ კლიენტის მსოფლმხედველობაზე რაც შეიძლება მეტის შეტყობას. ეს პროცესი განსაკუთრებით გამომწვევის შემცველია ოჯახური კონსულტაციის კონტექსტში. განსხვავებები მსოფლმხედველობაში არასოდესაა ისე დრამატული, როგორც ერთი ოჯახის ცხოვრებაში თავმოყრისას.

მულტიკულტურალიზმის მიმდევარი ოჯახური თერაპევტებისგან ბევრი დამდგარა საჭიროების წინაშე, შეჩერებულიყო და თავიდან გადაეზრებინა საკუთარი შეხედულება იმის შესახებ, თუ სინამდვილეში რას ნიშნავს ოჯახის ცნება. ის დაშვებები, რომლებიც მათ უნივერსალურად მიაჩნდათ, ზოგჯერ, ყურადღებით გამოკვლევისას, აღმოჩნდება, რომ კულტურასთან შეჭიდულია. (Carlson et al., 2005)

სხვა ადამიანების უმრავლესობასაც, როგორც წესი, მიაჩნია, რომ იციან, რა იგულისხმება ტერმინში „ოჯახი“. თუმცა, სინამდვილეში, კონსულტანტებს უწევთ, გაითვალისწინონ კულტურა და განსხვავებულობის სხვა სფეროები ისეთ საბაზისო საკითხშიც კი, თუ როგორ განისაზღვრება ოჯახი. იყო დრო, როდესაც დ.ვ. სიუს და დ.სიუს (D. W. Sue and D. Sue, 1990, გვ. 12) შეეძლოთ, განეცხადებინათ: „საშუალო კლასის თეთრკანიანი ამერიკელი ოჯახად მიიჩნევენ ნუკლეარულ ოჯახს (ქმარი/ცოლი და მათთან სისხლით მონათესავე ბავშვები)“. ისტორიის არსებულ ეტაპზე ეს განსაზღვრება უკიდურესად მოძველებული ჩანს. ოჯახურმა კავშირებმა მრავალი ფორმა მიიღო და ახლა ისიც ვიცით, რომ ის ძირეული დაშვებაა კი – ქორწინება ქალსა და მამაკაცს რომ უნდა მოიცავდეს – არ იყო მართებული. თუმცა, წარსულში ოჯახის ბუნების შესახებ ამ მეტისმეტად შეზღუდულ შეხედულებებს იმდენად ღრმად ჰქონდა ფესვი გადგმული, რომ ამ შეხედულებების მქონე ადამიანებს უეჭველად სწორად მიაჩნდათ. ფაქტობრივად კი ნუკლეარული ოჯახის კონცეპტი არასოდეს ყოფილა ფართოდ მიღებული, რადგან ბევრი კულტურა ოჯახად განსაზღვრავდა ბევრად უფრო ფართო არსობრიობას, რომელიც ხშირად მოიცავდა გავრცობილ სანათესაო სისტემებს.

ისევე, როგორც ნუკლეარული ოჯახის ცნებაა კულტურასთან შეჭიდული, ასევეა იდეებიც, რომ პიროვნული საჭიროებები და სურვილები უნდა გადასწონიდეს ოჯახის ფასეულობებს და რომ მონიფულობა ინდივიდუალიზაციას და განცალკევებას მოითხოვს. შეერთებული შტატების დომინანტ კულტურასთან შედარებით, „თითქმის ყველა უმცირესობის ჯგუფი მეტ ფასეულობად აღიქვამს ოჯახს, ისტორიულ ჩამომავლობას (წინაპრების პატივისცემა), ურთიერთობებს ოჯახის წევრებს შორის და ოჯახის სასიკეთოდ საკუთარი თავის უკანა პლანზე დაყენებას“ (Sue & Sue, 1990, გვ. 123).

თუ კონსულტანტს უნდა, რომ თავი აარიდოს განსხვავებული ფასეულობების მქონე კლიენტებისთვის საკუთარი წარმოდგენის თავზე მოხვევას, მან შეფასების პროცესში ყურადღება უნდა მიაქციოს ოჯახის შესახებ რამდენიმე ძირითად საკითხს, მათ შორის:

- როგორ შემოფარგლავს ეს ოჯახი საზღვრებს?
- გენდერი, ეთნიკური წარმომავლობა, რელიგია და ეკონომიკური კლასი რა ინტერაქციაშია ერთმანეთთან და ამით რა გავლენას ახდენს ოჯახის ფასეულობებზე?
- როგორ ხედავს ოჯახი ბალანსს პიროვნულ და ოჯახურ პრიორიტეტებს შორის?
- რა გზით მოქმედებს წნეხი/შევიწროება ოჯახის ცხოვრებაში?

როდესაც ეს შევითხვები დაისმება და როდესაც კონსულტანტი სერიოზულად გამოიკვლევს საკუთარ მიკერძოებებს, შესაძლებელი გახდება განმსჯელი შეხედულება ოჯახის გაძლიერების პერსპექტივით ჩანაცვლდეს.

## შეჯამება

ინდივიდუალური კლიენტების ეფექტიანი მკურნალობისთვის საჭიროა, კონსულტანტს გააზრებული ჰქონდეს, რომ ნივთიერებათა ავადმობხმარებას უდიდესი ზემოქმედება აქვს პიროვნების სოციალურ ქსელზე და რომ სოციალური გარემო, თავის მხრივ, გავლენას ახდენს ყოველი არსებული პერსონის შენარჩუნებასა თუ გადაჭრაზე. ადამიანები, სხვა ცოცხალი ორგანიზმების მსგავსად, უნდა განიხილებოდნენ ღია სისტემებად, რომლებსაც მუდმივი, ორგანიზებული ურთიერთობა აქვთ თავიანთ გარემოსთან. სისტემის კანონზომიერებით პრობლემის გააზრება კონსულტანტებს დაეხმარა, ყურადღება გაემახვილებინათ წინასწარ განჭვრეტად ურთიერთქმედებებზე, კომუნიკაციისა და უკუკავშირის მონაცვლეობაზე, ურთიერთობების ციკლურად და არა მიზეზ-შედეგობრივად განხილვაზე და ყოველი სისტემის მისწრაფებაზე, ეძიოს ნონასწორობა.

სისტემის ცნებებით აზროვნებამ გააიოლა ნივთიერებათა ავადმობხმარების ოჯახური კონტექსტის გაგება. ოჯახური კონსულტაცია ყურადღების არეში აქცევს ოჯახის ფართო სტრუქტურასა და ურთიერთქმედებებს, და არ ფოკუსირდება ვიწროდ მისი ერთი წევრის პრობლემებზე. ასეთი თვალთახედვა ნივთიერებათა ავადმობხმარების კონსულტანტებს ეხმარება, ოჯახური სისტემა განიხილონ მთლიანობად, რომელიც ცვლილების სამიზნე ობიექტია. ალკოჰოლის ან სხვა ნივთიერებათა ავადმობხმარება შეიძლება ოჯახის ორგანიზაციული სტრუქტურის ღერძად იქცეს; ამ დროს ოჯახის წევრები სწავლობენ, როგორ შეინარჩუნონ ჰომეოსტაზი პრობლემის მქონე წევრის მიერ ალკოჰოლის ან სხვა ნარკოტიკის ხანგრძლივად მოხმარების გარშემო. შესაბამისად, კონსულტანტი უნდა დაეხმაროს ოჯახებს, დაამსხვრიონ ხისტი პატერნები და სიფხიზლის მიღწევის შემდეგ ახალი ნონასწორობა მოიპოვონ.

ყოველი ოჯახის საჭიროება განსხვავებულია იმის მიხედვით, თუ ამ პროცესის რა სტადიაზე იმყოფება. პირველ სტადიაზე, საწყისი სისტემური ცვლილებების მოხდენისას, კონსულტანტი ოჯახის წევრებს ეხმარება, ნივთიერებათა ავადმობხმარების პრობლემას დაუპირისპირდნენ, განზე გაუდგნენ ან დაიწყონ მასზე მუშაობა. მეორე სტადია გულისხმობს ოჯახის ძალისხმევას, მოერგოს ნივთიერებათა ავადმობხმარების შეწყვეტის ფაქტს. ეს უცაბედი ცვლილება, თუმცა კი ის სასურველია, ბევრ ოჯახს კრიზისში აგდებს და აუცილებელს ხდის ახალი გამკლავების მექანიზმების შემუშავებას. და ბოლოს, ოჯახური თერაპია შეიძლება დაეხმაროს ოჯახებს, გააღრმავონ და შეინარჩუნონ ცვლილება ხანგრძლივ პერსპექტივაში. ამჟამად არსებულ მნიშვნელოვან თეორიებს მიეკუთვნება: 1) ფსიქოდინამიკური თერაპია, (2) ემპირიულ/ჰუმანისტური თერაპია, (3) ბოუნური ოჯახური თერაპია, (4) სტრუქტურული ოჯახური თერაპია, (5) კომუნიკაციური მოდელები, და (6) ბიპვეიორული ოჯახური თერაპია.



ოჯახურ სისტემებზე ყურადღების მიქცევას მოჰყვა ნივთიერებათა ავად-  
მომხმარებელ მშობელთა შვილების წინაშე წამოჭრილი პრობლემების წინ წამოწევა.  
ბავშვები მრავალფეროვან როლებს ირგებენ იმისათვის, რომ სტაბილურობა  
მოიპოვონ სიტუაციებში, რომლებიც შეიძლება ქოტური იყოს. კონსულტაციის  
განევა ბავშვებისთვის, რომლებიც ჯერაც მშობლებთან ცხოვრობენ, ძირითადად  
ფოკუსირებულია შფოთვის შემცირებაზე, მიუსაფრობის განცდის შემცირებაზე  
და გამკლავების უნარების განვითარებაზე. ნივთიერებათა ავადმომხმარებელი  
მშობლების მოზრდილი შვილებისთვის კონსულტაციის განწევისას აქცენტი გადა-  
ტანილია ისეთ პრობლემებზე, როგორცაა კონტროლი, დანაშაულის გრძნობა და  
დაგროვილი ბრაზი.

**კითხვები ფიქრისა და განსჯისათვის**

1. მარციას ქმარი, დარელი, სხვადასხვა ნარკოტიკების მძიმე მომხმარებელი  
გახდა და ამის გამო ზედიზედ დაკარგა რამდენიმე სამსახური. რაც უფრო მეტს  
მოიხმარს, მით უფრო ურიგოდ ეპყრობა ცოლს. სიტყვიერი შეურაცხყოფები  
ფიზიკურში გადაიზარდა. მარცია შიშობს საკუთარი და მათი ორი შვილის ბედის  
გამო; ორივე ბავშვი 5 წლამდე ასაკისაა. მას ასევე აშფოთებს ოჯახის ფინანსური  
მდგომარეობაც – მისი, როგორც მდივნის შემოსავალი ძლივს სწვდება ოჯახის  
საჭიროებებს და ის ვერაფრით ეყოფა ძვირადღირებულ ნარკოტიკებს.

მარცია ერთხანს ყველა ღონეს ხმარობდა, დაეშოშინებინა დარელი, იმედი  
ჰქონდა, რომ როგორღაც თავად მოახერხებდა ოჯახის პრობლემის მოგვარებას.  
ბოლოს მიატოვა ქმარი, მაგრამ მხოლოდ იმის გამო, რომ შიშობდა, მამას არ  
ჩაეძინა ის, რაც უნინ არასდროს გაუკეთებია: ბავშვები არ დაეჩაგრა.

მარცია დროებით გადასახლდა თავის მშობლებთან, სანამ ეკონომიკურად  
წელში გაიმართებოდა და ბავშვებს შესაფერის ძიძას უშოვიდა. ბავშვების მოვლაში  
დედა ეხმარებოდა, სანამ მარცია ცალკე ბინის ხარჯს გასწვდებოდა. დარელი კი  
ამასობაში განაგრძობდა ნარკოტიკების მოხმარებას, სანამ, ბოლოს და ბოლოს,  
ქურდობის გამო არ დააპატიმრეს. ეს მისი პირველი დანაშაული იყო. ამიტომ,  
მიეცა შესაძლებლობა, ციხეში ჩაჯდომის ნაცვლად ნარკოდამოკიდებულების  
მკურნალობა აერჩია. მკურნალობა რომ დაასრულა, მარციასთან მივიდა, მას და  
ბავშვებს ბოდიში მოუხადა და ოჯახის გაერთიანება სთხოვა. მარცია დათანხმდა.

ამ ქვისში, მარციამ დაარღვია ოჯახის მიმდინარე პატერნი. შეიძლება,  
ეს ცვლილება გახდა მიზეზი იმისა, რომ დარელმა ნარკოდამოკიდებულების  
მკურნალობა დაიწყო. ახლა, მას მერე, რაც მან შეწყვიტა ნარკოტიკების მიღება  
და ოჯახიც გაერთიანდა, მათ მნიშვნელოვან ცხოვრებისეულ ცვლილებებს უნდა  
გაართვან თავი.

რა მიზეზით შეიძლება, რომ ეს პერიოდი ოჯახისთვის რთული იყოს? თქვენი  
აზრით, რა ხერხებით უნდა მოერიონ მარცია და დარელი „აბსტინენციის კრიზისს“?

2. ჩამოთვლილი თეორიებიდან თითოეულის მიმდევრებმა რა შეიძლება შესთავაზონ  
მარციას და დარელს, რათა მათ ოჯახური სისტემის უფრო ძირეულ, ხანგრძლივ  
ცვლილებას მიაღწიონ?

- ა) სატირის ემპირიულ/ჰუმანისტური თერაპია;
- ბ) შინუხინის სტრუქტურული ოჯახური თერაპია;
- გ) ბიჰევიორული ოჯახური თერაპია.

3. რა გავლენა შეიძლება ჰქონდეს მარციას და დარელის შვილებზე ამ ოჯახურ  
სიტუაციას? თუ მოგეცემოდათ მათთან მუშაობის შესაძლებლობა, როცა ისინი  
დანწყებითი სკოლის ასაკში არიან, რა მიდგომას გამოიყენებდით?

- Ackerman, N. W. (1981). Family psychotherapy-Theory and practice. In G.D. Erickson & T. P. Hogan (Eds.), *Family therapy: An introduction to theory and technique* (2nd ed., pp. 165-172). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Addiction Technology Transfer Centers National Curriculum Committee. (2006). *Addiction counseling competencies: The knowledge, skills, and attitudes of professional practice* (2nd ed.). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Black, C. (1986, March). *Children of alcoholics*. Paper presented at the Conference on Children of Alcoholics, Gestalt Institute for Training, Chicago.
- Bowen, M. (1982). *Family therapy in clinical practice*. New York: Aronson.
- Carlson, J., Sperry, L., & Lewis, J. A. (2005). *Family therapy techniques*. New York: Routledge.
- Fals-Stewart, W., Birchler, G. R., & Kelley, M. L. (2006). Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74 (3), 579-591.
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (1985). *Family therapy: An overview*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. New York: Harper & Row.
- Johnson, V. (1973). *I'll quit tomorrow*. New York: Harper & Row.
- Kolevzon, M. S., & Green, R. G. (1985). Family therapy models: *Convergence and divergence*. New York: Springer.
- Lewis, J. A. (1991). Change and the alcohol-affected family: Limitations of the „intervention.“ *The Family Psychologist*, 7(2), 43-44.
- Liberman, R. (1981). Behavioral approaches to family and couple therapy. In G.D. Erickson & T. P. Hogan (Eds.), *Family therapy: An introduction to theory and technique* (2nd ed., pp. 152-164). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Liddle, H. A. (2002). *Cannabis Youth Treatment Series: Vol. 5. Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users*. DHHS Pub. No. 02-3660. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 12-25.
- Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- McCrary, B. S. (2006). Family and other close relationships. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it* (pp. 166-181). New York: The Guilford Press.
- McCrary, B. S., Noel, N. E., Abrams, D. B., Stout, R. L., & Nelson, H.F. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 459-467.
- Meyers, R. J., Miller, W.R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 1-18.
- Miller, W. R., Meyers, R.J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family

- members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 688-697.
- Miller, W.R., Meyers, R. J., & Hiller-Sturmhofel, S. (1999). The community reinforcement approach. *Health & Research World*, 3(2), 116-120.
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1979). Constructing a therapeutic reality. In E. Kaufman & P. Kaufmann (Eds.), *Family therapy of drug and alcohol abuse* (pp. 5-18). New York: Gardner Press.
- O'Farrell, T. J. (1992). Families and alcohol problems: An overview of treatment research. *Journal of Family Psychology*, 5, 339-359.
- O'Farrell, T. J., & Fats-Stewart, W. (2006). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. New York: The Guilford Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Satir, V. M. (1967). *Conjoint family therapy* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Satir, V. M. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2009). Community reinforcement and family training. In G. L. Fisher & N. A. Roget (Eds.), *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, and recovery*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Smith, J. E., Meyers, R. J., & Austin, J. L. (2008). Working with family members to engage treatment-refusing drinkers: The CRAFT program. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(1/2).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009a). *Brief strategic family therapy*. National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Retrieved May 10, 2009 from [http://nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM\\_ID=157](http://nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=157)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009b). *Multidimensional family therapy*. National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Retrieved May 1, 2009 from [http://nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM\\_ID=184](http://nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=184)
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Szapocznik, J., & Hervis, O. E. (2004). *Brief strategic family therapy training manual*. Miami, FL: University of Miami Center for Family Studies.
- Szapocznik, J., Hervis, O. E., & Schwartz, S. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse*. NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction, Manual 5. NIH Publication No. 03-4751. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Umbarger, C. C. (1983). *Structural family therapy*. New York: Grune & Stratton.
- von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. New York: Braziller.

## კროზრამის დაგეგმვა და შეფასება

იმის მიუხედავად, მკურნალობაზე მიმართული თუ პრევენციაზე, **ნივთიერებათა ავადმოსხმარებასთან დაკავშირებული** პროგრამების წარმატებას ისევე განსაზღვრავს ოსტატურად დაგეგმვა და წარმართვა, როგორც სერვისის მიწოდების ხარისხს. პროგრამა წარმატებულია და მუშაობს, თუ მასში მკაფიოდ განსაზღვრული მიზნები ჩანს; და მარცხს განიცდის, თუ მისი ამოცანები გაფანტულია, აქტივობები ცუდადაა ორგანიზებული ან მიღწევები არ იზომება. კონსულტანტები, სხვა თუ არა, იმითმ მამინც უნდა ჩაერთონ პროგრამის დაგეგმვასა და შეფასებაში, რომ უზრუნველყონ მათი შესანიშნავი კლინიკური პროგრამების არსებობა და ზრდა. პროგრამების ეფექტიანობა დამოკიდებულია მათ შემსრულებლებზე - ვისაც მეტი მგრძნობელობა აქვთ გარე ფაქტორების მიმართ და განაფული არიან დაგეგმვისა და შეფასების პროცესების წარმატებით დაგვირგვინებაში.

### ბარე ფაქტორები

სოციალური სამსახურის ყველა ორგანიზაციაზე გავლენას ახდენს მუდმივად ცვლადი პოლიტიკური და ეკონომიკური ფაქტორები, რომლებიც ამ ორგანიზაციათა საქმიანობის კონტექსტს ქმნიან. ორგანიზაცია თუ პროგრამა მუდამ უნდა ცდილობდეს, მოერგოს ტენდენციებს, რომლების წინასწარ განჭვრეტაც ძნელი იყო. ბოლო წლებში კონტექსტი, რომლებშიც სოციალური უზრუნველყოფის ორგანიზაციები არსებობენ, ისე რადიკალურად შეიცვალა, რომ ზოგჯერ ის გამოცდილ პრაქტიკოსსაც კი სრულიად უცნობი შეიძლება მოეჩვენოს. თანამედროვე ტენდენციები ასეთია:

- შედეგების მიღწევის პასუხისმგებლობაზე ყურადღების გამახვილება ანაცვლებს ტრადიციულ ფოკუსს პროვაიდერის მიერ კონტროლირებად მეთოდებსა და სერვისებზე;
- პრივატიზაცია, კონტრაქტის დადება და ხარჯების დაზოგვის სხვა ფორმები ანაცვლებს კლიენტის მიერ დაფინანსების მექანიზმებს;

- უწყებათშორისი თანამშრომლობის მოთხოვნა, მათ შორის, კავშირები საჯარო და კერძო სექტორის ორგანიზაციებს შორის, ანაცვლებს ავტონომიურ პრაქტიკებს;
- მოლოდინი, რომ პროგრამა სერვისებს მოარგებს პიროვნების წინასწარ მოკვლევულ საჭიროებებს, ანაცვლებს დიდი ხნის განმავლობაში დამკვიდრებულ რუტინას, რაც გულისხმობდა კლიენტის სკრინინგს იმის განსასაზღვრად, „ჭდება“ თუ არა ის არსებული პროგრამის მეთოდებში.
- მარკეტინგი, საზოგადოებასთან ურთიერთობა და მენარმეობა ანაცვლებს სიძველის გამო პატივდებულ ბიუროკრატიულ უნარებს, რომლებიც წარსულში პროგრამების გამწვევი ძალა იყო;
- ემპირიზმი ანაცვლებს ფილოსოფიას, მოქნილობა ანაცვლებს ერთგვაროვნებას და ბიზნეს-ორიენტაციებმა, დიდი შანსია, ჩაანაცვლოს ჰუმანისტური ფასეულობები.

ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პროგრამის შედგენისას ეს ტენდენციები თავს ყველაზე მეტად გამოავლენს სამ ამჟამინდელ მოძრაობაში: (ა)მეტი ყურადღება შედეგების მიღწევის პასუხისმგებლობაზე, (ბ) მართული ზრუნვის უწყვეტად დო-მინირება, და (გ) განთავსების კრიტერიუმის გამოყენება.

## შედეგებზე პასუხისმგებლობა

შერთებულ შტატებში მოზრდილი ადამიანებისთვის მიწოდებული ჯანდაცვის ხარისხის კვლევისას მაკგლინი და თანაავტორები (McGlynn et al., 2003) მივიდნენ დასკვნამდე, რომ განუვლი მომსახურების ხარისხი განსხვავდებოდა იმის მიხედვით, თუ კერძოდ რა იყო სამედიცინო საჭიროება: უმაღლესი მაჩვენებელი უტოლდებოდა რეკომენდებული ზრუნვის 78,7%-ს (ასაკობრივი კატარაქტის მქონე პაციენტებთან), ხოლო დაბალი – რეკომენდებული ზრუნვის 10,5%-ს (ალკოჰოლდამოკიდებულ პაციენტებთან). მაკგლინი და მის კოლეგები (2003) ხაზს უსვამენ ჯანდაცვის დეფიციტის შესამცირებელი სტრატეგიების შემუშავების მნიშვნელოვნებას. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სფეროში უეჭველად ბევრი რამ არის გასაკეთებელი!

ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობის სფეროში, კლიენტთა სა-ბედნიეროდ, ამჟამინდელი პოლიტიკური გარემოს ზენოლის წყალობით ზოგი აუცილებელი ცვლილება შეიძლება უფრო სწრაფად განხორციელდეს, ვიდრე ჩვეულებრივ ხდება ხოლმე. „საკუთესო პრაქტიკებზე“ ყურადღების გამახვილების იდეა შეიძლება მართლაც იქცეს მსჯელობიდან საქმედ და ნებაყოფლობიდან სავალდებულოდ.

რაკი დიალოგი სულ უფრო იკრეფს ძალას, ლაპარაკი მიმდინარეობს იმაზეც კი, რომ ანაზღაურება სამუშაოს ეფექტიანობასთან იყოს შეკავშირებული – იმგვარად, რომ მას, ვინც ყველაზე ოპტიმალურ შედეგს აჩვენებს მინიმალური რესურსებით, ყველაზე მეტი ანაზღაურება მიეცეს. ეს მიდგომა გამოყენებული იქნება ან შესაძლოა იყოს გამოყენებული გულის დაავადებების, თირკმელში კენჭის, დიაბეტის მართვის და მრავალი სხვა დიაგნოზის დროს. დიახ, ის შეიძლება გამოვიყენოთ თუნდაც ადიქციის დროს. და აი, სირთულეებიც აქ იწყება. როგორ უნდა დავიწყოთ კონსენსუსის მიღწევა იმ საკითხში, თუ რა უნდა იყოს მკურნალობის ოპტიმალური შედეგი და შემდეგ როგორ უნდა შედარდეს, ჩვენ პიროვნულად რა წვლილი გვიდევს ამ სტანდარტის მიღწევაში? (ადიქციის მკურნალთა ეროვნული ასოციაცია, National Association of Addiction Treatment Providers [NAATP], 2009b)

NAATP ახალი რეალობის წინაშე აღმოჩნდა: მკურნალთა დაფინანსება შეიძლება მათ წარმატებაზე იყოს დამოკიდებული! იმედისმომცემია გვჯეროდეს, რომ საქმე მართლაც შეიძლება ამგვარად გადაწყდეს. თუმცა, ამავე დროს, სერიოზულ გულგატეხილობას იწვევს იმის ცოდნა, რომ ჯერაც არ არის მიღწეული კონსენსუსი წარმატების კრიტერიუმების განსაზღვრაში.



ხარისხისა და ღირებულების სტანდარტებზე ყურადღების გამახვილების გარდა, მკურნალობის მიმწოდებელ ორგანიზაციებს არ უნდა გამოორჩეთ, რომ პასუხისმგებლობის საკითხთან დაკავშირებული მოძრაობა ვერ მოხდება ჯანმრთელობის საინფორმაციო ტექნოლოგიების (health information technology, HIT) გარეშე. რედჰედი (Redhead, 2009) განმარტავს, რომ 2009 წლის ამერიკის გამოჯანმრთელებისა და რეინვესტირების აქტმა (American Recovery and Reinvestment Act) მიიღო კანონი „ჯანმრთელობის საინფორმაციო ტექნოლოგიები ეკონომიკისა და კლინიკური ჯანმრთელობისთვის“, (HITECH) რომლის მიზანი იყო, „ჯანმრთელობის საინფორმაციო ტექნოლოგიების საყოველთაო გავრცელების ხელშეწყობა, საავადმყოფოებს, ექიმებს და ჯანდაცვის სფეროს სხვა დაინტერესებულ მხარეთა შორის კლინიკური მონაცემების ელექტრონული სახით გასაზიარებლად“ (გვ. 1).

HIT-ის პერსპექტიულობა დევს არა არსებული პრაქტიკის ავტომატიზაციაში, არამედ მის იარაღად გამოყენებაში ჯანდაცვის სერვისის მიწოდების სრულყოფისთვის. HIT მიმწოდებლებს აძლევს შესაძლებლობას უფრო ეფექტიანად გასწიონ ზრუნვა, მაგალითად, იმის ხარჯზე, რომ აღმოიფხვრას ქალაქებში წერის პრაქტიკა და შემცირდეს სადიაგნოსტიკო ტესტების დუბლირება. მისი დახმარებით შესაძლოა, ასევე, ზრუნვის ხარისხის გაუმჯობესება ნარკოტიკების ურთიერთქმედებით გამოწვეული ზიანის შესახებ იმ ექიმების ინფორმირებით, რომელთაც მრავლობითი ჩივილის მქონე პაციენტებთან უწევთ მუშაობა. ამას გარდა, HIT-ის გამოყენება შესაძლებლობას იძლევა შეიქმნას კლინიკური მონაცემების ვრცელი ბაზა – ეფექტიანობის შედარებითი კვლევებისთვის, წარმატებით ჩატარებული სამუშაოს გასაზომად და სხვა საქმიანობებისთვის, რაც ჯანდაცვის ხარისხის გაუმჯობესებას ისახავს მიზნად. (Redhead, 2009, გვ. 1)

განკარგულება ჯანდაცვაში მონაცემების ელექტრონული წარმოების თაობაზე 2004 წლიდან არსებობს და სამკურნალო დანესებულებათა უმრავლესობა უკვე გადასულია ჩანაწერების ელექტრონულ წარმოებაზე.

არც ისე დიდი ხნის წინ, ყველა სამედიცინო ჩანაწერი, მათ შორის, ადიქციურ პაციენტებზე წარმოებული ჩანაწერები, ხელით სრულდებოდა. დიაგნოზი, მკურნალობის გეგმები, მიმდინარეობა, საშტატო ჩანაწერები და ა.შ. ხელით იწერებოდა, ზოგჯერ უზარმაზარ საქალაქო დევეს ავსებდა და პროვაიდერ ორგანიზაციაში რჩებოდა. ხანდახან, ისტორია და სიმპტომების აღწერა, შემდგომი ზრუნვის გეგმა და ზოგი სხვა გვერდიც ამ ჩანაწერებიდან, ფაქსით გადაეგზავნებოდა სხვა პროვაიდერს, რომელსაც პაციენტი მკურნალობისთვის მიმართავდა და სადაც შესაბამისი ფორმები ივსებოდა. (NAATP, 2009a)

დღეს მკურნალობის გამწევ ორგანიზაციებში კომპიუტერები კი ყველგან აქვთ, მაგრამ თანამედროვე ტენდენცია, რომ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაცია ინტეროპერირებად სისტემაში მოექცეს, ახალ, შეცვლილ წესებს გულისხმობს; ვერ ვიტყვით, თითქოს ადიქციის მკურნალობის ქსელი ელექტრონული მონაცემების გაზიარების ავანგარდში იდგეს. NAATP-ს (2009a) აცნობიერებს, რომ ეს პროვაიდერებიც უნდა დაემგზავრონ ამ სწრაფად დაძრულ მატარებელს.

## მართული ზრუნვა

მართული ზრუნვა – ეს არის სისტემა, რომელიც შექმნილია ჯანდაცვის ხარისხისა და ხარჯების საკონტროლებლად ისეთი მეთოდებით, როგორცაა სერვისების მისაწვდომობის შეზღუდვის დაწესება, სერვისის მიმწოდებლის შერჩევა და ხარჯების შემაკავებელი ღონისძიებები. როდესაც არენაზე მართული ზრუნვა გამოდის, „ბუნებრივად ჩნდება დაძაბულობა ფონდების დაზოგვის ფინანსურ მიზანსა და საჭიროების მქონე ყველა ადამიანისთვის სათანადო, ხარისხიანი სერვისის დროულად მიწოდების სამედიცინო მიზანს შორის“ (ნივთიერებათა ავადმომხმარების მკურნალობის ცენტრი, Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 1995a, გვ.1).

მართული ზრუნვის ზოგადი განმარტება შეიძლება მრავალგვარ მოდელს მოიცავდეს. CSAT-ს (1995b) თუ დავეყრდნობით, მართული ზრუნვის მოდელები დროთა განმავლობაში შეიცვალა.

1. მართული ზრუნვის პირველი თაობის მოდელები ფოკუსირებული იყო ხარჯების შემცირებაზე სერვისების მისაწვდომობის ლიმიტის დაწესებით, რაც ხორციელდებოდა ისეთი საშუალებებით, როგორცაა დანიშნულების გადახედვის ზედმეტი სიხისტე, შემწეობის შეზღუდვა და თანაგადახდების დიდი წილი.
2. მეორე თაობის მართული ზრუნვის ორგანიზაციები (MCO) ბენეფიტების მართვას ახორციელებენ. მათი ყურადღება მიპყრობილია მკურნალ პროვაიდერთა ქსელის განვითარებაზე, შერჩევით კონსულტირებაზე, მკურნალობის უფრო საგულდაგულთ დაგეგმვაზე და დანიშნულების გადახედვის ნაკლებად ხისტი პროცესის შემუშავებაზე.
3. მესამე თაობის მართული ზრუნვის ორგანიზაციები კლიენტებზე ზრუნვისთვის ყურადღებას ამახვილებენ მკურნალობის დაგეგმვაზე და მკურნალობ(ებ)ის კურსის განმავლობაში კლიენტების უფრო აქტიურ მენეჯმენტზე. ეს გულისხმობს უწვეტი ზრუნვის მასშტაბების და მთლიანობის გაზრდას და ისეთი სამკურნალო დანესებულებების აქტიურად გამოყენებას, რომლებიც ნაკლებად შემზღუდავი და ამავდროულად, კლინიკურად გამართლებულია.
4. მეოთხე თაობა – ის, რასაც დღეს ვესწრავით – გახლავთ ის, რომ მართული ზრუნვის ორგანიზაციები ზრუნვას მისაღწევ შედეგებზე დაყრდნობით აგებდნენ. ეს მოდელი ცდილობს, ფოკუსი მიმართოს მკურნალობის შედეგებზე, ხოლო პროვაიდერს მინიჭოს ავტონომია იმ გზის არჩევანში, რა მხრივაც მან უნდა მიაღწიოს ამ შედეგებს. (გვ. 1)

მართული ზრუნვა შეიძლება მიწოდებული იქნეს ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის ორგანიზაციების (Health Maintenance Organisations, HMO) მეშვეობით, რომლებიც აწესებენ ერთ ადამიანზე მომსახურების ფასს და მას სხვადასხვა სამედიცინო მომსახურებას უწევენ. ამ მოდელის გამოყენებისას ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მომსახურება, თუკი ის საერთოდ გაენევა კლიენტს, ინტეგრირებულია სამედიცინო ზრუნვის სხვა პროცედურებში. მართული ბიჰევიორული ჯანდაცვის ორგანიზაციები (Managed behavioral health care organizations, MBHO), პირიქით, სპეციალიზდებიან ადიქციასა და ფსიქიკურ ჯანმრთელობაზე ზრუნვაში. აქ კი ვხვდებით კონკრეტულ პრობლემაზე მეტ ფოკუსირებას და მეტ სათანადო ცოდნა-გამოცდილებას, მაგრამ მათი მომსახურება არაა ინტეგრირებული სხვა სამედიცინო სერვისებთან. მართული ზრუნვის მოდელები სულ უფრო მეტად იკიდებს ფეხს საჯარო სექტორის პროგრამებში, როგორცაა Medicare და Medicaid, ასევე – კერძო სექტორშიც.

პოტენციურად, მართული ზრუნვა შეიძლება გარკვეულ პოზიტიურ გავლენას ახდენდეს ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობაზე, მიჰყავს რა ეს დარგი მრავალმხრივ შეფასების, მორგებული მკურნალობის, ემპირიული საფუძვლის მქონე მოდალობების, სათანადო ხარჯეფექტური მკურნალობის და პროვაიდერთა პასუხისმგებლობის მიმართულებით (Lewis, 1997, გვ. 298). იმავდროულად, მართული ზრუნვა გარკვეული საფრთხის შემცველიცაა ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სამსახურებისთვის.

პრობლემებს შორის შეიძლება დასახელდეს ავტორიზებული მკურნალობისთვის სავალდებულოდ ქცეული მძიმე, მოუქნელი სისტემა, ბენეფიტებით მოცვის დაუალაგებელი პოლიტიკა, ხშირი გაჭიანურება და უზარმაზარი „ქალაქის“ სამუშაო, რომელთაგან თითოეულს შეუძლია, მკურნალობისკენ ნაბიჯის გადადგმა გადააფრებინოს ყველას, უკიდურესად მოტივირებული (და შესაძლოა, ყველაზე ნაკლები საშიშროების წინაშე მდგარი) კლიენტის გარდა; აგრეთვე, სულ უფრო გაზრდილი მოთხოვნა, გასაჯაროვდეს მკურნალობის დეტალები, და ამის შედეგად

დარღვეული კონფიდენციალობა – ესაა პრობლემა, რაც შეიძლება ყველაზე მწვავედ სწორედ ადიქციის მკურნალობისას იდგეს. (ადიქციური მედიცინის ამერიკული საზოგადოება, American Society of Addiction Medicine, 1999, გვ. 12)

ცხადია, რომ ის, თუ რამდენად განხორციელდება მართული ზრუნვის პოზიტიური თუ ნეგატიური პოტენციალი, ნაწილობრივ დამოკიდებულია კონკრეტული HMO-ის თუ MBHO-ის ამოცანებსა და ხარისხზე. ის აგრეთვე დამოკიდებულია სერვისის მიმწოდებლის უნარზე, წარმატებით მოერგოს მართული ზრუნვის გარემოს, რომლის მოძლიერებაც შესაძლოა მომავალი წლის საქმე იყოს. CSAT (1995a) წარმოგვიდგენს ნუსხას, რომელიც ჯანდაცვის სერვის-პროვაიდერებს შეიძლება დაეხმაროს, შეაფასონ საკუთარი ორგანიზაციის მზადყოფნა მართული ზრუნვის განსახორციელებლად (იხ. ილუსტრაცია 9.1).

როგორც მზადყოფნის ნუსხიდან ჩანს, მართული ზრუნვის გარემოზე მოსარგებლად ორგანიზაციას აუცილებლად სჭირდება, მისი კლიენტებისთვის მკურნალობის საკმარისი ვარიანტები იყოს ხელმისაწვდომი, რაც გარანტია იქნება, რომ ყოველი კლიენტის საჭიროებაზე სათანადოდ იმუშავებენ.

### **ბანთაპსახის კრიტერიუმები**

მართული ზრუნვის ერთ-ერთი პოზიტიური ასპექტი გახლავთ ის, რომ მათი მემ-ვეობით იზრდება ალბათობა, პიროვნებას რაც შეიძლება ნაკლებად ინტრუზიული მკურნალობა შესთავაზონ. კლიენტის დახმარება ყველაზე ეფექტიანად მაშინ შეიძლება, როცა მკურნალობა ეფუძნება მინიმალურად ინტრუზიულ ალტერნატივას, კლიენტის კონკრეტული სამედიცინო, უსაფრთხოების და მხარდაჭერის საჭიროებების გათვალისწინებით. ამგვარად, თუ კლიენტის ფიზიკური, პიროვნული და სოციალური რესურსები ადეკვატურია, მათ უმჯობესია დაენიშნოთ თვითდახმარება – პროფესიონალური მკურნალობის მიღების ნაცვლად. თუ მკურნალობა საჭიროა, მაშინ ამბულატორიული მკურნალობა სჯობს სტაციონარულს, არასამედიცინო – სამედიცინოს და მოკლევადიანი – გრძელვადიანს. ამბულატორიული კლიენტები მეტი ალბათობით შეძლებენ ეფექტიანი სოციალური კავშირების შენარჩუნებას, ინდივიდუალიზებული, მრავალგანზომილებიანი მკურნალობის მიღებას, და საკუთარ თავსა და გამოჯანმრთელებაზე პასუხისმგებლობის გრძნობის გაზრდას. კლიენტების თვითეფექტურობა იზრდება, როდესაც ისინი სწავლობენ ისეთი სიტუაციების ამოცნობას, რომლებიც პრობლემური ქცევის რისკს ქმნის, და ამ სიტუაციებთან გასამკლავებელ უნარებს იძენენ. რამდენადაც კლიენტი წარმატებით გაართმევს თავს ძნელ სიტუაციას ბუნებრივ გარემოში, მისი თვითეფექტურობის გრძნობა კიდევ უფრო გაუმჯობესდება. როცა კლიენტი მონყვეტილია თავის ჩვეულ გარემოს, ძნელია ამ პროცესის კოპირება. ფაქტობრივად, კოსპიტალიზაციას, რაც კლიენტისთვის ცხოვრების შემარყვევლი მოვლენაა, ცოტა რამ თუ შეუძლია შესთავაზოს მას ისეთი, თავისი მნიშვნელობით დამოუკიდებლობის დაკარგვის შესაძარი რომ იყოს. იმ ადამიანებმა, ვინც დიდხნობით რჩებიან საავადმყოფოებში, შეიძლება აბსტინენციას მიაღწიონ, მაგრამ ამ პროცესში გარკვეულწილად დაკარგონ პირადი სიძლიერე.

**ილუსტრაცია 9.1**

მართული გრუნვის ორგანიზაციების მხადყოფნის საკომეროლო ნუსხა

**სერვისის კომპლექსურობა**

	არა, არანაირი, არასდროს 1	ძალიან შეზღუდვით, არც ისე ხშირად 2	ნაწილობრივ, ხშირად 3	მეტწილად, რეგულარულად 4	დიახ, სრულად, ყოველთვის 5
<b>ზრდასრულ პაციენტებს თუ აწვდით</b>					
1. ცენტრალიზებული სკრინინგის, შეფასების, სტაციონარში მოთავსების და კრიზისული ინტერვენციის სერვისებს?	1	2	3	4	5
2. კომპლექსურ ამბულატორიულ სერვისებს?	1	2	3	4	5
3. ინტენსიურ ამბულატორიულ სერვისებს, ან თუ გაქვთ ძლიერი ქსელური კავშირები ასეთი სერვისების მიმწოდებლებთან?	1	2	3	4	5
4. ნაწილობრივ ჰოსპიტალიზაციის/დღის მკურნალობის სერვისებს, ან თუ გაქვთ ძლიერი ქსელური კავშირები ასეთი სერვისების მიმწოდებლებთან?	1	2	3	4	5
5. მოკლევადიან რეზიდენტულ მკურნალობას, ან თუ გაქვთ ძლიერი კავშირები ასეთი სერვისების მიმწოდებლებთან?	1	2	3	4	5
6. სტაციონარულ მკურნალობას, ან თუ გაქვთ ძლიერი ქსელური კავშირები ასეთი სერვისების მიმწოდებლებთან?	1	2	3	4	5
<b>ბავშვებს და მოზარდებს თუ აწვდით:</b>					
7. ცენტრალიზებული სკრინინგის, შეფასების, სტაციონარში მოთავსების და კრიზისული ინტერვენციის სერვისებს?	1	2	3	4	5
8. კომპლექსურ ამბულატორიულ სერვისებს?	1	2	3	4	5
9. ინტენსიურ ამბულატორიულ სერვისებს, ან თუ გაქვთ ძლიერი ქსელური კავშირები ასეთი სერვისების მიმწოდებლებთან?	1	2	3	4	5
10. ნაწილობრივ ჰოსპიტალიზაციის/დღის განმავლობაში მკურნალობის სერვისებს, ან თუ გაქვთ ძლიერი ქსელური კავშირები ასეთი სერვისების მიმწოდებლებთან?	1	2	3	4	5
11. მოკლევადიან რეზიდენტულ მკურნალობას, ან თუ გაქვთ ძლიერი ქსელური კავშირები ასეთი სერვისების მიმწოდებლებთან?	1	2	3	4	5
12. სტაციონარულ მკურნალობას, ან თუ გაქვთ ძლიერი ქსელური კავშირები ასეთი სერვისების მიმწოდებლებთან?	1	2	3	4	5
<b>სერვისის მახასიათებლები</b>					
13. თუ გყავთ განაფული კლინიცისტი თანამშრომლები სკრინინგისა და შეფასების პროცესების ყველა ასპექტის შესასრულებლად, მათ შორის – თავდაპირველი სატელეფონო კონტაქტების უზრუნველსაყოფად?	1	2	3	4	5

*შემოხაზეთ პასუხი*

- |     |  |   |   |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 14. | თქვენი სერვისი თუ უზრუნველყოფს შეფასების სერვისის და პირველადი განთავსების სწრაფ (1-2 დღეში) ხელმისაწვდომობას?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | თქვენს სერვისი თუა ფოკუსირებული ხანმოკლე ინტერვენციაზე პაციენტთა უმრავლესობისთვის, რაც, მაგალითად, გულისხმობს ექვს-რვა სეანსს, ამბულატორიული ზრუნვის ფორმით?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | თუ გაქვთ შემთხვევის მართვის შიდა სერვისი ყურადღების გასამახვილებლად ხელახლა შემოსულ პაციენტებზე ან სხვებზე, ვისაც მაღალი მოხმარების პატერნი აქვს?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | თუ გაქვთ საიმედო კავშირი პირველადი ჯანდაცვის პროვაიდერებთან საჭირო მკურნალობის უზრუნველსაყოფად?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | თუ არგებთ სტანდარტულ სერვისებს ისეთი კონკრეტული პოპულაციების საჭიროებებს, როგორცაა, მაგალითად, ფსიქიკური პრობლემების მქონე ნივთიერებათა ავადმომხმარებლები, ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები ან ორსული ადიქციური პაციენტები? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | მუდმივად თუ ხდება მომსახურების საჭიროების ხელახლა შეფასება, და მომსახურების გეგმების მოდიფიცირება პაციენტის პროგრესის შესაბამისად?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | თუ არსებობს მიღების, მკურნალობის და განწერის კრიტერიუმები და პერსონალი მუდამ თუ მისდევს მათ?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | მიღების, მკურნალობის და განწერის თქვენი კრიტერიუმები თუ ითვალისწინებს მართული ზრუნვის იმ ფორმათა პრაქტიკის სტანდარტებს, რომლებთანაც კონტრაქტი გაქვთ (ან იმედოვნებთ, რომ გექნებათ)?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | თქვენი სერვისი თუ უზრუნველყოფს სწრაფ მიბმას მკურნალობის მომდევნო ეტაპებთან?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | თქვენი სერვისი თუ აქცევს ყურადღებას ოჯახის ჩართულობას და ბუნებრივი მხარდაჭერის სისტემების, მათ შორის, თვითდახმარების ჯგუფების გამოყენებას?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | თქვენი სერვისი თუ არის მიმართული პაციენტის შედეგებსა და კმაყოფილებაზე?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ხარისხის უზრუნველყოფა (Quality Assurance, QA) და სერვისის გამოყენების მართვა (Utilization Management, UM)**

- |     |  |   |   |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 25. | თუ გაქვთ QA და UM პროცედურები, რომლებიც სამედიცინო პერსონალსაც გააცანით?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. | თქვენ მიერ QA/UM ფუნქციის შესასრულებლად დანიშნული პერსონალი თუ ამონებს სამედიცინო აქტივობებს მიღების, მკურნალობის და განწერის დადგენილი კრიტერიუმების განუხრელად გამოყენების თვალსაზრისით? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



	<i>შემოხაზეთ პასუხი</i>				
27. QA/UM ფუნქციონირებით ინფორმაცია იმდენად სწრაფად მიიღება, რომ მოესწროს კლინიკისთვის შეფასება ზრუნვის განხვევის ეპიზოდში?	1	2	3	4	5
28. QA/UM ფუნქცია თუ მოიცავს მართულ ზრუნვაზე მოთხოვნათა აღრიცხვას და თუ სთავაზობს სტრატეგიას ურთიერთობათა გასაუმჯობესებლად და/ან სერვისის მიწოდების მოდიფიცირებისთვის, რაც უარის თქმის შემთხვევებს შეამცირებდა?	1	2	3	4	5
29. თუ გყავთ QA/UM ფუნქციისთვის საკმარისად გამოყოფილი პერსონალი?	1	2	3	4	5
30. რამდენად არის ანეობილი QA/UM ფუნქცია იმისათვის, რომ წინასწარ ჭვრეტდეს მართული ზრუნვის მუშაკთა მოთხოვნებს, ერთი ნაბიჯით „წინ უსწრებდეს“ მათ?	1	2	3	4	5
31. კლინიკისტები, კლინიკური სუპერვიზორები და მენეჯმენტის წარმომადგენლები - ყველა თუ იღებს QA/UM-ის ანგარიშებს და თუ მოქმედებს მათ შესაბამისად?	1	2	3	4	5
32. QA/UM ფუნქცია მჭიდროდ თუ არის მიბმული თქვენს მართვის საინფორმაციო სისტემაზე?	1	2	3	4	5
33. რამდენადაა QA/UM ფუნქცია ფოკუსირებული პაციენტის შედეგებზე?	1	2	3	4	5
34. პაციენტის კმაყოფილების ანგარიში თუ არის QA/UM-ის რეგულარული ფუნქცია?	1	2	3	4	5

**მართული ზრუნვის და თანამშრომელთა დახმარების პროგრამის (EAP) გამოცდილება**

35. თუ გაქვთ კონტრაქტ(ებ)ი მართული ზრუნვის ფირმებთან ან EAP-ებთან, როგორც შერჩეულ პროვაიდერს?	1	2	3	4	5
36. თუ 35-ე გრაფის პასუხია „დიახ“, რომელიმე თქვენი კონტრაქტი თუ ანაზღაურდება შემთხვევის/ქეისის ან სულალობის (capitation) მიხედვით?	1	2	3	4	5
37. თუ გაქვთ შეთავაზებაში თანამშრომელთა დახმარების პროგრამა, რომელიც შეიცავს კრიზისულ ინტერვენციას, შეფასებას და სერვისთან დაკავშირებას, მეთვალყურეობას სათანადო სერვისის მიღების უზრუნველსაყოფად და ბენეფიტების კოორდინაციას?	1	2	3	4	5
38. თქვენი EAP-ით არის თუ არა გათვალისწინებული კონსულტაციები მენეჯმენტის წარმომადგენლებისთვის პოლიტიკის და პროცედურების წარმართვის საკითხში, ტრენინგები მენეჯერებისა და სუპერვიზორებისთვის, დახმარება კონკრეტული შემთხვევების დროს, თანამშრომელთა განათლება და საორიენტაციო პროგრამები, კრიტიკული შემთხვევების გარჩევა და ანგარიშის წარდგენა სერვისის გამოყენებასა და ეფექტიანობაზე?	1	2	3	4	5
39. თქვენი EAP-ის ბიზნესი თუ გაიზარდა ბოლო 2 წლის განმავლობაში?	1	2	3	4	5

**მართვის საინფორმაციო სისტემები (Management Information Systems, MIS)**

- 40. თუ გაქვთ ისეთი MIS, რომლითაც შეიძლება პაციენტთან დაკავშირებული ინფორმაციის ონლაინ ან ერთ საათზე ნაკლებ დროში მიღება? 1 2 3 4 5
- 41. თქვენს MIS-ს თუ აქვს ინტეგრირებული ფუნქციები კლიენტების შესახებ ინფორმაციის; სერვისის გამოყენების ინფორმაციის; ფინანსური ინფორმაციის, რომელიც კლიენტის მიერ გადახდის ფორმასაც ასახავს; და კლიენტის ისტორიის? 1 2 3 4 5
- 42. რამდენად იძლევა თქვენი MIS შესაძლებლობას, ჩართული იყოს მართული ზრუნვის ორგანიზაციების მოკვლევაში, რომლებიც ერთი წყაროს პასუხს ემყარება? 1 2 3 4 5
- 43. თქვენი MIS რამდენად აწარმოებს ინფორმაციას, რომელსაც იყენებენ კლინიცისტები, სუპერვიზორები და მენეჯმენტის წარმომადგენლები? 1 2 3 4 5
- 44. რამდენად კრავს ერთ მთლიანობად თქვენი MIS სხვადასხვა პროგრამებიდან და საიტებიდან მოპოვებულ ინფორმაციას? 1 2 3 4 5
- 45. თქვენი MIS თუ არის იმგვარად აწყობილი, რომ შესაძლებელი იყოს კლიენტსა და სერვისზე ინფორმაციის მიწოდება ყველა მთავარი მონაწილისთვის? 1 2 3 4 5
- 46. თქვენს MIS-ს თუ შეუძლია პაციენტისთვის ინვოისის მოამზადოს? 1 2 3 4 5

**თანამშრომლები და მათი ტრენინგი**

- 47. თქვენი კლინიცისტი თანამშრომლები თუ თანხმდებიან იმაზე, რომ კლინიკურ გადაწყვეტილებაზე პასუხისმგებლობა მართული ზრუნვის ორგანიზაციის შემთხვევების წამყვანებთან გაიზიარონ? 1 2 3 4 5
- 48. თუ ხდება თქვენი პერსონალის ინფორმირება დაფინანსების და მართული ზრუნვის გარემოს თაობაზე, მათ შორის – მიღების და გაწერის კრიტერიუმებზე? 1 2 3 4 5
- 49. კლინიცისტი და სუპერვიზორი თანამშრომლები კარგად თუ ერკვევიან ხარჯების, მომსახურების ხარისხის, ხელმისაწვდომობის და მართული ზრუნვის საკითხებში? 1 2 3 4 5
- 50. თუ გაქვთ სტაფის ტრენინგების მიმდინარე პროგრამა, რომელიც მოიცავს ხანმოკლე ინტერვენციის უნარებს, პაციენტის შეფასებასა და ხელახლა შეფასებას და ინსტრუქციებს, თუ როგორ უპასუხონ მართული ზრუნვის ორგანიზაციებს? 1 2 3 4 5

**ორგანიზაციული ურთიერთობები**

- 51. რა მოცულობით გაგიხორციელებიათ გადამისამართება და საქმიანი შეთანხმებები სხვა ბიჰევიორული ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან, მაგ., ფსიქიკური ჯანმრთელობისა და ნივთიერებათა ავადმობხმარების პროგრამებთან? 1 2 3 4 5

*შემოხაზეთ პასუხი*

- |     |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 52. | რა მოცულობით გაგიხორციელებიათ გადამისამართება და საქმიანი შეთანხმებები პირველადი ან სპეციალიზებული ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან, მაგ., საავადმყოფოების სასწრაფო დახმარების განყოფილებებთან და ექიმთა ჯგუფების სერვისებთან? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. | რამდენად იყავით ჩართული ეკონომიკურ შეთანხმებებში სხვა ჯანდაცვის ორგანიზაციებთან?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**მმართველი ორგანო და მენეჯმენტი**

- |     |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 54. | თუ გაქვთ სახალშეკრულებო მოლაპარაკების და მართვის საკმაო გამოცდილება?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. | რამდენად არის მმართველი ორგანო ორიენტირებული სერვისის ეფექტიანობასა და ბიზნესის წარმატებაზე?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. | თუ ხართ ამოცდილი სტრატეგიის დაგეგმვაში, გეგმების მოდიფიცირებასა და გაუთვალისწინებელი შემთხვევებისთვის გეგმის შემუშავებაში – ნამოჭრილი შესაძლებლობებისა და გამონეგვების საპასუხოდ?                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. | რამდენად კარგად ინფორმირებული არიან მმართველი ორგანოს წევრები და ზედა რგოლის მენეჯმენტი ჯანდაცვის რეფორმის, მართული ზრუნვის, დაფინანსების ვარიანტების და ორგანიზაციათა შორის შეთანხმებების შესახებ? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. | აწყობილი თუ არის მექანიზმები, რომლებიც იძლევა ბიზნესის შესაძლებლობების საპასუხოდ სწრაფი ცვლილების საშუალებას?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59. | რამდენად იქნება მმართველი ორგანო და მენეჯმენტის რგოლი პროაქტიური და ალღოიანი მართული ზრუნვის ინიციატივებს მიყოლაში?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**მარკეტინგი**

- |     |  |   |   |   |   |   |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 60. | თუ გაქვთ მარკეტინგული გეგმები, რომლებიც გადამხდელებზე, რეფერალის წყაროებზე და ზოგად მოსახლეობაზეა გამიზნული?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61. | საკმაო ადამიანური რესურსი თუ გყავთ გამოყოფილი მარკეტინგის სანარმოებლად?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62. | თქვენი მომსახურების ხაზი რამდენად დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს მწვავე შემთხვევებს და პირველად სერვისებს (გრძელვადიანი, რეაბილიტაციისთვის გამიზნული და მრავალმხრივი ზრუნვის ნაცვლად)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 63. | თუ გაქვთ მომზადებული განაცხადი მართული ზრუნვის შესაძლებლობებზე?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64. | თუ გიკეთებიათ მარკეტინგული პრეზენტაციები თქვენს სფეროში მომუშავე მსხვილი დამქირავებლებისთვის?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65. | თქვენი მომსახურების საფასური ცალკეული ეპიზოდის და სტაციონარში ყოფნის ხანგრძლივობის მიხედვით თუ არის კონკურენტუნარიანი?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ფინანსური ანალიზი**

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 66. რამდენად არის დივერსიფიცირებული თქვენი წლიური შემოსავალი?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67. თუ მოგეპოვებათ საკმარისი ლიკვიდური რეზერვი სულ მცირე, 2-3 თვის სამუშაო ხარჯებისთვის?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68. თუ გაქვთ დაგროვილი (ან შეგიძლიათ, მოიპოვოთ) საკმარისი სარისკო (ვენჩურული) კაპიტალი, მნიშვნელოვან ბიზნეს-იდეებში დასაბანდებლად?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 69. მიაღწიეთ Medicaid-დან შემოსავლების მაქსიმიზაციას?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 70. თქვენი ფისკალური სისტემა, MIS-თან კომბინაციით, თუ იძლევა შესაძლებლობას, გაანალიზებული იქნეს ღირებულება მომსახურების ერთეულის მიხედვით, ზრუნვის ეპიზოდის მიხედვით და დაავადების ტიპის და ფუნქციონირების დონის მიხედვით?      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 71. თუ შეუძლიათ ფინანსური განყოფილების მომსახურეებს, დახმარება გასწიონ ფასნარმოქმნის საკითხებთან დაკავშირებით ხელშეკრულებაზე მოლაპარაკებისას, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც განიხილება სულაღობის მიხედვით გადახდის ხელშეკრულება? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72. თუ შეუძლიათ ფინანსური განყოფილების მომსახურეებს, ოპერატიულად შეადარონ რეალური და მოსალოდნელი შემოსავალი და ხარჯები კონტრაქტის მიხედვით?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ბიზნეს-განყოფილება**

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 73. თუ არის ბიზნეს-განყოფილება გამოცდილი Medicaid-თვის მომსახურების ასანაზღაურებელი ინვოისების შედგენაში, შერჩეულ პროვაიდერ ორგანიზაციებთან კონტრაქტების დადებისთვის, დაზღვევისთვის, პაციენტთა მიერ საფასურის გადახდისთვის, ა.შ.? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74. ბიზნეს-განყოფილება თუ ატარებს სერვისის შიდა აუდიტებს, რათა უზრუნველყოს, რომ განული სერვისების დოკუმენტირება პაციენტის ისტორიებში დამაკმაყოფილებელი იქნება გარე აუდიტისთვისაც?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75. რამდენად არის ბიზნეს-განყოფილების ინვოისების წარმოების ფუნქცია ინტეგრირებული თქვენს MIS-ში?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**პასუხების შეჯამება**

ეს განყოფილება საშუალებას გაძლევთ, გამოიყვანოთ ქულა სფეროების მიხედვით. შეკრიბეთ ცალკეული პასუხების ქულები ყველა შეკითხვაზე 12 სექციიდან თითოეულისთვის. შემდეგ, ჯამი გაყავით ამ სექციაში მოთავსებული კითხვების რაოდენობაზე და ამგვარად გამოიყვანეთ სექციის საშუალო ქულა. ეს საშუალო ქულა დაიტანეთ მარჯვნივ მოთავსებულ, 1-დან 5-მდე სკალაზე.

	ჯამი გაყავით საშუალოზე		ყველაზე სუსტი პოზიცია		ყველაზე ძლიერი პოზიცია	
ზრდასრულთა მომსახურების კომპლექსურობა	6	1	2	3	4	5
მოზარდთა მომსახურების კომპლექსურობა	6	1	2	3	4	5
სერვისის მახასიათებლები	12	1	2	3	4	5
QA და UM სფერო	10	1	2	3	4	5
მართული ზრუნვა და EAP სფერო	5	1	2	3	4	5
მართვის საინფორმაციო სისტემის (MIS) სფერო	7	1	2	3	4	5
თანამშრომლები და მათი ტრენინგი	4	1	2	3	4	5
ორგანიზაციული ურთიერთობები	3	1	2	3	4	5
მმართველი ორგანო და მენეჯმენტი	6	1	2	3	4	5
მარკეტინგი	6	1	2	3	4	5
ფინანსური ანალიზი	7	1	2	3	4	5
ბიზნეს-განყოფილება	3	1	2	3	4	5
ქულათა ჯამი	75	1	2	3	4	5

რასაკვირველია, ზოგი კლიენტისთვის ყოველთვის იქნება საჭირო სხვაზე უფრო ინტენსიური მკურნალობა, განსაკუთრებით, თუ მას სამედიცინო პრობლემები აქვს ან თუ საკუთარ თემში სტაბილური მხარდაჭერის სისტემა არ გააჩნია. ამ დროს პროფესიონალური მზრუნველობის მიმწოდებლის პასუხისმგებლობაა, კლიენტისთვის ხელმისაწვდომ მკურნალობის სხვადასხვა ვარიანტებს შორის გულდასმით შეარჩიოს ყველაზე ეფექტიანი, იმის ნაცვლად, რომ ჩათვალოს, უფრო ინტენსიური მზრუნველობა აუცილებლად უფრო უსაფრთხო ვარიანტი იქნებაო, ან პირიქით, გადანყვეტილება მხოლოდ ფასების ხელსაყრელობაზე დაყრდნობით გამოიტანოს. მკურნალობის შერჩევასა და მთელი რიგი ფაქტორები უნდა იქნეს გათვალისწინებული.

ზრუნვის ინტენსიობის შესახებ ყველა გადანყვეტილების მიღებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს როგორც კლიენტის პირადი დახმარების წყაროები და რესურსები, ასევე ალბათობა, რომ დეტოქსიკაცია შესაძლოა სამედიცინო გადაუდებელ შემთხვევაში გადაიზარდოს. იდეალურ შემთხვევაში, შეფასების პროცესი უნდა ითვალისწინებდეს კლიენტის ფუნქციონირების ყველა ასპექტს, მიგვიძღვებოდეს მკურნალობის იმ ვარიანტთან, რომელიც პიროვნებისთვის რაც შეიძლება ნაკლები ზიანის შემცველია და უნდა იძლეოდეს კლიენტის ფიზიკური კეთილდღეობის გარანტიას.

ადიქციის მკურნალობაში ფართო გავრცელება ჰქონდა პაციენტის განთავსების ASAM-ის კრიტერიუმმა. ესაა პაციენტის მოთავსების კრიტერიუმი, რომელიც



ადიქციური მედიცინის ამერიკულმა საზოგადოებამ (American Society of Addiction Medicine, ASAM) შეიმუშავა (2001a). ASAM-ის კრიტერიუმები განსაზღვრავს მომსახურების რამდენიმე დონეს, რომელთა შორისაა:

- დონე 0.5: ადრეული ჩარევა;
- დონე I: ამბულატორიული მომსახურება;
- დონე II: ინტენსიური ამბულატორიული/ნაწილობრივ ჰოსპიტალური;
- დონე III: რეზიდენტული/სტაციონარული მომსახურება;
- დონე IV: ინტენსიური სტაციონარული სამედიცინო სახის მომსახურება.

ის, თუ რა დონის მომსახურება შეეფერება ამა თუ იმ კონკრეტულ კლიენტს, დამოკიდებულია დანვრილებით შეფასებაზე. პრობლემურ სფეროებს შორის განიხილება ისეთი საკითხები, როგორცაა მწვავე ინტოქსიკაცია, ალკვითის მდგომარეობის ალბათობა, ბიოსამედიცინო კონდიციები, ემოციურ/ბიჰევიორული კონდიციები და გართულებები, მკურნალობის მიმართ მიმღებლობა ან მედეგობა, რეციდივის ალბათობა და საცხოვრებელი გარემო. ეს განზომილებები ქმნის შეფასების საფუძველს, რაზე დაყრდნობითაც შეგვეძლება მივიღოთ საკმაოდ ზუსტი მონახაზი, თუ რა უნდა იყოს მოცემული პიროვნებისთვის მომსახურების ყველაზე უფრო შესაფერისი დონე.

მკურნალობა პიროვნების საჭიროებებზე უნდა იყოს მორგებული და უნდა მისდევდეს ინდივიდუალიზებულ მკურნალობის გეგმას, რომელიც, თავის მხრივ, დაფუძნებული იქნება პაციენტის მრავალმხრივ ბიოფსიქოსოციალურ შეფასებაზე და, როცა ეს შესაძლებელია, ოჯახის კომპლექსურ შეფასებაზეც. ამ შეფასებასა და მას მოყოლილ მკურნალობის გეგმაში ჩამოთვლილი უნდა იყოს პრობლემები, გარემოებები, მეთოდები და განრიგი მკურნალობის მიზნების და ამოცანების მისაღწევად. როგორც სხვა დაავადებების შემთხვევაში, მომსახურების ხანგრძლივობა პირდაპირ უკავშირდება იმას, თუ როგორ რეაგირებს პაციენტი მკურნალობაზე. (ASAM, 1996, გვ. 6)

სრულიად ცხადია, რომ ხისტ ყალიბებში მოქცეული მკურნალობის ერა დასასრულს უახლოვდება. მკურნალობის ინდივიდუალიზებული დაგეგმვა და კლიენტზე მორგებული სერვისები ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობის მეინსტრიმია. ახლა მეტად, ვიდრე ოდესმე, მკურნალობის მიმწოდებლები საგანგებო ყურადღებას უნდა აქცევდნენ მათი მომსახურების დაგეგმვასა და შეფასებას.

## პროგრამის დაბეჭვა

ეფექტიანი მართვის პირველი ნაბიჯია იმ შედეგის განსაზღვრა, რის მიღებასაც ვესწრაფვით. არანაირი მუშაობა არ უნდა დაიწყოს მანამ, სანამ არ განისაზღვრება პროგრამის ამოცანები და არ შეირჩევა მათი მისაღწევი მეთოდები. თუმცა, რეალობაში ბევრი კონსულტანტი ამჟღავნებს ტენდენციას, მეტად იყოს ფოკუსირებული მის მიერ გამოყენებულ საშუალებებზე, ვიდრე მისაღებ შედეგებზე. ისინი საკუთარ მიღწევებს ზომავენ შესრულებული აქტივობების რაოდენობით და სახეობით, იმის ნაცვლად, რომ ამ აქტივობათა საბოლოო ეფექტი შეამოწმონ. პროგრამის დამგეგმავის პირველი კითხვები არ უნდა იყოს - რამდენ კლიენტს მიიღებენ რამდენი ხნის განმავლობაში. თანამედროვე ატმოსფეროში უმთავრესი კითხვა ასე უდერს: კლიენტის ცხოვრებაზე რა გავლენის მოხდენას იმედოვნებს იგი? როდესაც მკურნალი ამ კითხვებით იწყებს, მას სათანადო ინტერვენციის არჩევანი ეხსნება და ნამდვილი კრეატიულობის შესაძლებლობა ჩნდება. საჭიროა, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის კონსულტანტებმა, დახმარების გამწევი სხვა პროფესიონალების მსგავსად, საკუთარი მუშაობა განსაზღვრონ იმის მიხედვით, თუ რა გზით მიაღწევენ წარმატებას რეალური კლიენტის თუ თემის საჭიროებაზე მუშაობაში და იმ მიზნების მიღწევაში, რაც კლიენტს თუ თემს ცვლილებებსაც მოუტანს და გაზომვადიც იქნება.

ეფექტიანი პროგრამის შედგენა დამოკიდებულია ნაბიჯ-ნაბიჯ განხორციელებულ დაგეგმვის პროცესზე, რომელიც შემდეგ საბაზისო კომპონენტებს შეიცავს:

- საჭიროებათა შეფასება;
- სასურველი შედეგების განსაზღვრა;
- ამოცანების მისაღწევად ალტერნატიული მეთოდების შემუშავება და ამ ალტერნატივებს შორის ამორჩევა;
- განხორციელების და შეფასების გეგმების შემუშავება;
- ბიუჯეტის შედგენა.

ეს ნაბიჯები შეადგენს დაგეგმვის ზოგად პროცესს და გამოდგება ისეთი განსხვავებული მასშტაბების აქტივობებისთვის, როგორცაა ორგანიზაციის სტრატეგიის შედგენა, არსებულ პროგრამაში ცვლილებების დაგეგმვა თუ მკურნალობის გეგმის შედგენა კერძო კლიენტისთვის.

**საჭიროებათა შეფასება**

პროგრამის დაგეგმვის პროცესი ყოველთვის უნდა იწყებოდეს საჭიროებების შეფასებით, რაც ჩვენს შემთხვევაში შეიძლება განისაზღვროს, როგორც დაგეგმვის აქტივობა, გამიზნული იმისათვის, რომ აღმოაჩინოს განსვლა თემისა თუ პოტენციური კლიენტისთვის სასურველ და ამჟამად არსებულ ვითარებებს შორის. დამგეგმავებმა უნდა შეაგროვონ მონაცემები არსებული პრობლემებისა და რესურსების შესახებ, სანამ შეუდგებოდნენ ორგანიზაციის თუ პროგრამის ამოცანების ჩამოყალიბებას, რომ არაფერი ვთქვათ კონკრეტული სერვისების მიწოდების დაგეგმვაზე.

**პრობლემის განსაზღვრა.** საჭიროებების შეფასება იწყება მცდელობიდან, განისაზღვროს პრობლემები, რომელთა გადასაჭრელადაც დაპროექტდება/აიგება მომსახურება. დამგეგმავებმა უნდა იზრუნონ ყველა იმ მონაცემის შეგროვებაზე, რაც კი დაეხმარებათ იმის განსაზღვრაში, თუ რა განსვლა არსებობს ამჟამინდელ მდგომარეობასა და უფრო სასურველ სიტუაციას შორის. ნივთიერებათა ავადმომხმარების სფეროში დამგეგმავები, ჩვეულებრივ, ყურადღებას მიმართავენ იმ ინფორმაციის შეგროვებაზე, რაც შეეხება თემში ნარკოტიკების მოხმარების სიხშირესა და გავრცელებას, და მოქმედი სერვისების უნარს, გადაჭრას ეს პრობლემები.

საჭიროებათა შეფასების სტრატეგია იკვლევს, მომსახურების მიწოდების არსებული სისტემა რამდენად უზრუნველყოფს თემის მკურნალობის საჭიროებებს – და ეს განსაკუთრებით ეხება ნივთიერებათა ავადმომხმარების მკურნალობას. როგორც წესი, შევითხვები ისმება იმის გასაგებად, თუ არსებული წამალდამოკიდებულების მკურნალობის პროგრამები რამდენად აკმაყოფილებს თემის საჭიროებებს მომსახურებული კლიენტების რაოდენობისა და ტიპების თვალსაზრისით.

მკურნალობის კუთხით საჭიროებების შეფასების თაობაზე სპეციფიკური კითხვები შეიძლება შეიცავდეს შემდეგს: ნივთიერებათა ავადმომხმარების მკურნალობის პროგრამები თუ მოიცავს თემში ნარკოტიკების მომხმარებელთა მნიშვნელოვან ნილს? ეს პროგრამები თუ ხედავს კლიენტებს, რომლებიც აირეკლავენ თემის წამალმომხმარების მახასიათებლებს? თუ მოიცავს კონკრეტული ნარკოტიკების მომხმარებლებს (მაგ., ოპიატების მომხმარებლებს), რომლებიც თემისთვის პრობლემას წარმოადგენენ?

რადგან საჭიროებების შეფასება შექმნილია თემის საზრუნავის გადასაჭრელად (მაგ., საკმარისია თუ არა წამალდამოკიდებულების მკურნალობაზე გამოყოფილი რესურსები), კვლევის პარამეტრებში თემიც უნდა იყოს ჩართული. დასასმელი კითხვების ფორმირებაში თემის წევრთა ჩართვამ შეიძლება თავიდან აგვაცილოს რისკი, რომ თემის ინტერესები და საზრუნავი არასაკმარისად იქნება გათვალისწინებული. (Brown, 1997, გვ. 1)

პრობლემების განსაზღვრის პროცესში უეჭველად მნიშვნელოვანია ინფორმაცია ნარკოტიკების მიმდინარე მოხმარების და მიმდინარე მკურნალობის ვარიანტების შესახებ, მაგრამ პრაქტიკოსები ხშირად ვერ ამჩნევენ საჭიროებათა შეფასების ამ ასპექტის სირთულეს. თემში ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დაკავებების, მკურნალობაზე მყოფი პიროვნებების თუ ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სასწრაფო გამოძახებების რიცხვის ცოდნა შეიძლება დაგვეხმაროს, საკმაოდ დამაჯერებლად დავამტკიცოთ, რომ აუცილებელია რაღაცის გაკეთება, მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ ამით უეჭველად მივხვდებით, კერძოდ რა უნდა გაკეთდეს. კონსულტანტები და პრევენციის სპეციალისტები ხშირად მუშაობენ იმ დაშვებით, რომ ესა და ეს მოცემული პრობლემა ამა და ამ მოცემული ინტერვენციით შეიძლება გადაიჭრას (მაგალითად, მოზარდების მიერ ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციულად არიდება შესაძლებელია სწორი ინფორმაციის მიწოდებით). თუმცა, სინამდვილეში, ნარკოტიკების მოხმარების მონაცემები დამგვემავებს სახელმძღვანელოდ ვერ გამოადგება, თუ მათ არ ახლავს დოკუმენტაცია, რომელშიც ასახულია დამოკიდებულება ცვლადებს შორის (მაგალითად, ინფორმირებულობასა და ნარკოტიკების გამოყენების დანყებას შორის) და წინა კვლევების შედეგები. მაგალითად, გამოცდილება აჩვენებს, რომ მოზარდებისთვის ნარკოტიკების შესახებ ზუსტი ინფორმაციის მიწოდება ვერ უზრუნველყოფს მათ შორის ნივთიერებათა ავადმოხმარების პრევენციას, და მაინც, ბევრ პრაქტიკოსს დაჟინებით სჭერა, რომ თუ მონაცემები ნარკოტიკების პრობლემის არსებობას აჩვენებს, ეს ავტომატურად მიგვითითებს კონკრეტული აღმზრდელითი მიდგომის გამოყენების საჭიროებაზე.

ამგვარად, ის, რაც ერთი შეხედვით შეიძლება საჭიროებათა შეფასების უიოლეს ნაწილად გვეჩვენოს – თემში ნარკოტიკების მოხმარების რაოდენობის გაზომვა – სინამდვილეში შესაძლოა აღმოჩნდეს რთული ამოცანა, რომელიც პროგრამის დამგვემავისგან მოითხოვს საგულდაგულო დაფიქრებას, სანამ ნარკოტიკების მოხმარებასა და პოტენციურ ინტერვენციებს შორის კავშირს გააბამდეს. კიდევ უფრო მეტი სიფრთხილეა საჭირო, როდესაც გროვდება მონაცემები პრობლემური ქცევის, ფსიქოლოგიური მახასიათებლების ან სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობების შესახებ.

დამგვემავები ამჟღავნებენ ტენდენციას, გასაზომად კონკრეტული ქცევები ან მახასიათებლები აირჩიონ, რადგან მიიჩნევენ, რომ მათი სამიზნე ცვლადები ნამდვილად კორელაციაში არის ნივთიერებათა ავადმოხმარებასთან. ასეთ შემთხვევებში შეიძლება შეიქმნას პროგრამები, რომლებიც გამიზნულია ამ სფეროებში ცვლილებების მოსახდენად ისე, რომ არ არსებობდეს უტყუარი მაჩვენებლები იმისა, რომ ასეთი კორელაციები მართლაც არსებობს. ისევ და ისევ, ასეთი შეცდომები შემცირდება, თუ დამგვემავები წარმოადგენენ თავიანთი ვარაუდების არგუმენტებს, ნარკოტიკების მოხმარებასა და ქცევის სხვა მახასიათებლებს შორის კავშირების დადგენისთვის საფუძვლად პროგრამის თავისებულ შეფასებებს გამოიყენებენ და იზრუნებენ, რომ პროგრამის ყველა ამოცანა მკაფიოდ იყოს გამოკვეთილი.

**შეფასების მეთოდები.** საჭიროებების შეფასებისთვის მთელი რიგი მეთოდები და ინსტრუმენტები არსებობს. კონკრეტული კვლევებისთვის მიდგომის შერჩევა დამოკიდებულია როგორც მონაცემებით გამოხატულ მოთხოვნებზე, ასევე, შესაფერისი ფინანსური რესურსების ქონაზე. ნივთიერებათა ავადმოხმარებასთან დაკავშირებული საჭიროებების გაზომვის ყველაზე უფრო გავრცელებულ მიდგომებს შორისაა თემის გამოკვლევა, სოციალური ინდიკატორების შესწავლა, ადგილობრივი ორგანიზაციების შესწავლა, ღია ფორუმები და მნიშვნელოვანი ინფორმატორების გამოკითხვები.

თემის გამოკვლევა პრობლემებისა და თემის დამოკიდებულების შესახებ პირდაპირი ინფორმაციის შეგროვების საუკეთესო საშუალებას იძლევა. გამოკვლევა შეიძლება ჩატარდეს ან ნიმუშად გამოყოფილ თემის წევრებთან, ან კონკრეტული

სამიზნე ჯგუფის ყველა წევრთან (მაგალითად, კითხვარი გამოყენებული იყოს სკოლის მაღალი კლასების მეორე საფეხურის ყველა წევრის ნარკოტიკების მიმართ დამოკიდებულების განსასაზღვრად) და მოიცავდეს წერილობით კითხვარებს, სატელეფონო ინტერვიუებს ან პირად კონტაქტს. ინსტრუმენტის დიზაინი განსაზღვრავს, თუ მისი გამოყენებით რა ინფორმაციის მოპოვებას შევძლებთ; იგი მნიშვნელოვანს ხდის, რომ იმდენივე ძალისხმევა იყოს ჩადებული კვლევის დაგეგმვაში, რამდენიც – მის ჩატარებაში. კვლევის ტექნიკის ეფექტიანი გამოყენება მოითხოვს უამრავ დროით თუ ფულად რესურსებს და აგრეთვე, დიდ გამოცდილებას. თუნდაც მხოლოდ ამ მიზეზით, კვლევითი მიდგომა ლიმიტირებულად გამოიყენება. ორგანიზაციების უმრავლესობა ჩათვლის, რომ რთულია, ყოველი ახალი პროგრამისთვის მიმართონ გამოკვლევის მეთოდით საჭიროებების შეფასებას. თუმცა, მცირე ორგანიზაციებიც კი უნდა შეეცადონ, საკმაო რეგულარობით გამოიყენონ გამოკვლევის ესა თუ ის ფორმა მაინც, რათა საჭიროებების შესახებ მონაცემები რაც შეიძლება ახალი ჰქონდეს.

თემის ცხოვრების სათანადო ასპექტების შესახებ ინფორმაციის მოპოვებაში სოციალური ინდიკატორებიც გვეხმარება. სოციალური ინდიკატორები – ესაა იმ მახასიათებლების რაოდენობრივი საზომი, რომლებიც შესაძლოა მომსახურების საჭიროებებთან იყოს კორელაციაში. ეს მიდგომა, საჭიროებათა მრავალმხრივ შეფასების გასაკეთებლად, ხშირად გამოიყენება სხვა მეთოდებთან ერთად, რადგანაც დამგეგმავებს შეუძლიათ, მეორადი მონაცემები მოიხმარონ, იმის ნაცვლად, რომ მთელი საჭირო ინფორმაცია პერსონალურად აგროვონ ადგილზე. მას მერე, რაც დამგეგმავები გადაწყვიტენ, თუ რა სახის ინფორმაცია შეიძლება იყოს გამოსადეგი, მათ შეუძლიათ, ადგილობრივი მონაცემები შეაჯერონ ისეთი წყაროების უფრო ზოგად ინფორმაციასთან, როგორცაა მოსახლეობის აღწერის ანგარიშები, სამთავრობო პუბლიკაციები, ნაციონალური თუ ადგილობრივი ორგანიზაციების მიერ შეგროვებული სტატისტიკა და დაგეგმვის თუ ჯანდაცვის დეპარტამენტების მიერ ჩატარებული საჭიროებების შეფასება. მონაცემები დემოგრაფიული მახასიათებლების, სოციო-ეკონომიკური ცვლადების, ჯანდაცვის, განათლების, საბინაო პირობების, საქმიანობის პატერნების, ოჯახური პატერნების, უსაფრთხოების და კანონისმიერი იძულების შესახებ – ყველა ეს თამაშობს როლს იმის განსაზღვრაში, ამ კონკრეტულ გეოგრაფიულ არეალში თუ სამიზნე პოპულაციის წევრებთან სავარაუდოდ რა მომსახურება იქნება საჭირო. ეს მონაცემები, უშუალოდ კლიენტებისგან მიღებული ინფორმაციისგან განსხვავებით, თემის საჭიროებათა არაპირდაპირ ინდიკატორებად გამოდგება. ამგვარად, სოციალური ინდიკატორების სათანადო გამოყენება მოითხოვს არსებული მონაცემების საგულდაგულო ანალიზს იმისათვის, რომ აჩვენოს შესწავლილი ცვლადები ამა თუ იმ გზით მართლაც უკავშირდება თუ არა ნივთიერებათა მოხმარებას ან ავადმომხმარებას.

რეალისტური გეგმების შესადგენად ასევე სასარგებლოა მონაცემთა გამოთხოვა ადგილობრივი ორგანიზაციებისგან. ინტერვიუები და კითხვარები შეიძლება ორი ტიპის კითხვებზე პასუხის მისაღებად გამოვიყენოთ. პირველი: ამჟამად თემში რა სახის დახმარება და რესურსებია ხელმისაწვდომი? და მეორე: სათემო მომსახურებაში რა ხარვეზების არსებობაზე მოითითებენ მომსახურების მიმწოდებლები? უკვე არსებულ და ხელმისაწვდომ პროგრამებზე ზუსტი ინფორმაციის ქონამ შეიძლება ძალიან შეუწყოს ხელი უსარგებლო დუბლირებებს. ამავე დროს, ეს მონაცემები შეიძლება გვიჩვენებდეს იმ სერვისებს, რომლებიც თემის წევრებს სჭირდებათ, მაგრამ არსებული ორგანიზაციები ჯერ ვერ აწვდიან. პროგრამის მენეჯერებს ხშირად სურვილი აქვთ, გამოავლინონ განსაკუთრებული პრობლემები ან კლიენტთა ჯგუფები, რომლებთან მუშაობასაც მათი ორგანიზაციები ვერ ახერხებენ, მაგრამ მნიშვნელოვნად მიიჩნევენ. რასაკვირველია, ინფორმაციის ეს ტიპი ხშირად სუბიექტურია და გამოყენებული უნდა იყოს სხვა შეფასების მონაცემებთან ერთად.

ღია ფორუმები და შეხვედრები თემის წევრებს აძლევს შანსს, გამოთქვან



საკუთარი საჭიროებები და პრიორიტეტები. მდგომარეობა მხოლოდ იმ შემთხვევაშია პრობლემა, თუ ადამიანები მას პრობლემად აღიარებენ. ის ფაქტი, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებებს პროფესიონალები სიტუაციას პრობლემურად აღიქვამენ, აუცილებლად არ ნიშნავს, რომ იმავე სიტუაციას თემიც ასეთად ხედავს. მხოლოდ მთელ თემს შეუძლია გადაწყვიტოს, ნარკოტიკის თუ ალკოჰოლის მოხმარების რა დონეა მისაღები და ნარკოტიკებთან დაკავშირებული რა დონის პრობლემების ატანას თანხმდება. თუ მოცემული პროგრამის განსახორციელებლად თემის დახმარება და რესურსებია საჭირო, პრაქტიკოსებმა უნდა შეიტყონ, სერვისის მიმწოდებელი ქსელის გარეთ მდგომი ადამიანები რა აზრის არიან მოცემულ პრობლემაზე. ამ საკითხის გადაჭრის ერთი გზა ღია ფორუმების და შეკრებების გამოყენებაა. ეს თემის წევრებს აძლევს შესაძლებლობას, საჭიროებების და პრიორიტეტების შესახებ საკუთარი აზრი გამოთქვან. იმის მიუხედავად, მიდგომა მოითხოვს არაფორმალურ შეხვედრებს თუ ოფიციალურ მოსმენებს, თემის სხვადასხვა წევრები შეიძლება წაეპქვოთ, გამოხატონ საკუთარი თვალსაზრისი, რომელსაც სხვანაირად შეიძლება ყურადღება არ მიქცეოდა. შესაძლოა, განვითარდეს ახალი იდეები და პარალელურად, თემში შეიძლება იმატოს პასუხისმგებლობის გრძნობამ ახალი პროგრამის საქმიანობის მიმართ, რაკი მის წევრებს გაუჩნდებათ გადაწყვეტილების მიღების პროცესებში მონაწილეობის შეგრძნება.

თემის საჭიროებების შეფასებაში შეიძლება დიდი როლი ითამაშონ მნიშვნელოვანმა ინფორმატორებმა. ნებისმიერ გეოგრაფიულ არეალში შესაძლებელია ისეთი ადამიანების მოძებნა, რომლებიც, ცნობილია, რომ კარგად არიან ინფორმირებული მოცემული პრობლემის თაობაზე ან კარგად მოეხსენებათ ადგილობრივი შეხედულებები სხვადასხვა საკითხების შესახებ. ეს მნიშვნელოვანი ინფორმატორები შეიძლება იყვნენ სამეზობლოს თავკაცები, პოლიტიკური ფიგურები ან პიროვნებები, რომლებსაც მათი საქმიანობა თემის საჭიროებების მიმართ მგრძნობიარეებს ხდით. დამგვემავებს ამ ფასეულ ინფორმაციულ წყარომდე მისაღწევად შეუძლიათ გამოიყენონ საერთო შეხვედრები, ინდივიდუალური ინტერვიუები ან თუნდაც კითხვარებიც კი; სთხოვონ რესპონდენტებს, გაუზიარონ თავიანთი, აღიარებულად სუბიექტური შეხედულება მიმდინარე პრობლემების და მათ თაობაზე თემის წევრთა აზრის შესახებ. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სფეროში ყურადღება შეიძლება გამახვილდეს საკვანძო ადამიანებზე, ვისაც სამიზნე პოპულაციასთან კონტაქტი აქვს. სუბიექტური თვალსაზრისი ვერასოდეს შეცვლის ობიექტურ მონაცემებს, მაგრამ მნიშვნელოვანი ინფორმატორების ზუსტი ანგარიშები შეიძლება დაგვეხმაროს, დავავინროვოთ შეფასების ფოკუსი – საჭირო მონაცემთა წყაროებზე მითითებით და მათი გაანალიზების გაადვილებით.

მონაცემების შეგროვების ინსტრუმენტების რაც უნდა უნარიანად გამოყენება მაინც ვერ შეაფასებს მთელ საჭიროებებს. შეფასების ინსტრუმენტმა შეიძლება ინფორმაცია შეკრიბოს, მაგრამ პრიორიტეტების დასახვამდე ეს ინფორმაცია უნდა გაანალიზდეს და მსჯელობის საგნად იქცეს. ზუსტი მონაცემების ქონა დამგვემავებს შესაძლებლობას აძლევს, გაანალიზონ მიმდინარე სიტუაცია და პრიორიტეტები რეალობაზე დაყრდნობით განსაზღვრონ. საჭიროებათა შეფასება მიზნების დასახვის შესაძლებლობას იძლევა.

## სასურველი შედეგების განსაზღვრა

მიზნების დასახვა დაგვემავს პროცესის გულისგულია. თუ საჭიროებების შეფასება დამგვემავებს თემის პრობლემების განსაზღვრის შესაძლებლობას აძლევს, მიზნების შერჩევა მათ ეხმარება, გადაჭრის გზების ძიება დაიწყონ.

ხშირად ხდება, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პროფესიონალები საშუალებებზე უფრო ამახვილებენ ყურადღებას, ვიდრე საბოლოო შედეგებზე,



ამტკიცებენ რა, რომ კონკრეტული მომსახურება, და მხოლოდ ეს მომსახურება, მოუტანს კლიენტს სასურველ შედეგებს. სინამდვილეში კი ჩვენ ვერ ჩავთვლით, რომ კონკრეტული მომსახურება ყოველთვის მიგვიყვანს სასურველ შედეგამდე. ამის ნაცვლად, უნდა დავინყოთ კლიენტთან შედეგის მისაღწევი მიზნების დასახვით და შემდეგ რამდენიმე ალტერნატიულ ინტერვენციათაგან რომელიმე შევარჩიოთ. ამგვარად, ეფექტიანი დაგეგმვისთვის არსებითია, ყურადღების ფოკუსში მოვაქციოთ სასურველი შედეგები – ჯერ კიდევ მანამდე, სანამ განვიხილავდეთ, თუ რა ქმედებები მიგვიყვანს ამ შედეგებამდე.

ზოგადად, მიზნები განისაზღვრება, როგორც ღია განცხადებები იმ შედეგების შესახებ, რომელთა მიღწევასაც ცდილობს ორგანიზაცია თუ პროგრამა. ამოცანები უფრო კონკრეტული, შემოფარგლული და გაზომვადია. იდეალურ შემთხვევაში, პროგრამის ყველა ამოცანის შესრულება გულისხმობს, რომ მისი ზოგადი მიზნები მიღწეულია. თუმცა, უფრო ნაკლებ მნიშვნელოვანია მიზნებსა და ამოცანებს შორის განსხვავების განსაზღვრა, ვიდრე იმის უზრუნველყოფა, რომ პროგრამის აქტივობების შერჩევა რაღაც გამოცხადებულ შედეგზე დაყრდნობით ხდებოდეს. შედეგები უნდა ჩამოყალიბდეს მკაფიოდ, უნდა იყოს რეალისტური და შეიძლებოდეს მათი გაზომვა.

მას მერე, რაც დაიდება შედეგის კონკრეტული და რეალისტური ფორმულირება, დამგეგმავებს შეუძლიათ, დაიწყონ ქმედებების/აქტივობების მიმდევრობის განსაზღვრა, რომელიც, სავარაუდოდ, სასურველ მიღწევას უზრუნველყოფს. როდესაც პროგრამის დაგეგმვას საფუძვლად მკაფიოდ განსაზღვრული ამოცანები უდევს, მასზე დაშენებული აქტივობები უფრო ინოვაციურია, ვიდრე მაშინ, როდესაც დამგეგმავები გარკვეულ მომსახურებას სავალდებულო ელემენტად მიიჩნევენ. მეტიც, დაგეგმვის ეტაპზე სათანადო შედეგის ფორმულირება აიოლებს შეფასებას იმით, რომ იძლევა გაზომვად სტანდარტებსა და ნიშანსვეტებს.

## ალტერნატივათა შეფუძავება და შერჩევა

როდესაც ამოცანები მკაფიოა, დამგეგმავებს შეუძლიათ, განსაზღვრონ მათი მისაღწევი ალტერნატიული მეთოდები, იდეალურ შემთხვევაში, განიხილონ ვარიანტების ფართო სპექტრი, სანამ პროგრამის ფოკუსს დაავიწროვებდნენ. მაგალითად, გონებრივი იერიშით შეიძლება მრავალი ალტერნატივის მოფიქრება. ჩამოთვლილი აქტივობებიდან ბევრი შეიძლება ერთი შეხედვით არაპრაქტიკული ჩანდეს, მაგრამ ამ ეტაპზე ჯერ არნაცადი მიდგომებიც ისევე უნდა იყოს განხილვის საგანი, როგორც უფრო მიღებული მეთოდები. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სფეროს ერთ-ერთი პრობლემა გახლავთ შეხედულება, რომ მკურნალობაში აუცილებლად უნდა იყოს ჩართული პროცედურათა გარკვეული ნაკრები. ინტერვენციათა სტანდარტულ პაკეტზე მუდმივად დაყრდნობა შეიძლება ხელს გვიშლიდეს, ვიყოთ იმდენად კრეატიულები, რამდენადაც ამას სულ უფრო მეტად პეტეროგენული კლიენტურის საჭიროებები მოითხოვს. გადანყვეტილებათა მიღება ხარისხიანად მაშინ ხდება, თუ დამგეგმავი რაც შეიძლება ბევრ ალტერნატივას აყალიბებს, განიხილავს თითოეულის პოტენციურ შედეგებს, მოიძიებს ყველა მონაცემს, რაც კი შეიძლება საკითხის რელევანტური იყოს, და მუდამ გახსნილია ახალი ინფორმაციისთვის. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სფეროში მკურნალობის უფრო ეფექტიან ალტერნატივათა გარდაუვალი საჭიროება არსებობს. აქამდე დაგეგმვის პროცესი, როგორც წესი, რამდენიმე მეტ-ნაკლებად მისაღებ მეთოდს ეფუძნებოდა. პროგრამის დაგეგმვაში ჩართული ადამიანები რაც შეიძლება, მეტ ალტერნატივას უნდა განიხილავდნენ, ანონ-დაწონიდნენ და მხოლოდ საუკეთესო შესაძლებელი ვარიანტის პოვნისას წყვეტდნენ ძიებას. ჩვენ გვჭირდება მიდგომა, რომელიც ინოვაციას მისცემდა ასპარეზს.

## განხორციელების და შეფასების გეგმების შემუშავება

მას მერე, რაც დამგეგმავები დაასრულებენ საჭიროებათა შეფასების, მიზნების დასახვის და აქტივობების შერჩევის ეტაპებს, მათ შეუძლიათ, შეიმუშაონ გეგმების განხორციელების მექანიზმები. ამ საფეხურზე მათ უკვე ხელთ უნდა ჰქონდეთ მიზნების ზოგადი ფორმულირება, კონკრეტული ამოცანების ჩამონათვალი და ყოველი ამოცანის განსახორციელებლად შერჩეული მომსახურებები ან ზუსტად განსაზღვრული მეთოდების პაკეტი. ყოველი დასახელებული მომსახურება გარკვევით უნდა იყოს შედგენილი ზუსტად განსაზღვრული ამოცანის შესასრულებლად; უნდა გაუქმდეს ყველა ის აქტივობა, რომელიც ვერ ესადაგება ამოცანათაგან რომელიმეს. ყველა მომსახურება, რომელიც კი გადალახავს ამ საბოლოო ტესტს, განხორციელების გეგმის პუნქტად უნდა იქცეს. ამ ეტაპზე დასასმელი კითხვები შემდეგია:

- რა კონკრეტული ამოცანები/სამუშაოები უნდა ჩატარდეს?
- ამ სამუშაოების განსახორციელებლად რა პერსონალია საჭირო?
- როგორია გონივრული სამიზნე ვადები თითოეული სამუშაოს შესასრულებლად?
- რა რესურსები გვჭირდება ჩვენი მიზნების მისაღწევად?

ამ კითხვებზე პასუხები გვაძლევს გეგმის განსახორციელებელ ჩარჩოს, რომელშიც განსაზღვრულია, ვინ რომელ აქტივობებს შეასრულებს, როდის, და რა რესურსებით.

შეფასებისთვის გეგმის შედგენის პროცესი სანყისი პროგრამის შემუშავების პროცესის პარალელურად მიმდინარეობს. სანამ პროგრამა ყალიბდება და შესაბამისი გადანყვეტილებები მიიღება, ამასობაში დამგეგმავები განიხილავენ იმასაც, თუ რა მეთოდების გამოყენებით შეძლებენ მიზნობრივი მომსახურების წარმატებათა შეფასებას. ამოცანები, რომლებიც მკაფიოდ განისაზღვრა პროგრამის ეფექტიანობის ინტერესებიდან გამომდინარე, ასევე მიუთითებს ეფექტიანი შეფასების ხერხისკენ. თუ შეფასების კრიტერიუმები განსაზღვრულია, დამგეგმავებს შეფასების ჩატარების გეგმის შედგენაც შეუძლიათ, თუკი გადანყვეტენ, რა მეთოდებს შეარჩევენ მონაცემების უწყვეტად შესაგროვებლად.

## ბიუჯეტის შედგენა

დაგეგმვის პროცესს არ შეიძლება ჩამოვაცილოთ ბიუჯეტის შედგენის პროცესი. პროგრამა - თემის საჭიროებებზე სამუშაოდ იქმნება, ბიუჯეტი კი, უბრალოდ, იდევებს ფულის ენაზე თარგმნის.

თავისთავად, ბიუჯეტი, უბრალოდ სამუშაო გეგმების პროექციაა; ის, ჩვეულებრივ, ერთი წლის ვადით განისაზღვრება; მასში გეგმები გადმოცემულია სხვადასხვა აქტივობებში ფინანსების განთავსების კუთხით. ბიუჯეტი, ეხმარება თუ აბრკოლებს ორგანიზაციის ძალისხმევას მიზნების მიღწევაში, დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენადაა იგი გათვალისწინებული და აღქმული პროგრამის დამგეგმავების დამხმარე იარაღად... ანუ, ბიუჯეტი უნდა იყოს დაგეგმვის მსახური და არა ბატონი. (Lewis, Packard, & Lewis, 2007, გვ. 170)

წლიური ბიუჯეტის შექმნა დამოკიდებულია მომდევნო წელს მოსალოდნელი შემოსავლებისა და საჭიროებების წინასწარ განჭვრეტაზე. საბიუჯეტო საჭიროებების ანალიზი მოიცავს უკვე შედგენილი განხორციელების გეგმების საგულდაგულო განხილვას და უკვე შერჩეული აქტივობების ღირებულებების ზუსტ შეფასებას. თუ ბიუჯეტის შედგენას საფუძვლად ეს ანალიზი ედება, მაშინ ბიუჯეტი გამოდის ის, რაც წესით უნდა იყოს: გადანყვეტილებების მიღების იარაღი, რომელიც მიზნებს რეალობად აქცევს.

## შეფასება

შეფასების მიზნები: (1) შევატყობინოს, მომსახურება იმგვარად თუ განხორციელდა, როგორც მოსალოდნელი იყო და (2) განსაზღვროს, ამ მომსახურებების მეშვეობით კლიენტმა და თემმა თუ მიიღო სასურველი შედეგები. ამ სხვადასხვა განზრახვათა განხორციელება ორი ტიპის შეფასებას მოითხოვს. პროცესის შეფასება განიხილავს ორგანიზაციის ქმედებებს, რათა განსაზღვროს, პროგრამები მართლაც გეგმების და მოლოდინების მიხედვით თუ მუშაობს; შედეგების შეფასება კი ცდილობს, დაადასტუროს მომსახურებათა გავლენიანობა და ამისთვის ზომავს, თუ რამდენად შეიცვალა კლიენტი პროგრამის ჩარევის შედეგად. ქმედითი შეფასების გეგმა ამ ორივეს ელემენტებს შეიცავს.

## პროცესის შეფასება

პროცესის შეფასება გულისხმობს იმ ინფორმაციის შეგროვებასა და ანალიზს, რომელიც ადასტურებს, რომ დაგეგმილი მომსახურება თანმიმდევრულად მიწოდდა სათანადო რაოდენობის და ტიპის კლიენტებს. რამდენადაც მნიშვნელოვანია გაგება, შესარულა თუ არა პროგრამამ თავისი საბოლოო მიზნები, ასევე აუცილებელია გარკვევა, თუ რა გზით იქნა მიღწეული ეს მიზნები. თუ გვინდა, რომ წარმატებული პროგრამა სადმე განმეორდეს ან ნაკლებად წარმატებული პროგრამა შეიცვალოს, მომსახურების მიმწოდებელმა ზედმიწევნით უნდა იცოდეს, თუ რა მომსახურებები იყო შეთავაზებული. პროცესის შეფასება პროგრამის დამგეგმავებს აძლევს საშუალებას, იცოდნენ, მიწვდნენ თუ არა დაგეგმილი რაოდენობის კლიენტებს და ემთხვეოდა თუ არა მოლოდინებს მომსახურების დონე და ხარისხი. ეს ინფორმაცია შედეგების შეფასებას უფრო ბევრის მთქმელს ხდის, რაკი განსაზღვრავს, მომსახურების რა რაოდენობის, ტიპისა და რანგის მეშვეობით დადგა მიღწეული შედეგი.

პროცესის შეფასება შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, როცა დამგეგმავებს პროგრამის ცხადი და გაზომვადი ამოცანები აქვთ განსაზღვრული. როდესაც ეს ამოცანები თვალსაჩინოა, შესაძლებელი ხდება პროგრამაზე დაკვირვება და გაგება, სვლა ამოცანების მიღწევისკენ სათანადოდ მიმდინარეობს თუ არა. რასაკვირველია, წარმატებული მონიტორინგი დამოკიდებულია კარგი საინფორმაციო სისტემის არსებობაზე. სხვაგვარად როგორ გავიგებდით, თუ რა მომსახურებები ჩატარდა, ვის მიერ, ვისთვის, დროის რა პერიოდში და რა ფასად? გაზომვადი შედეგების/ მიღწევების შედარება ამოცანებთან ნათელს ჰფენს, პროგრამის აუცილებელი გაუმჯობესებისთვის რა გზა უნდა ავირჩიოთ. მხოლოდ ამ შემთხვევაში გახდება ჭეშმარიტი პასუხისმგებლობა პროგრამის კულტურის ნაწილი.

**მიზნები და ამოცანები.** იმის გამო, რომ პროცესის შეფასება დამოკიდებულია შემფასებლის შესაძლებლობაზე, განსაზღვროს დაგეგმილ აქტივობებსა და რეალურ მიღწევებს შორის არსებული განსხვავება, მისი ჩატარება შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, თუ პროგრამის ამოცანები მკაფიოა და გაზომვას ექვემდებარება. პროგრამის ყოველი მიზანი ზუსტად უნდა განსაზღვრავდეს გარკვეულ კონდიციებს, რისი მიღწევაც პროგრამული ოპერაციებით შეიძლება; ამასთან, შესაძლებელი უნდა იყოს ყოველი მიზნის დანაწევრება რაოდენობრივად განსაზღვრად ამოცანებად. განიხილეთ ქვემოთ მოცემული ჰიპოთეტური მაგალითი, რომელიც თემის საინფორმაციო და რეფერალურ (გადამამისამართებელ) სააგენტოს ეხება. ვთქვათ, ამ სააგენტომ ჩაატარა საჭიროებების შეფასება და შედეგად მიიღო, რომ სამიზნე თემში ცხოვრობს დაახლოებით 2000 ალკოჰოლდამოკიდებული ადამიანი სილატაკის ზღვარზე ან მის ქვემოთ, რომლებიც არანაირ მომსახურებას არ იღებენ. პროგრამის მიზანია, 3 წლის განმავლობაში სილატაკის ზღვარზე ან მის ქვემოთ მყოფი 2000

ალკოჰოლდამოკიდებული ადამიანი გადაამისამართოს შესაბამის ფინანსურ, სარეაბილიტაციო და ოჯახურ სერვისებთან.

მას მერე, რაც განსაზღვრული იქნება ასეთი პროგრამის მიზანში შემავალი ყველა ტერმინი (რას გულისხმობს „ალკოჰოლდამოკიდებული“? რა არის თემის საზღვრები? რა პარამეტრებით დადგინდება სილატაკის ზღვარი?), დამგეგმავებს შეუძლიათ გადაწყვიტონ, დროის რა მონაკვეთებში რა აქტივობები უნდა ჩატარდეს, თუ გვინდა, რომ ამოცანა შესრულდეს. მოყვანილ მაგალითში, პროგრამის პირველი წლის პირველი 4 თვის მიზნები შეიძლება ასე გამოიყურებოდეს:

- 3 თვეში თემში ყველა სათანადო სერვისის დადგენა;
- 2 თვეში რეფერალური სამსახურისთვის საჭირო ობიექტების დაარსება და აღჭურვა;
- 2 თვეში რეფერალსა და ადმინისტრირებაზე მომუშავე პერსონალის დაქირავება და მათი ტრენინგი;
- 3 თვეში ოპერატიული პროგრამის დასრულება;
- 4 თვეში ყველა რეფერალურ ორგანიზაციასთან კავშირის დამყარება.

ასეთი ამოცანები გამოშვადი მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება იყოს, თუ ცხად კრიტერიუმებსა და სტანდარტებს შეიცავს. კრიტერიუმი გახლავთ ის, რაც უნდა გაიზომოს; სტანდარტი არის სასურველი რაოდენობა ან ხარისხი. მაგალითად, ზემოთ ჩამოთვლილთაგან პირველი ამოცანა განიზრახავს 3 თვეში თემში ყველა სათანადო სერვისის დადგენას. ერთი კრიტერიუმი „სერვისი“ შეიცავს რამდენიმე სტანდარტს: „ყველა“, „სათანადო“ და „თემში“. მეორე კრიტერიუმი გახლავთ დრო, და აგრეთვე ახლავს განსაზღვრული სტანდარტი: „3 თვე“. თუ წინდანი ყველა კრიტერიუმი და სტანდარტი ნათლად არის განსაზღვრული, შეფასებას შეუძლია, შეუფერხებლად განსაზღვროს, მიღწეული იქნა თუ არა მიზანი.

ეს დროში ორიენტირებული ამოცანები შესაძლებელს ხდის პროცესის შეფასება უწყვეტად მიმდინარეობდეს, იმის ნაცვლად, რომ წლიურ ანგარიშს ველოდოთ. თუ 4 თვის მიწურულს არ იქნება დასრულებული კავშირების დამყარება ყველა რეფერალურ ორგანიზაციასთან, მენეჯერებს შეეძლება, გააანალიზონ სიძნელეები და რამე იღონონ ან ამ ურთიერთობათა გასაუმჯობესებლად, ან გეგმები სამომავლო ქმედებებზე გადააწყონ. ორგანიზაციებში, რომლებსაც არ გააჩნიათ ცხადი, დროში ორიენტირებული ამოცანები, ასეთი პრობლემები შეუმჩნეველი რჩება და საბოლოო მიზნების გადაწყვეტაში ხელის მოცარვას ხშირად ახსნა არ ეძებნება.

**მართვის სანფორმაციო სისტემები.** კრიტერიუმები და სტანდარტები, რომლებიც ფორმას აძლევენ თითოეულ ამოცანას, აუცილებლად მიგვიყვანს პროგრამის მიღწევების გასაზომად საჭირო ინფორმაციის საკითხამდე. მაგალითად, ადრე განხილულ, ჰიპოთეტურ ინფორმაციას და რეფერალურ სააგენტოს ერთ-ერთ თავის მიზნად დასახელებული ჰქონდა სილატაკის ზღვარზე ან მის ქვემოთ მცხოვრები ალკოჰოლიკების გადაამისამართება. შესაბამისად, თითოეული კლიენტისგან თანმიმდევრულად მოპოვებული უნდა იქნას ინფორმაცია შემოსავლების შესახებ, რათა განისაზღვროს, მიიღწევა თუ არა წვდომა განსაზღვრულ სამიზნე პოპულაციაზე. კლიენტის შესახებ ამ ტიპის ინფორმაცია საჭიროა იმის დასადგენად, მიწოდება თუ არა სერვისის სამიზნე ჯგუფს, სერვისის მიწოდების ინფორმაცია კი საჭიროა იმის განსაზღვრად, მკურნალობა რამდენად გეგმის თანახმად ტარდება.

ამგვარად, შეფასებისთვის საჭირო მონაცემები შეიძლება დადგინდეს ყოველი კონკრეტული ამოცანის გამოკვლევით და მისაღწევი კრიტერიუმებისა და სტანდარტების გამოკვეთით. მას მერე, რაც ჩამოყალიბდება ინფორმაციული მოთხოვნები, დამგეგმავებს შეეძლება, იოლად გადაწყვიტონ, თუ რომელი იქნება



მათვის ყველაზე უფრო შესაფერისი მონაცემთა წყარო. უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება იმას, რომ შეფასებისთვის საჭირო მონაცემები ჩართული იყოს ორგანიზაციის რეგულარულ სამუშაო პროცედურებში. დამგეგმავებმა ეს პროგრამის შემუშავების ნაწილად უნდა დასახონ და გადანყვიტონ, თუ ორგანიზაციაში ვინ უნდა იწერდეს საჭირო ინფორმაციას, რა მეთოდები ან ფორმები უნდა იყოს გამოყენებული, რა გზით უნდა გადაიყვამოდეს ან ინარჩუნებოდეს ინფორმაცია და ვინ უნდა იყოს პასუხისმგებელი მის ანალიზზე. პროცესის შეფასება იოლდება, როდესაც ინახება ინფორმაცია კლიენტების, თემების და სერვისების შესახებ. საჭირო ინფორმაციებია:

- თემთან დაკავშირებული ინფორმაცია, როგორცაა: დემოგრაფიული ინფორმაცია, სოციალური და ეკონომიკური მახასიათებლების მონაცემები, სერვისის დაქვემდებარებული პოპულაცია და გარე სერვისებისა და რესურსების ჩამონათვალი;
- ინფორმაცია კერძო კლიენტების, კლიენტთა ჯგუფების და კლიენტების პოპულაციის, როგორც მთლიანობის, შესახებ, რაშიც შესული იქნება ისეთი მონაცემები, როგორცაა არსებული პრობლემა, ისტორია, მიღებული მომსახურების ტიპი, მომსახურების ხანგრძლივობა, სოციო-ეკონომიკური და ოჯახური მახასიათებლები, საქმიანობა, კმაყოფილების ზომაც კი, და მომსახურების შედეგი;
- ინფორმაცია მომსახურების შესახებ, მათ შორის – ორგანიზაციაში არსებული განყოფილებების მიერ მიწოდებული მომსახურების ტიპები, მომსახურებული კლიენტების რაოდენობა, მოცემულ პერიოდში მიღებების და განერების რაოდენობა და მომსახურებასთან დაკავშირებული სხვა აქტივობების მახასიათებლები;
- ინფორმაცია პერსონალის შესახებ, მათ შორის – სხვადასხვა აქტივობებზე დახარჯული დრო, მომსახურებული კლიენტების რაოდენობა, მომსახურების მოცულობა და ორგანიზაციაში არსებულ სხვადასხვა პროგრამებს შორის განსხვავებები;
- ინფორმაცია რესურსების განაწილების შესახებ, რომელიც მოიცავს მთლიან ხარჯებს, მომსახურების კონკრეტული ტიპის ხარჯებს და ფინანსური ანგარიშისთვის საჭირო მონაცემებს.

ამ მონაცემებისთვის აუცილებელი არაა რთული ან ძვირფასი კომპიუტერული სისტემები – მათი მოპოვება ორგანიზაციის ჩვეულებრივი ყოველდღიური მუშაობითაც შეიძლება. დამგეგმავები და შემფასებლები ნაკლებს უნდა ზრუნავდნენ ხელმისაწვდომი ინფორმაციის რაოდენობაზე და მეტად – მის შესაბამისობაზე.

სისტემის ეფექტიანობისთვის არსებითია, თუ რამდენად პასუხობს იგი ორგანიზაციის უნიკალურ საჭიროებებს დაგეგმვის, მენეჯმენტისა და შეფასების სფეროებში. ორგანიზაციის პერსონალი რაც შეიძლება კონკრეტულად უნდა განსაზღვრავდეს საჭირო მონაცემების სახეობას და სიხშირეს, რომლითაც ეს მონაცემები უნდა მიეწოდებოდეთ; ამას გარდა, ინფორმაციის ეფექტიანი შეგროვება და გავრცელება გულისხმობს ისეთი ტიპის სისტემის აწყობას, რომელიც მაქსიმალურად შესაფერისია ორგანიზაციის ფუნქციების, ზომისა და კომპლექსურობის ხარისხისთვის. მომცრო ორგანიზაციას, რომელიც კლიენტის მონაცემების ერთ ფორმას იყენებს, იგივენაირი დაგეგმვის პროცესები სჭირდება, როგორც დიდ ინსტიტუტს, რომელსაც განვითარებული, სრული სიმძლავრის საინფორმაციო განყოფილება აქვს.

რასაკვირველია, მთელი ეს ინფორმაცია ორგანიზაციის საქმიანობის შესახებ მხოლოდ იმდენადაა მნიშვნელოვანი, რამდენადაც ხელს უწყობს ამ საქმიანობის შედეგად კლიენტში მომხდარი ცვლილებების ახსნას. იმისათვის, რომ შეფასება/ევალაცია ვარჯის იყოს, ისევე უნდა ამახვილებდეს ყურადღებას შედეგზე, როგორც პროცესზე.



## შედეგების შეფასება

ნივთიერებათა ავადმობიარების სფეროში შედეგების შეფასებას უამრავი პრობლემა სდევს თან; მათ შორისაა შედეგების ზედმეტად დავინროებული და ნაკლებმგრძობიარე გაზომვა, „მეთვალყურეობის“ ობიექტების ადგილსამყოფელის განსაზღვრის სიძნელეები და ალკოჰოლისა თუ სხვა ნარკოტიკის მოხმარების ქცევის შესახებ კლიენტის მიერ საკუთარ თავზე წარმოდგენილი ანგარიშის საეჭვო სისწორე. ეს პრობლემები, ერთი შეხედვით რაც უნდა გადაუჭრელი ჩანდეს, მკურნალობის ეფექტიანობის ინტერესებიდან გამომდინარე, დაძლეული უნდა იქნეს. შედეგების საფუძვლიანი კვლევა საჭიროა როგორც პროგრამის დაგეგმვის და მართვის გასაუმჯობესებლად, აგრეთვე თითოეული კონსულტანტის მიერ ყველა კლიენტის თაობაზე მიღებული გადაწყვეტილებების დასახვეწად.

ინფორმაცია სამკურნალო ინტერვენციების ეფექტიანობის შესახებ საჭიროა გადაწყვეტილებების მისაღებად, იმის მიუხედავად, ეს გადაწყვეტილება შეეხება პროგრამის განვითარებას თუ ინდივიდუალური სამკურნალო გეგმის შედგენას. ეს ინფორმაცია სანდოდ მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება ჩაითვალოს, თუ ეფუძნება როგორც შედეგების სათანადო გაზომვებს, ასევე, ეფექტიან „მეთვალყურეობის“ პროცედურებს.

**შედეგების საზომები.** ტრადიციულად, ნარკოტიკების და ალკოჰოლის მოხმარების სფეროში შედეგების შეფასება ეფუძნებოდა ზედმეტად გამარტივებულ – ან/ან საზომებს. მაგრამ ასეთი საზომები ვერ ახერხებს, სრულად წარმოაჩინოს კლიენტში მომხდარი ცვლილება.

ნარკოტიკებისა და ალკოჰოლის პრობლემების მულტივარიაციული გააზრება შედეგების შეფასების საკითხში თვალთახედვას ცვლის. უპირველესად, ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მიღების ქცევები განიხილება კონტინუუმად და არა ნომინალურ ცვლადებად. მეორეც, ნივთიერების მკურნალობის შემდგომი მოხმარების საზომებს შედეგთა რიგი კრიტერიუმები ემატება.

როცა ნარკოტიკის ან ალკოჰოლის მოხმარება ცვლადების კონტინუუმად განიხილება, ამ დროს გათვალისწინებულია ამ ქცევის სირთულე და შემფასებელს ეძლევა საშუალება, აღიქვას სიმძიმის სხვადასხვა ხარისხები. შემფასებელმა უნდა გამოიყენოს უფრო ზუსტი საზომი, რომელიც პიროვნებას დროში მისდევს და ცვლილების მიმართულების ამოცნობის შესაძლებლობას იძლევა. პრაქტიკოსი, რომელიც მულტივარიაციულ მიდგომას მისდევს, შესაძლოა, თანაბრად იყოს დაინტერესებული იმით, თუ როგორ იცვლება კონკრეტული კლიენტი და როგორ ერგება ცხოვრებისეულ მოვლენებს, და იმითაც, თუ ჯგუფის „წარმატება“ როგორ შეიძლება შეფასდეს ერთ რომელიღაც მომენტში. ალკოჰოლის თუ ნარკოტიკების მიღების ქცევის გარდა, შეიძლება ბევრი ფსიქოსოციალური კრიტერიუმის განხილვაც უფრო მართებული იყოს კონტინუუმად, ვიდრე ნომინალურ ცვლადებად. მაგალითად, შეიძლება, უფრო სასარგებლო იყოს იმის გაგება – მოცემული პერიოდის განმავლობაში კლიენტმა რამდენი დღე იმუშავა, იმის ნაცვლად, რომ დიქტომიური კითხვა დაეუსვათ: დასაქმებულია თუ არა ის მოცემულ მომენტში. მკვლევარები რაც უფრო დასცილდებიან მკურნალობის შედეგების დიქტომიურ განხილვას, მით უფრო მიუახლოვდებიან იმის გააზრებას, რომ უნდა შეფასდეს შედეგების მრავალი ცვლადი.

თუმცა ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მიღების ქცევა ყოველთვის დარჩება მკურნალობის წარმატების წინმენლოვან, თუნდაც, უპირველეს კრიტერიუმად, ის მაინც არაა ერთადერთი ცვლადი, რომელიც კლიენტის რეაბილიტაციის ხარისხს გვიჩვენებს. შედეგების შეფასება იმგვარი უნდა იყოს, რომ შეიძლებოდეს მისი მისადაგება კონკრეტულ მომსახურებულ პოპულაციაზე, მაგრამ, საზოგადოდ, კლიენტის პროგრესს თვალი უნდა მიედევნოს შემდეგ სფეროებში:

- ფიზიკური ჯანმრთელობა;
- ფსიქიკური ჯანმრთელობა;
- კარიერული/დასაქმების წარმატება;
- ოჯახური სტაბილურობა;
- სოციალური მხარდაჭერა;
- სამართლებრივი პრობლემების გადაჭრა ან თავიდან არიდება.

მნიშვნელოვანია როგორც შედეგების შეფასების გაფართოება, ასევე, გაზომვის თანმიმდევრული და ობიექტური მეთოდების მოძიება. იდეალურ შემთხვევაში, ამ მეთოდების გამოყენება არ უნდა იყოს მოტოვებული მკვლევარებისთვის, არამედ უნდა შეადგენდეს მკურნალობის გამწვევი პრაქტიკოსების მიერ ყოველდღიურად წარმოებული შეფასების ნაწილს.

ASAM-ისა და ამერიკული ბიჰევიორული ჯანმრთელობის მართული ზრუნვის ასოციაციის (ამჟამად – ასოციაცია ბიჰევიორული ჯანმრთელობისა და კეთილდღეობისთვის) (American Managed Behavioral Health Care Association [now the Association for Behavioral Health and Wellness]) ერთობლივმა ძალისხმევამ მოგვცა ნივთიერებაზე დამოკიდებული აშლილობების მკურნალობაში შედეგების შესაფასებელი პრინციპების კრებული (ASAM, 2001). ამ თანამშრომლობით შექმნილ ანგარიშში განსაზღვრულია კონცეფციების და პრინციპების ერთობლიობა, რომლითაც მოხელთებულია შედეგების შეფასების მთელი კომპლექსურობა. ეს პრინციპები მოიცავს შემდეგს:

1. ამოცნობილი უნდა იქნეს შედეგების შეფასების ჩასატარებელი მრავლობითი, ხშირად ერთმანეთის გადამფარავი მიზნები, ასევე – შედეგების მონაცემებში დაინტერესებული სხვადასხვა ჯგუფების ხშირად ერთმანეთისგან განსხვავებული მოტივაციები....
2. შედეგების შეფასება მრავლისმთქმელი უნდა იყოს....
3. მკურნალობის პროცესის ან მკურნალობის შედეგების შეფასებითი შესწავლა მთელ რიგ განსხვავებულ არეებს (domain) უნდა ეხებოდეს....
4. შეფასებას დაქვემდებარებული პარამეტრები უნდა იძლეოდეს მათი გაზომვის და შედარების საშუალებას....
5. ადიქციის მკურნალობის შედეგთა საზომი, რამდენადაც შესაძლებელია, მუდმივი უნდა იყოს; შედეგების საზომები უნდა გამოიყენებოდეს საყოველთაოდ მიღებულ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვლევებში და ჯანდაცვის მიწოდების კვლევებში.
6. აბსტინენცია არ უნდა იყოს ერთადერთი ცვლადი, რომელიც გათვალისწინებული იქნება ნივთიერებათა მოხმარებასთან დაკავშირებული აშლილობის სამკურნალო ინტერვენციის ეფექტიანობის შეფასებისას....
7. მკურნალობის შედეგების შესწავლა უნდა ითვალისწინებდეს, რომ ადიქციური აშლილობების მქონე ადამიანები არ წარმოადგენენ ერთგვაროვან პოპულაციას....
8. შედეგების შეფასება შემოქმედებითად უნდა იყენებდეს ხელმისაწვდომ საშუალებებს და გააზრებული ჰქონდეს ამჟამად არსებულ მონაცემთა მიმართულების და მეთოდოლოგიების შეზღუდვები....
9. შედეგების შესწავლა ადიქციის მკურნალობაში თანხმობაში უნდა იყოს სამკურნალო მომსახურებათა კვლევის ეთიკურ სტანდარტებთან....

**შეფასების ინსტრუმენტები.** ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრაქტიკოსებს ხშირად უჭირთ შედეგების შეფასებისთვის ქმედითი ინსტრუმენტების შექმნა. იმის ნაცვლად, რომ ყურადღება ზედმეტად ვიწროდ იქნეს მიმართული დიქტომიურ კითხვებზე ნარკოტიკების თუ ალკოჰოლის მოხმარების შესახებ, ამ დარგის პრაქტიკოსებს შეუძლიათ განიხილონ ისეთი ინსტრუმენტების გამოყენება, რომლებიც სხვა შემფასებლებს აქვთ შექმნილი და იყენებენ. სტანდარტიზებული ინსტრუმენტების

გამოყენებამ, იმის გარდა, რომ პატარა ორგანიზაციებისთვის შეფასების პროცესს უფრო მოხერხებულს გახდის, შეიძლება გააიოლოს პროგრამების ერთმანეთთან შედარებაც. დღესდღეობით მრავალი ინსტრუმენტი ხელმისაწვდომი. ამას გარდა, წინა თავებში აღწერილი ზოგი ინსტრუმენტი, რომელიც ინდივიდუალური პროგრესის შესაფასებლადაა გამიზნული, აგსევე შესაფერისია უფრო ფართო შედეგების შესასწავლად. ამ მიზნით გამოყენებულ და მოხმარების ხანგრძლივი ისტორიის მქონე ინსტრუმენტებს შორისაა:

- ბიჰევიორული შეფასების სკალა: სოციალური, დასაქმების, ეკონომიკური, კანონმორჩილების, ალკოჰოლის მოხმარების;
- ალკოჰოლზე დამოკიდებულების სკალა;
- დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი;
- ჯანმრთელობის და ყოველდღიური ცხოვრების ფორმა;
- დროის ხაზის გახსენებით (რეტროსპექტული) შეფასების მეთოდი.

**მეთვალყურეობის პროცედურები.** შედეგების ეფექტიანად შეფასება დამოკიდებულია როგორც სათანადო კრიტერიუმების შერჩევასა და გაზომვაზე, ასევე – კარგად დაგეგმილი პროცედურების გამოყენებაზე. მაშინაც კი, როდესაც შემფასებლები იყენებენ ქმედით და სანდო შედეგების საზომებს, მათ სჭირდებათ მომდევნო ნაბიჯები საკუთარი მონაცემების სიზუსტის უზრუნველსაყოფად. ტრადიციულად, კვლევას და შეფასებას ნივთიერებათა ავადმომხმარების სფეროში იმდენადვე ვნებდა პროცედურული დეფიციტი, რამდენადაც კრიტერიუმების უხეიროდ შერჩევა. თუ გვინდა, რომ შეფასებას საერთოდ რამე სარგებელი ჰქონდეს, ის უნდა ეფუძნებოდეს მეთოდებს, რომლებსაც მინიმუმამდე დაჰყავთ მკურნალობის შემდეგ პაციენტის თვალთახედვიდან დაკარგვის შესაძლებლობა და რომლებიც ყურადღებას ამახვილებენ კლიენტებისგან და ირიბი წყაროებიდან შეგროვებული მონაცემების სიზუსტეზე. საბედნიეროდ, უკვე გარკვეული ხანია ვიცით, რომ ალკოჰოლის მოხმარების ქცევის შესახებ კლიენტის თვით-ანგარიში (self-report) შესაძლოა საკმაოდ ვალიდური იყოს, მით უფრო, თუ მათ სხვა წყაროებიდან მიღებული ინდიკატორებიც ამაგრებს. ამის მსგავსად, უთანხმოების პრობლემები, როგორც ჩანს, დაძლევადა, თუ ფრთხილი შემდგომი მეთვალყურეობის/დაკვირვების (follow-up) პროცედურები დაიგეგმება და პრიორიტეტები დადგინდება. თვალყურის მიღვენების სისრულის და სიზუსტის მიღწევა შეიძლება, თუ შედეგების შეფასება, პროცესის შეფასების მსგავსად, მკურნალობის პროგრამის მიმდინარე მუშაობის განუყოფელ ნაწილად იქცევა.

რამდენადაც საქმე ინდივიდუალურ კლიენტებს ეხება, შედეგების დაკვირვებაზე ყურადღების გამახვილება პირველივე – სერვისში მიღების ინტერვიუდან უნდა დაიწყოს. ახალ კლიენტებს უნდა მიენოდოთ ინფორმაცია მეთვალყურეობის მნიშვნელოვნების შესახებ – არა მარტო შეფასების პროცესისათვის, არამედ მათზე ზრუნვის უწყვეტობის უზრუნველსაყოფადაც. მკურნალობის დასრულებამდე შემფასებელმა კვლავ უნდა დაადასტუროს კლიენტის განზრახვა, მონაწილეობდეს მეთვალყურეობის პროცესში.

მუდმივი ყურადღების მიქცევა შეფასებაზე, როგორც მიმდინარე პროცესის ნაწილზე – მიღებიდან მთელი მკურნალობის განმავლობაში და შემდგომაც, მეთვალყურეობის პერიოდში – ხელს უწყობს კლიენტების მიერ მისი მნიშვნელოვნების გააზრებას და ნააქმებს მათ განზრახვას, ამ პროცესის მონაწილენი იყვნენ. ამგვარი მიდგომა აუმჯობესებს შემფასებელთა მიერ შესრულებულ დაგეგმვას, რადგანაც გაზომვები, რომელთა სხვებთან შედარება შეიძლება, აღებული უნდა იყოს როგორც მკურნალობამდე, ასევე მის მერე.

ის კლიენტები, რომელთაც მკურნალობის დასრულებისას გააზრებული აქვთ, რომ მეთვალყურეობის კონტაქტები კვლავაც შენარჩუნებული იქნება, სავარაუდოდ,

შეინარჩუნებენ თანამშრომლობის განზრახვას, თუ ეს კონტაქტები რეგულარული ხასიათის და პოზიტიური იქნება. ხშირი კონტაქტები შეფასებით პროცესს რამდენიმე გზით ეხმარება. მკურნალობის მიმწოდებელსა და ყოფილ კლიენტს შორის გაგრძელებული ურთიერთობა აძლიერებს თანამშრომლობასა და ვალდებულების გრძობას; რეგულარული კონტაქტი ჩვეულებრივზე გაცილებით ნაკლებ ალბათურს ხდის, რომ კლიენტის კვალი დაიკარგება; და ურთიერთობის არსებობა შეიძლება მკურნალობის ფორმადაც კი გამოდგეს - პრევენციულად საერთოდ აიცილოს ზოგი პრობლემა და სხვა პრობლემების გაჩენისას დაუყოვნებლივ ჩარევა გახადოს შესაძლებელი.

რეგულარული და ხშირი კონტაქტები სავარაუდოდ გაზრდის კლიენტის თვით-ანგარიშის სიზუსტეს, მაგრამ, სანამ შემფასებლები სრული ნდობით მოეციდებოდნენ ამ გზით მიღებულ ინფორმაციას, ინფორმაციის სხვა წყაროებიც უნდა იყოს მოხმარებული. მრავალმხრივი წყაროებისა და საზომების გამოყენება საჭიროა არა იმიტომ, რომ კლიენტებს არ ენდობიან, არამედ იმიტომ, რომ არც ერთი ცალკეული საზომი არ იქნება საკმარისი ისეთი რთული ქცევის შესაფასებლად, როგორცაა ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარება და სასიცოცხლო ფუნქციონირება. მკურნალობის მიმწოდებლები შეიძლება დათრგუნოს ყოფილ კლიენტებთან ხშირი კონტაქტის შენარჩუნების და იმავდროულად, მკურნალობის შედეგების გასაზომად მრავალმხრივი წყაროების გამოყენების პერსპექტივამ. მათ შეიძლება განიზრახონ, შედეგების შეფასების შესწავლა დაამყარონ შემთხვევითად არჩეული სუბიექტების შეზღუდული რაოდენობის მეთვალყურეობით მიღებულ მონაცემებზე. უფრო სასარგებლოა, გვექონდეს მხოლოდ რანდომიზებულად შერჩეული ყოველი კლიენტის სრული შეფასება, ვიდრე რაოდენობრივად უფრო მეტი ინდივიდის ნაწილობრივი და მიკერძოებული კვლევა.

შედეგების შეფასების ამ მიდგომის ეფექტიანობა დამოკიდებულია ინტერვიუერსა და რესპონდენტს, შემფასებელსა და კლიენტს შორის ჩამოყალიბებული ურთიერთობის ხარისხზე. დახვეწილი და განაფული ინტერვიუერი, ვისაც შეუძლია მეთვალყურეობის ფარგლებში ჩატარებული ინტერვიუს დროს მაღალი დონის ურთიერთგაგება დაამყაროს კლიენტთან (და ვისაც შეუძლია, ზრუნვის ერთგვარი უწყვეტობა შესთავაზოს მას), ბევრად უფრო დიდ წარმატებას მიაღწევს პაციენტთან იმგვარი კონტაქტის დამყარებაში, რომელიც ვარვისი მონაცემების შეგროვებას უწყობს ხელს, ვიდრე ამას სამედიცინო თვალსაზრისით ნაკლებად განაფული ინტერვიუერი შეძლებდა.

ყოველ ორგანიზაციას თუ პროგრამას სჭირდება ისეთი მექანიზმის შემუშავება, რომელიც შესაფერისია მისი მიზნებისა და პერსონალის შერჩევისთვის, და ზოგჯერ უწევს, წონასწორობა შეინარჩუნოს ერთი მხრივ, ობიექტური ინტერვიუერის ყოლის სურვილს, რაც გარეშე შემფასებლის გამოყენებას უჭერს მხარს, და, მეორე მხრივ, ასევე ფასეულ სურვილს შორის – მეთვალყურეობა მკურნალობის პროცესის უფრო განუყოფელი ნაწილი გახადოს. ვინც გინდა იყოს მეთვალყურეობის პროცესში ინტერვიუერი, ის განაფული უნდა იყოს კლიენტთან გამგები და არაგანმკითხავი მანერით მუშაობაში, უნდა შეეძლოს ისეთი ატმოსფეროს შექმნა, რაც კლიენტს გულახდილი პასუხებისკენ ნააქებებს. პროცესების თუ შედეგების შეფასება უნდა ეფუძნებოდეს გახსნილობას ახალი ინფორმაციის მიმართ – როგორც გინდა იყოს ეს ინფორმაცია. მისი მიზანია, არა უბრალოდ გაამართლოს არსებული პრაქტიკის მხარდაჭერა, არამედ უფრო მეტიც – გადაწყვეტილების მიმღებთ აცნობოს, რა იქნებოდა სასურველი ცვლილებები. ობიექტურ შეფასებას დაგეგმვა მის ლოგიკურ დასკვნამდე მიჰყავს; ამისათვის კი პროგრამის მიღწევებს ადარებს იმ მიზნებს, რომლებიც დაგეგმვის პროცესის დასაწყისში იყო შერჩეული. ამ მნიშვნელოვანი ნაბიჯის გარეშე, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის თემაზე კონსულტაციის ხარისხი ვერასოდეს იქნება გარანტირებული.



## შეჯამება

დაგეგმვისა და შეფასების მაღალი ხარისხი შეიძლება ისევე მნიშვნელოვანი იყოს ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პროგრამის წარმატებისთვის, როგორც წარმოებული კლინიკური მკურნალობის ხარისხი. ფაქტობრივად, პროგრამის კარგი მენეჯმენტი და კლიენტის კარგად მომსახურება მხარდამხარ მიაბიჭებენ. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის კონსულტანტებს, სოციალური მომსახურებისა და ჯანდაცვის სხვა პროფესიონალების მსგავსად, სჭირდებათ, ყურადღება მიმართონ ისეთი მიზნების მიღწევაზე, რაც გაზომვადი იქნება კლიენტისა და თემისთვის შედეგების მოტანის თვალსაზრისით.

დღევანდელი გარემო, რომელშიც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობა მიმდინარეობს, ყურადღებას ამახვილებს პასუხისმგებლობაზე, ეკონომიურობასა და მკურნალობის ინდივიდუალურად მორგებაზე. პრაქტიკოსებს უნდა შეეძლოთ ეფექტიანი მანევრირება მართული ზრუნვის სისტემაში და განთავსების კრიტერიუმების სათანადოდ გამოყენება.

პროგრამის შედეგის ეფექტიანობა დამოკიდებულია დაგეგმვის პროცესის საგულდაგულო რეალიზაციაზე, რაც მოიცავს შემდეგ საფეხურებს: (1) საჭიროებების შეფასება, (2) სასურველი შედეგების განსაზღვრა, (3) მიზნების მისაღწევად ალტერნატიული მეთოდების გენერირება, შემდეგ კი მსჯელობა და მათ შორის შერჩევა, (4) განხორციელებისა და შეფასების გეგმების შემუშავება და (5) ბიუჯეტის შედგენა. ამავე საფეხურების ვარიაციები შეესაბამება ისეთ აქტივობებსაც, როგორცაა ორგანიზაციის გრძელვადიანი სტრატეგიის შემუშავება, კონკრეტულ პროგრამებში ცვლილებების შეტანა ან თუნდაც კერძო კლიენტის მკურნალობის გეგმის შედგენა.

პროგრამის დაგეგმვას მივყავართ პირდაპირ შეფასებისკენ, რომლის შემდეგობითაც ვიგებთ, ჩატარდა თუ არა მომსახურება ისე, როგორც დაგეგმილი იყო, და მიღებული იქნა თუ არა კლიენტისთვის სასურველი შედეგები. ამ ინფორმაციის მისაღებად ორი ტიპის შეფასება გვჭირდება. პროცესის შეფასება გულისხმობს ისეთი მონაცემების შეგროვებასა და ანალიზს, რაც აჩვენებს, მუშაობს თუ არა პროგრამა გეგმის მიხედვით. შედეგების შეფასება ცდილობს, გაზომოს, თუ რამდენად შეიცვალა კლიენტის მიწოდებული მომსახურების შედეგად.

ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სფეროში შედეგების შეფასებას აძნელებდა ისეთი პრობლემები, როგორიცაა შედეგების უხეში გაზომვა და სუსტად დაგეგმილი დაკვირვების პროცედურები. შეფასება/ევალუაცია შეიძლება გაუმჯობესდეს, თუ ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მიღების ქცევები განხილული იქნება წრფივ, და არა დიქტომიურ ცვლადებად; თუ შედეგების კრიტერიუმები გაიზომება; და თუ მეთვალყურეობის პროცედურებს სამკურნალო დაწესებულებები პრიორიტეტად დასახავენ. ჭეშმარიტად ობიექტური შეფასებების შედეგებზე ყურადღების მიქცევამ შეიძლება მოიტანოს ის, რაც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სფეროში მომუშავე ყველა სპეციალისტის სურვილია. ესაა პროგრამის ეფექტიანობის ზრდა და ჩვენი შესაძლებლობების გაუმჯობესება, დავაკმაყოფილოთ თითოეული მომსახურებული კლიენტის უნიკალური საჭიროებები.

## კითხვები ფიქრისა და განსჯისათვის

1. დავუშვათ, თქვენ და თქვენი კოლეგების ჯგუფი მიხვედით დასკვნამდე, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობის თქვენი ორგანიზაცია სათანადოდ არ ზრუნავდა 65 წელზე უფრო ასაკოვანი კლიენტების საჭიროებებზე. თქვენ გადაწყვიტეთ, შეიმუშაოთ პროგრამა, რომელიც ამ კლიენტებს უფრო ეფექტიანად მოემსახურება. რა იქნება ის სპეციფიკური შედეგები, რომელიც გასურთ, რომ ამ პროგრამით მიიღოთ?



2. აარჩიეთ ერთ-ერთი იმ შედეგებიდან, რომლებიც პირველი კითხვის პასუხად ჩამოწერეთ. რა მეთოდებს შეარჩევდით ამ შედეგების მიღწევაში კლიენტების დასახმარებლად?
3. ისევ პირველ კითხვაზე გაცემულ პასუხში ჩამოთვლილ შედეგებს თუ განვიხილავთ, რა გზით შეძლებდით, შეგვეფასებინათ თქვენი ორგანიზაციის წარმატება სასურველი შედეგების მიღების საქმეში?

## ბიბლიოგრაფია

- American Society of Addiction Medicine. (1996). *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders* (2nd ed). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
- American Society of Addiction Medicine. (1999). *The impact of managed care on addiction treatment*. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
- American Society of Addiction Medicine (2001a). *ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders*, (Second Edition-Revised). Chevy-Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
- American Society of Addiction Medicine, (2001 b). *Principles for outcome evaluation in the treatment of substance-related disorders: A joint AMBHA-ASAM statement*. Chevy Chase, MD: ASAM.
- Brown, B. S. (1997). *Drug abuse treatment needs assessment methodologies*. National Institute on Drug Abuse. Retrieved June 1, 2009, from <http://www.drugabuse.gov/about/organization/despr/hsr/da-tre/BrownTreatmentNeeds.html>
- Center for Substance Abuse Treatment. (1995a). *Purchasing managed care services for alcohol and other drug treatment*. Technical Assistance Publication Series 16. DHHS Publication No. SMA 95-3040. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1995b). *The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance use disorders*. Treatment Improvement Protocol Series 13. DHHS Publication No. SMA 95-3021. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
- Lewis, J. A. (1997). Treating alcohol problems in a managed care environment. In S. R. Sauber (Ed.), *Managed mental health care: Major diagnostic and treatment approaches* (pp. 297-311). Bristol, PA: Brunner/Maze!.
- Lewis, J. A., Packard, T. R., & Lewis, M. D. (2007). *Management of human service programs* (4<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, B. A., Hicks, J., DeCristofaro, M. P.H., & Kerr, E. A. (2003, June 26). The quality of health care delivered to adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 348 (26), 2635-2645.
- National Association of Addiction Treatment Providers. (2009a, February). Are you confused? Electronic health records are not the same as electronic medical records. *Visions*, 1, 4.
- National Association of Addiction Treatment Providers. (2009b, March). It all begins with the NAATP benchmark survey. *Visions*, 1, 4.
- Redhead, C. S. (2009). *The Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act*. Congressional Research Service. Retrieved June 1, 2009, from [http://ipmall.info/hosted\\_resources/crs/RL32858\\_050413.pdf](http://ipmall.info/hosted_resources/crs/RL32858_050413.pdf)

თუმცა, ალკოჰოლიზმის შესახებ განათლებას ვერმონტმა (Vermont) ჯერ კიდევ 1882 წელს გაუხსნა გზა, პრევენცია, მრავალი თვალსაზრისით, ნივთიერებათა ავადმობხმარების სფეროს „მიკარგულ ბავშვად“ რჩებოდა. ტრადიციულად, ნივთიერებათა ავადმობხმარების აღქმად პრობლემებზე თემი რეაგირებდა მკურნალობაზე ან სამართლებრივი მიდგომებზე ფოკუსირებით. ორივე ეს ალტერნატივა არცთუ ეფექტიანი აღმოჩნდა იმის შესამცირებლად, რასაც ბევრი ადამიანი აღიქვამდა ეპიდემიურ თუ ნივთიერებათა ავადმობხმარების პრობლემებად. შედეგად, შუა 1970-იანებიდან სულ უფრო იზრდებოდა ინტერესი პრევენციის სტრატეგიების შემუშავების მიმართ (DuPont, 1979). ამ თავში განვიხილავთ ნივთიერებათა ავადმობხმარების პრევენციის ზოგ საკითხს, იმ მოლოდინით, რომ ამ პრობლემების განსაზღვრა დაეხმარება პრევენციის პროგრამებსა და ნივთიერებათა ავადმობხმარების კონსულტანტებს, რომ აიმაღლონ ეფექტიანობა.

## კრევენციის კონსეფსია

პრევენცია აღნიშნავს აქტივობებს, რომლებიც ამცირებენ ან სტაბილურს ხდიან ინციდენტობას (ახალი შემთხვევების გაჩენას) ნივთიერებათა ავადმობხმარების სფეროში და შესაბამისად, ამცირებენ ან სტაბილურს ხდიან მის პრევალენტობას

(შემთხვევების მთლიანი რაოდენობა). როგორც დავინახავთ, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციის პროგრამების შემუშავება, იმპლემენტაცია და შეფასება იოლი პროცესი არ ყოფილა (Blane & Chafetz, 1979; Miller & Nirenberg, 1984; Bukoski, 1998 ).

**პრაქტიკული სიძნელეები**

ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციისას ორ ძირითად სიძნელეს ვაწყდებით. პირველი პრობლემა უკავშირდება საზოგადოებაში ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევალენტობის და ინციდენტობის შესახებ მონაცემთა ვალიდობას და სანდოობას. შეუთანხმებლობა იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა იქნეს განსაზღვრული და გამოძიებული პრობლემის არსებობა, და ამას დართული მეთოდოლოგიური სირთულეები, აძნელებს იმის წარმოჩენას, რომ პრევენციის პროგრამებს თავიანთი წინასწარგამიზნული შედეგები მოეპოვებოდათ. ამას გარდა, პრევენციის პროფესიონალები ჩაებნენ სოციალ-პოლიტიკურ/იდეოლოგიურ კონფლიქტებში პრევენციის მოსალოდნელი/განზრახული შედეგების ირგვლივ (როგორცაა, მაგ., ნულოვანი მოხმარება პასუხისმგებლური მოხმარების საპირისპიროდ). ამგვარად, ბუნდოვანი რჩებოდა, თუ რამდენადაა გავრცელებული ნივთიერებათა ავადმომხმარება და რამდენად შეიძლება მისი შემცირება თუ პრევენცია.

პრევენციასთან დაკავშირებული მეორე სიძნელე იყო შედეგის მომტანი პროგრამებისა და აქტივობების განსაზღვრა და მათი განხორციელება. ეს მოითხოვს, რომ ჩვენ (1) გვესმოდეს მიზეზობრივი ფაქტორები ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის განვითარებაში, (2) ვაპროექტებდეთ ისეთ პროგრამებსა და აქტივობებს, რომლებიც შეცვლიდა ამ რისკ-ფაქტორებს, (3) მოვიპოვებდეთ ჩვენი პროგრამების განსახორციელებლად საჭირო რესურსებს, და (4) ვახდენდეთ პროგრამების ეფექტიანობის დემონსტრირებას. მკვლევარებს ჩამოყალიბებული აქვთ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის შესაძლო რისკ-ფაქტორთა შთამბეჭდავი მწკრივი (Jones & Battjes, 1985), პროგრამების დამპროექტებლები კი ენერგიულად ეკიდებიან ამ რისკ-ფაქტორთა შესაცვლელად აქტივობების შემუშავების საქმეს (Glynn, Leukefeld, & Ludford, 1983). და მაინც, რისკ-ფაქტორი არ არის უეჭველად კაუზალური ფაქტორი (Moskowitz, 1989; Jung, 2001). ასე რომ, რისკ-ფაქტორებზე ყურადღების გამახვილებამ შეიძლება არ შეცვალოს ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქცევა. ამას გარდა, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციისთვის რესურსების მოპოვება (ფინანსური და სოციალური დახმარების ჩათვლით) ძნელი იყო და ხშირად უკვე დანერგილი პროგრამებიც თითქოს ვერ ახერხებდნენ სასურველი ეფექტების, განსაკუთრებით, გრძელვადიანი ეფექტების დემონსტრირებას.

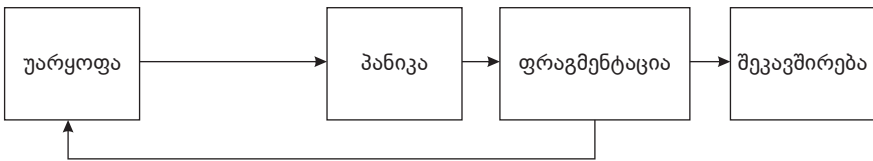
**თემის რეაგირება ნივთიერებათა ავადმომხმარებლზე**

ბორნი (Bourn, 1974) ამტკიცებდა, რომ თემის რეაგირება ნივთიერებათა ავადმომხმარებელზე შეიძლება განხილულ იქნეს ოთხი სტადიის მქონე მოვლენად, როგორც ეს 10.1 დიაგრამაზეა ნაჩვენები. პირველი სტადია გახლავთ უარყოფა. თემის ლიდერების და წევრებისთვის შეიძლება ძნელი იყოს იმ აზრთან შეგუება, რომ მათ თემში ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრობლემა აქვთ და შეიძლება, აქტიურად თუ პასიურად ეწინააღმდეგებოდნენ პრევენციის თუ მკურნალობის პროგრამების ამუშავებას, იმ არგუმენტზე დაყრდნობით, რომ მათი საჭიროება საერთოდ არ არსებობს.

მეორე სტადიის დამახასიათებელი თვისებაა პანიკა. ეს სტადია, როგორც წესი, იწყება რაიმე სახის კრიზისზე პასუხად (ადგილობრივი ათლეტის სიკვდილი ნარკოტიკების გამო), მაგრამ აგრეთვე შეიძლება გამოიწვიოს საჭიროებების შეფასების მიმოხილვამ ან ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მასშტაბების რაიმე

სხვა სახით დემონსტრირებამ. პანიკის სტადია დროებითია და შეიცავს საკმაოდ ხმამაღალ მოთხოვნებს, რომ „რაც დაუყოვნებლივ უნდა გაკეთდეს“.

ბორნის მიხედვით, ფრაგმენტაციის სტადიაზე შემუშავდება სხვადასხვა გეგმები და კონტრ-გეგმები იმის შესახებ, თუ რა უნდა გაკეთდეს კრიზისზე რეაგირებისთვის. ტიპურად, ამოირჩევა ერთი ან მეტი მოქმედება და დამტკიცდება, როგორც „გამოსავალი“. ასეთი გამოსავალი ხშირად გამოიხატება „იმ ხალხისთვის“ მკურნალობის ალტერნატივების შემუშავებით ან სამართლებრივი იძულების წესების გამკაცრებით – ნარკოტიკების მოხმარებლების ან დილერების გამოსავლენად და თავიდან მოსაშორებლად, ნარკოტიკების ხელმისაწვდომობის შესამცირებლად და ნარკოტიკების მოხმარების მოტივაციის გასაქრობად. ფრაგმენტაციის სტადიის მთავარი მახასიათებელი გახლავთ ის, რომ თემის რეაგირება ემყარება ფასთან დაკავშირებულ მოსაზრებებს, პოლიტიკურ ზეწოლას, განხორციელების სიიოლეს და მსგავს ფაქტორებს, და არ არის ამომწურავი, ინტეგრირებული მიდგომა ნივთიერებათა მოხმარების, არასათანადო მოხმარების და ავადმომხმარების პრევენციაზე.



**ღიპრამა 10.1 | თემის რეაგირება ნივთიერებათა მოხმარებაზე**

უნდა აღინიშნოს, რომ თუ ფრაგმენტაციის სტადიის ღონისძიებები ნაწილობრივ მაინც „ნარმატებულია“ (ანუ თუ პანიკა მცირდება და თემის საერთო კონსენსუსია, რომ პრობლემა გამოსწორების გზაზეა), თემი შეიძლება დაუბრუნდეს უარყოფის სტადიას ან გაიყინოს ფრაგმენტაციის სტადიაში. ამის შემდგომ „კრიზისებმა“ ან სხვა ინფორმაციამ, რომ ნივთიერებათა ავადმომხმარება გრძელდება ან მატულობს, შეიძლება შედეგად მოიტანოს უფრო პასუხისმგებლიანი განწყობა უკვე არსებული პროგრამების და აქტივობების მიმართ. ბოლოს და ბოლოს, იმ არსებულ პროგრამებს და ღონისძიებებს ადრე უკვე მოუტანიათ შედეგი და, შესაბამისად, თუ განვაახლებთ ჩვენს პასუხისმგებლობას და გავზრდით ჩვენს რესურსებს, მათგან კვლავ მივიღებთ შედეგს.

ბორნი მიუთითებდა, რომ ფრაგმენტაციის სტადიის შემდგომ ეტაპზე შედარებით ცოტა თემი თუ გადადის. ეს შეფასება დღესაც ისეთივე მართებული გგონია, როგორც 1974 წელს იყო. ანუ, როცა არსებული პროგრამები თითქოს ვეღარ ჭრის, თემის ტიპური რეაქციაა, მეტი რესურსი გადაიტანოს ნივთიერებათა ავადმომხმარების სერვისების უკვე არსებულ მომწოდებლებზე და, შეიძლება, ერთი-ორი დამატებითი პროგრამაც აამუშაოს გამოჩენილი საჭიროებებისა თუ დაფინანსების ინიციატივების დასაკმაყოფილებლად.

თანდათანობით შეიძლება რამდენიმე ფაქტორი გაერთიანდეს და თემი ფრაგმენტულიდან შემაკავშირებელ რეაგირებაზე გადავიდეს. ეს ფაქტორები მოიცავს არსებული და ხშირად ერთმანეთის კონკურენტი პროგრამების „შესანახად“ საჭირო სულ უფრო მზარდ ხარჯებს, ნივთიერებათა ავადმომხმარების პრობლემის გაგრძელებას და თემის მიერ იმ ფაქტის გაცნობიერებას, რომ უკვე შემუშავებული საგანგებო სისტემები არ შეესატყვისება საჭიროებებს. ნივთიერებათა ავადმომხმარებაზე თემის რეაგირების შემაკავშირებელ სტადიას ტიპურ მახასიათებლად ახლავს ყოვლისმომცველი დაგეგმვის პროცესი. ეს დაგეგმვის პროცესი ემყარება საფუძვლიან საჭიროებათა შეფასებას, რომელიც განსაზღვრავს, რა სამსახურებია საჭირო და რა არის უკვე ხელმისაწვდომი. თემს

შეუძლია დაიწყოს ახალი ან გაფართოებული პროგრამების შემუშავება, აქამდე გაუთვალისწინებელი საჭიროებების დასაკმაყოფილებლად, აგრეთვე, არსებული პროგრამების კოორდინირებისთვის.

ნივთიერებათა ავადმომხმარებელთა თემის რეაგირების შესახებ მსჯელობა მნიშვნელოვანი იმიტომაცაა, რომ პრევენციის პროგრამები, როგორც წესი, უკანასკნელ საკითხად განიხილება ხოლმე. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციის აქტივობებს, ჩვეულებრივ, არ ეძლეოდათ შესაძლებლობა, მოეპოვებინათ ზრდისა და განვითარებისთვის აუცილებელი საზოგადოებრივი მხარდაჭერა და წარმოეჩინათ საკუთარი ეფექტიანობა.

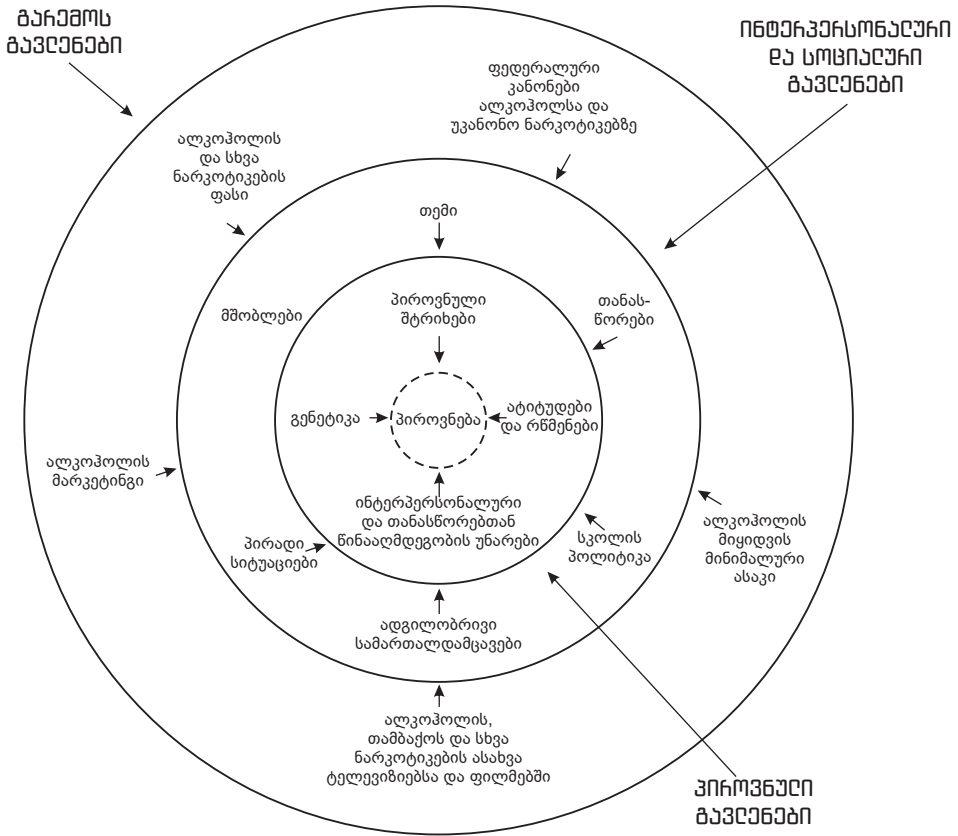
## პრევენციის გლობალი მოდელი

უკანასკნელ დრომდე ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის ეროვნული ინსტიტუტი (National Institute on Drug Abuse, NIDA) და ალკოჰოლის ავადმომხმარებლის და ალკოჰოლიზმის ეროვნული ინსტიტუტი (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA) პრევენციის აქტივობებისა და პროგრამების ორგანიზებისთვის ერთგვარად განხვავებულ კონცეპტუალურ სქემებს იყენებდნენ. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციის სამსახურის (Office of Substance Abuse Prevention, OSAP) შექმნამ – პრევენციის ფედერალური ინიციატივების ზედამხედველობის მიზნით – მიდგომა უფრო უნიფიცირებული გახდა. OSAP, ჩვეულებრივ, იზიარებს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრევენციის მოდელს. ამ მოდელის მიხედვით, სამი ურთიერთმოქმედი კომპონენტია აგენტი, მიმღები და გარემო. ეს მოდელი აღიარებს, რომ (1) ნარკოტიკებმა (აგენტმა) შეიძლება, მომხმარებლებზე (მიმღებზე) სხვადასხვანაირად იმოქმედოს; (2) შეიძლება, მიმღებს (მომხმარებელს) ცხოვრების სხვადასხვა პერიოდში ნარკოტიკების მოხმარების (აგენტის) მიმართ სხვადასხვაგვარი მგრძობიანობა ჰქონდეს; და (3) ნარკოტიკების მომხმარებლის ურთიერთობები მიმდინარეობს კონტექსტში (გარემოში), რომელიც გავლენას ახდენს ისეთ ფაქტორებზე, როგორიცაა ნარკოტიკების ხელმისაწვდომობა ან ის, თუ რამდენად მისაღებია ნარკოტიკების მოხმარების ჩვევა. დიაგრამა 10.2 გვიჩვენებს ზოგ ისეთ ფაქტორს, რომელიც ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარებაზე ახდენს გავლენას.

აგენტს, მიმღებსა და გარემოს შორის განსხვავების აღნიშვნის გარდა სასარგებლოა, განვასხვავოთ პრევენციის ხარისხი და ტიპებიც (Davis, 1976). პირველადი პრევენცია აღნიშნავს აქტივობებს, რომლებიც ნარკოტიკების მოხმარების წინასწარ ასაცილებლადაა გამიზნული. პირველადი პრევენციის ეფექტიანობის ჩვენება ძნელია, რადგან ეს ნიშნავს ისეთი მოვლენის არმოხდენის ჩვენებას, რაც შეიძლებოდა მომხდარიყო. მეორადი პრევენციის სამიზნეა ნარკოტიკების მომსინჯავები და არარეგულარული მომხმარებლები. მეორადი პრევენციის დახმარებით ადრეულ ეტაპზე ხდება ნარკოტიკების მოხმარების გამოვლენა და ინტერვენცია, რათა თავიდან იქნეს აცილებული მოხმარების უფრო მძიმე მოდელის ან ნარკოდამოკიდებულების პრობლემების განვითარება.

ამ მსჯელობიდან ორი საკითხი უნდა გამოიყოს. ერთი, რომ მკურნალობის მიდგომები წარმოადგენს არასრულ რეაგირებას ნივთიერებათა ავადმომხმარებასთან დაკავშირებულ პრობლემებზე, რადგან როგორც წესი, ფოკუსირებულია პრობლემატურ მომხმარებლებზე/დამოკიდებულ პირებზე და ყურადღებას არ აქცევს (ა) აგენტსა და გარემოს და (ბ) არამომხმარებლებსა და არაპრობლემატურ მომხმარებლებს. მეორე საკითხი გახლავთ ის, რომ მეორად და მესამეულ პრევენციებს მიუთვნიებული აქვთ სოციალური პოლიტიკის უფრო მაღალი პრიორიტეტი, ვიდრე პირველად პრევენციას, რადგანაც ისინი მიმართული არიან ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის უფრო თვალშისაცემ მახასიათებლებზე.





**ღიარება 10.2 | ფაქტორები, რომლებიც ბავლენას ახდენენ ალკოჰოლისა და სხვა ნარკოტიკების მოხმარებაზე**

წყარო: Office of Substance Abuse Prevention (OSAP). (1989). *Prevention Plus II-Tools for Creating and Sustaining Drug-free Communities* (DHHS Publication No. (ADM) 89-1649).

**პრევენციის მიზნის განსაზღვრა**

ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციის სფეროში ერთ-ერთი უცვლელი პრობლემა გახლავთ შეუთანხმებლობა პრევენციის მიზნების თაობაზე. არსებობს ორი გაბატონებული თვალსაზრისი იმაზე, თუ რა უნდა იყოს პრევენციის პროგრამების მიზანი. უფრო ძველი და, შეიძლება, ყველაზე ფართოდ აღიარებული თვალსაზრისია, რომ პრევენციის მიზანი აბსტინენციის მიღწევა ან შენარჩუნებაა. უფრო ახალი თვალსაზრისი ყურადღების ფოკუსში აქცევს პასუხისმგებლობით მოხმარებას და ზიანის შემცირებას.

აბსტინენციას, რა ამრითაც ის ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციის შესახებ ლიტერატურაში გვხვდება, სულ ცოტა, ორი მნიშვნელობა აქვს. ერთი, აბსტინენცია გამოიყენებოდა ნებისმიერი პიროვნების მიერ ნებისმიერი ნარკოტიკის მოხმარების საერთო აკრძალვის აღსანიშნად. ნივთიერებათა მოხმარების ისტორიის გადახედვა სხვადასხვა დროსა და კულტურების ფარგლებში გვიჩვენებს, რომ საერთო აკრძალვა შეიძლება მიუღწეველი იყოს. აბსტინენციის მნიშვნელობა,

მეორე მიდგომით, ეხება ან არჩეულ ნარკოტიკებს, ან სპეციფიკურ ჯგუფებს სოციუმში (მაგ., უმცირესობებს). ეს მიდგომა გადააწყდა სიძნელეებს – ნივთიერებებს (მაგ., ალკოჰოლი თუ მარიხუანა) და ჯგუფებს (მაგ., ალკოჰოლის მოხმარების ასაკი) შორის განსხვავებების დასაბუთებისას. სპეციფიკური აბსტინენციის მიდგომის ვარიანტია ყურადღების გამახვილება არამართებულ ან კრიტიკულ სიტუაციებზე, როგორცაა ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის მართვა ან ნივთიერებათა მოხმარება ორსულობის დროს. სპეციფიკური აბსტინენციის დამცველებს ზურგს უმაგრებს ბოლო ათწლეულის კვლევა, რომელიც აჩვენებს, რომ ალკოჰოლის პირველად მოხმარების ასაკი მომატებულია, უკანონო მოხმარება დაკლებულია და ნასვამ მდგომარეობაში ავტომობილის მართვასთან დაკავშირებული სასიკვდილო შემთხვევების რაოდენობა დაკლებულია (Healthy People 2010, 2000).

სპეციფიკური აბსტინენციის მიდგომის წარმატებამ, რომელსაც დაერთო აბსოლუტური აბსტინენციის ცხადი მარცხი, თავისი წვლილი შეიტანა ზიანის შემცირების მოდელის მხარდაჭერის ზრდაში. ზიანის შემცირების მხარდაჭერები აქცენტს უფრო მეტად სვამენ ალკოჰოლის, თამბაქოს და სხვა ნარკოტიკების მოხმარების საზიანო შედეგების შემცირებაზე, აბსტინენციის სანაცვლოდ (Marratt, 1998). აბსტინენცია ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა მართებული მიზანი იყოს, მაგრამ პრევენციისთვის გამოსადეგია სხვა მიზნებიც (მაგ., მოხმარების პატერნის ცვლილება, ნარკოტიკის შერჩევა ან სხვა ქცევები). ამგვარი მიდგომა არსობრივად ეთანხმება OSAP-ის გამოყენებულ საერთო მოდელს (ისევე, როგორც აბსტინენციაც) და ალბათ უფრო რეალისტური მიზანიცაა, ვიდრე აბსტინენცია ნარკოტიკების მოხმარებელ საზოგადოებაში, თუმცა, ზიანის შემცირების მიდგომას მაინც თავს ესხმოდნენ, როგორც კანონებთან თუ ნარკოტიკების მოხმარების საფრთხეთა შესახებ პოპულარულ შეხედულებებთან შეუთავსებელს. რომ განვაზოგადოთ, კონტროლირებად მოხმარებაზე ორიენტირებულ პრევენციულ პროგრამებს ფართო მხარდაჭერა ჰქონდა მხოლოდ „სოციალურ ნარკოტიკებთან“ – ანუ ალკოჰოლი, კოფეინი და ნიკოტინი – და ექიმის მიერ გამოწერილ ნარკოტიკებთან დაკავშირებით.

მაკკოუნი (MacCoun, 1998) აღნიშნავს: იმის გარდა, რომ არსებობს განსხვავებები მოხმარების შემცირების (აბსტინენციის) და ზიანის შემცირების მიზნებს შორის, ამ მიდგომათაგან თითოეულს შეიძლება უნებლიე შედეგებიც გააჩნდეს. მაგალითად, მოხმარების შემცირების ნარკოგანათლების პროგრამამ შეიძლება ზოგი სტუდენტი ნარკოტიკებისთვის თავის არიდებაზე წააქეზოს, ამავე დროს კი სხვები დაარწმუნოს, რომ მათ მიერ ნარკოტიკების მოხმარება უსაფრთხოა (Bensley & Wu, 1991). და პირუკუ, ზიანის შემცირების პროგრამამ, რომელიც პოპულარიზაციას უწევს მძღოლების გამოძახების სერვისს ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული ავარიების შესამცირებლად, შეიძლება „მგზავრებს“ უბიძგოს უფრო მეტი ალკოჰოლის მოხმარებაზე, ვიდრე იმ შემთხვევაში მოიხმარდნენ, თავად რომ ყოფილიყვნენ მძღოლები.

იმის გათვალისწინებით, რომ პრევენციის პროგრამა შეიძლება მიმართული იყოს ან მოხმარების შემცირებაზე, ან ზიანის შემცირებაზე, შეიძლება გაგვიჩნდეს კითხვა: ასე ბევრი პროგრამა ვითომ რატომ უნდა იყოს დაფუძნებული აბსტინენციაზე?

ამის რამდენიმე მიზეზი არსებობს. ჯერ ერთი, არსებობს ისტორიული ტრადიცია, რომელიც ნარკოტიკების ნულოვან მოხმარებაზე სვამს აქცენტს. მეორე, არსებობს ერთგვარი მარტივი ლოგიკა, რომელიც გვამცნობს, რომ, თუ ადამიანი ნარკოტიკებს არ მოიხმარს, ის მის ავადმომხმარებას ვერ შეძლებს. მესამე, ჩამოყალიბდა მისტიკა და ლეგენდები იმის შესახებ, რომ ნარკოტიკები ბოროტებაა. და ბოლოს, უფრო ადვილია აბსტინენციაზე მიმართულ მიზანზე შეთანხმება, ვიდრე კონტროლირებადი მოხმარების მისაღები დონის განსაზღვრა.

თუმცა არსებობს რამდენიმე სერიოზული დაბრკოლება იმისთვის, რომ პრევენციის მიზნად აბსტინენცია იყოს დასახული. უპირველესად, ავადმომხმარების პოტენციის მქონე ბევრ ნარკოტიკს აქვს კანონიერი და საყოველთაოდ აღიარებული

სამკურნალო გამოყენება მედიცინაში. ამგვარად, არსებობს პოტენციური კონფლიქტი და ძნელად შესამჩნევია განსხვავება ექიმის მითითებით მოხმარებასა და ავტორიტეტის დასტურის გარეშე იმავე ნივთიერებათა მოხმარებას შორის. მეორე, აბსტინენცია არ ითვალისწინებს ისტორიულ ფაქტს, რომ ფაქტობრივად ყველა ცნობილი კულტურა უშვებს ან კიდევაც წაახალისებს ერთი ან მეტი ფსიქოაქტიური ნარკოტიკის მოხმარებას სოციალური თუ რეკრეაციული მიზნებით. რა კრიტერიუმებით უნდა დავუდგინოთ განსხვავებული მოჰყრობა კოფეინსა და სხვა სტიმულატორებს, თამბაქოსა და მარიხუანას ან ალკოჰოლსა და სხვა დეპრესანტს? მესამეც, რაც კავშირშია მეორე მიზეზთან, უამრავი ფარმაკოლოგიური, ეტიოლოგიური და ეპიდემიოლოგიური კვლევა დიდად ვერ აძლევს საყრდენს ეგრეთ წოდებულ აბსტინენციის ლოგიკას ან ნივთიერებათა მოხმარების თუ ავადმოხმარების გარშემო შექმნილ მისტიკას თუ მითებს. მეოთხე, აბსტინენცია, როგორც პრევენციის მიზანი, შეიძლება შეუთავსებელი იყოს განვითარების პროცესებთან, რომლებიც ხაზს უსვამენ გადაწყვეტილებების მიღების, ფასეულობათა განსაზღვრის, დამოუკიდებლობის და პასუხისმგებლური ქცევის მნიშვნელოვნებას. და ბოლოს, აბსტინენციაზე აქცენტის დასმა არის ერთ-ერთი მიზეზი იმისა, რომ პრევენციის უამრავი პროგრამა თითქოსდა არაეფექტიანი გამოჩნდა, რადგანაც პროგრამის ან ღონისძიებების დასრულების შემდგომ ნივთიერებათა მოხმარების ნებისმიერი შემთხვევა ნეგატიურ შედეგად განიხილებოდა (Bacon, 1978). ამგვარად, ზიანის შემცირების პროგრამებს, რომლებიც მიმართულია კონტროლირებად მოხმარებაზე ან ნივთიერებათა ავადმოხმარების უარყოფითი შედეგების შემცირებაზე, შეიძლება წარმატების მეტი პერსპექტივა ჰქონდეს, ვიდრე აბსტინენციაზე ორიენტირებულ პროგრამებს.

## კაუზალური მოდელის შემუშავება

მას შემდეგ, რაც უკვე განსაზღვრულია ნივთიერებათა ავადმოხმარების პროგრამის მიზანი ან ამოცანა, ჩვენ გვჭირდება განვსაზღვროთ, თუ როგორ უნდა იქნეს მიღწეული ეს მიზანი. ნივთიერებათა ავადმოხმარების ან ავადმოხმარებული ნარკოტიკების შედეგების ცვლილების მიღწევა უმრავლეს შემთხვევებში დამოკიდებულია კაუზალური მოდელის შემუშავებაზე. ასეთი მოდელი განსაზღვრავს ნივთიერებათა ავადმოხმარების სავარაუდო წანამძღვრებს, რაც შესაძლებლობას გვაძლევს, გამოვარჩიოთ ფაქტორები, რომლებიც შეცვლას ექვემდებარება, და ამგვარად შევამციროთ ავადმოხმარების ინციდენტობა.

კაუზალურ მოდელში გათვალისწინებული უნდა იყოს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციოკულტურული გავლენები. თუ ვერ მოხერხდა განზრახული კაუზალური მოდელის მკაფიოდ ჩამოყალიბება, ამას შეიძლება შედეგად მოჰყვეს როგორც მოდელში ჩართვისთვის შერჩეული ფაქტორების მნიშვნელობის გადაჭარბებული შეფასება, ასევე – მოდელში არჩართული, მაგრამ თემასთან კავშირის მქონე ფაქტორებში არსებული მავალპენსირებელი პროცესების მნიშვნელობის დამცრობა. ორივე ეს უზუსტობა გულისხმობს, რომ რომ მაშინაც კი, თუ ჩვენ წარმატებით შევცვლით ნივთიერებათა ავადმოხმარების შერჩეულ წანამძღვრებს, პრევენციის პროგრამის თუ ღონისძიების შედეგი შეიძლება უმნიშვნელო იყოს ან საერთოდ ვერ მივიღოთ.

მაგალითად, ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის მართვის პრობლემის მოგვარების მცდელობა, როგორც წესი, მიმართულია ან დალევის შეზღუდვაზე ან ნასვამი მძღოლების გამოვლენასა და დასჯაზე. დალევის შეზღუდვას, ჩვეულებრივ, ცდილობენ საზოგადოებრივი განათლების კამპანიების საშუალებით, რომლებშიც ნაჩვენებია ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის მართვის რისკები. ნასვამი მძღოლების გამოვლენა და დასჯა სამართალდაცვის საზრუნავია. ეს მიდგომები საჭირო, მაგრამ არასრულია. ამათგან არც ერთი მიდგომა სათვალავში არ აგდებს სუბიექტურ

აღქმაზე ალკოჰოლის მწვავე და ქრონიკულ ეფექტს; აგრეთვე იმ ფაქტორს, რომ ბევრ ადამიანს სრულიადაც არ აქვს წინასწარ განზრახული, ჭარბად მოიხმაროს ალკოჰოლი და შემდეგ საჭეს მიუჭდეს. ჩვენ უნდა შევიმუშაოთ ისეთი აქტივობები, რომლებიც შეაკავებს ინტოქსირებული პირების მიერ მანქანის მართვას, როგორცაა მოწყობილობები, რომლებიც ადამიანებს არ მისცემს ავტომობილში ჩაჯდომის ან მისი დაქოქვის საშუალებას, ან როგორცაა ალტერნატიული ტრანსპორტირებით უზრუნველყოფა. მხოლოდ მაშინ დავინწყებთ ინტოქსირებული პირების მიერ მანქანის მართვის თავიდან ასაცილებელი ნარმატებული პროგრამების შემუშავებას, თუ ყურადღებას გავამახვილებთ როგორც ალკოჰოლის მოხმარების გამომწვევ, ასევე იმ ფაქტორებზე, რომლებიც ხელს უწყობენ ალკოჰოლის მიღების შემდეგ მანქანის საჭესთან დაჯდომას.

ამის მსგავსად, მოზარდების მიერ ნივთიერებათა ავადმომხმარების ანალიზი გვიჩვენებს, რომ ნარკოტიკების უკანონო მოხმარების დაწყებას ხელს უამრავი ფაქტორი უწყობს. მოზარდთა მიერ ნივთიერებათა ავადმომხმარების დაწყების პრევენცია კომპლექსური პრობლემაა და ყოველმხრივ მიდგომას მოითხოვს. ასეთი მიდგომა უნდა მოიცავდეს მრავალგვარ სისტემებზე (ახალგაზრდობა, ოჯახები, სკოლები და თემი) მიმართულ მრავალგვარ სტრატეგიებს (ინფორმაცია, ცხოვრებისეული უნარები, ალტერნატივები და სოციალური პოლიტიკა).

როგორც ზემოთ მოყვანილი მაგალითები გვიჩვენებს, ნივთიერებათა ავადმომხმარების პროგრამების შემუშავება მოითხოვს იმ ფაქტორების საკულდაგულო ანალიზს, რომლებიც ხელს უწყობენ ნარკოტიკების მოხმარებას და ავადმომხმარებას. ნივთიერებათა ავადმომხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების წარმატებით გადაჭრის იმედი შეიძლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში ვიქონოთ, თუ დავიხმართ ეტიოლოგიურ კვლევებს, რომლებიც გამოარჩევს და განმარტავს ურთიერთდამოკიდებულებებს კაუზალურ ფაქტორებს შორის.

## ცვლილების გამოწვევა

მას შემდეგ, რაც განსაზღვრული გვექნება რიგი სავარაუდო ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ ნივთიერებათა ავადმომხმარების პრობლემების გამოწვევას, ამ პრობლემების გავრცელებაში რეალური ცვლილების შეტანისას ჩვენ რამდენიმე პრობლემის წინაშე დავდგებით. ეს პრობლემებია: (1) ცვლილების პროცესის წამოწყებისა და გაგრძელებისთვის საკმარისი რესურსების მოპოვება, (2) პრევენციის პროგრამების და აქტივობების წინააღმდეგობათა დაძლევა, (3) პრევენციის აქტივობებისთვის შედეგის გამოსაღებად საკმარისი დროის დათმობა, (4) საკმარისი ინტენსიობის მქონე პროგრამების მიწოდება, (5) უზრუნველყოფა, რომ განზრახულმა ცვლილებებმა არ წარმოქმნას ახალი პრობლემები, (6) პოპულაციების შერჩევა სამიზნედ, და (7) პრევენციის პროგრამების ეფექტიანობის დემონსტრირება.

## რესურსების მოპოვება

პრევენციის პროგრამის წამოწყებისა და გაგრძელებისთვის საკმარისი რესურსების მოპოვება ისევ და ისევ უმთავრეს დაბრკოლებად რჩება. ძნელია, თუ არა შეუძლებელი, პრევენციაში ჩართული კერძო თუ საჯარო ფონდების სრული რაოდენობის განსაზღვრა; თუმცა, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების ავადმომხმარების პროგრამების მთლიანი ფონდებიდან პრევენციის დაფინანსებაზე, როგორც წესი, მხოლოდ მცირე პროცენტი თუ განიოიყოფა, მაშინ, როდესაც უდიდესი ნაწილი სამართალდაცვაზე მიდის. როგორც აღნიშნავდა ნათანი (Nathan, 1983), ნივთიერებათა ავადმომხმარების პრევენციაზე ზრუნვა ფედერალურ თუ საშტატო დონეზე არასაკმარისი დონისაა.



ფედარალური თუ საშტატო რესურსების არარსებობა უმეტესად შეიძლება მივანეროთ როგორც არათანმიმდევრულ სოციალურ პოლიტიკას პრევენციის დარგში, ასევე ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობის ფეხმოკიდებულ, დადგენილ ორიენტაციას. ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციის საკითხები არაერთი თვალსაზრისით ხშირად გადაეფარება ხოლმე რიგი სოციალური თუ პერსონალური პრობლემების საკითხებს, როგორცაა ფსიქიკური ჯანმრთელობა, განათლება, სამართალდაცვა და ჯანდაცვა. ამ გადაფარებმა გამოიწვია ის, რომ სათემო ორგანიზაციები ერთმანეთის კონკურენტები აღმოჩნდნენ ფონდების, კლიენტების და სხვა რესურსების მოპოვებისას. თუმცა ამ სხვადასხვა ორგანიზაციების კოორდინაცია და ინტეგრაცია სასურველია, ისიც ცხადია, რომ ამ მიზნების მისაღწევად (მაგ., თინეჯერთა შორის ალკოჰოლის მოხმარების და ფეხმძიმობის შემთხვევების შემცირება) მოითხოვს როგორც სოციალური პოლიტიკის ძალისხმევას, ასევე, პერსონალის ინტენსიურ ტრენინგს. დღესდღეობით ფედერალური ფონდები ბევრად დიდ უპირატესობას ანიჭებენ პრევენციას კანონის დაცვის იძულების მეშვეობით, ვიდრე სხვა ხერხებით.

მეორე დაბრკოლება პრევენციისთვის რესურსების მოძიების გზაზე გახლავთ ნივთიერებათა ავადმომხმარებლებისთვის მკურნალობის სისტემის ინსტიტუციონალიზაცია და დახვეწა. დახმარების გამწვევი პროფესიონალები გასაგები მიზეზების გამო უფრო ორიენტირებულნი არიან უკვე დაავადებული პიროვნების მომსახურებაზე, ვიდრე – პრევენციული პროგრამების განხორციელებაზე. ცხადია, რომ მკურნალობის კონცეფციის გარშემო პირადი ინტერესები წარმოიქმნა. მკურნალობის ქსელი განვითარდა რამდენიმე მიმართულებით, რომელთა შორისაა ნივთიერებათა ავადმომხმარებაში ეჭვმიტანილების ადრეული იდენტიფიკაცია, პროფესიონალური ინტერვენცია და გადამისამართება; განსაკუთრებული სამკურნალო საჭიროებების მქონე კონკრეტული პოპულაციების (ქალები, ახალგაზრდები, მოხუცები) გამორჩევა; და არა უშუალოდ დაზიანებული პირების (ნივთიერებათა ავადმომხმარებლების მეუღლეები და შვილები) დამხმარე ორგანიზაციების რაოდენობის გაზრდა. აქ ეჭვქვეშ როდი ვაყენებთ ამგვარი მიმართულებების საჭიროებას. მნიშვნელოვანი გახლავთ ის, რომ პრევენცია ხშირად აწყდება პირდაპირ თუ არაპირდაპირ წინააღმდეგობას, რადგან მიიჩნევა, რომ მასზე თანხების გამოყოფა – ეს საჭირო სამკურნალო რესურსებიდან ფონდების სხვაგან გადატანაა.

## პრევენციის წინააღმდეგობათა დაძლევა

პრევენციის მოდელების, მიზნების და ეტიოლოგიური ფაქტორების მრავალფეროვნების, ცხადი სოციალური პოლიტიკის უქონლობის და სამკურნალო ქსელში პირადი ინტერესების არსებობის გათვალისწინებით, გასაკვირი აღარ უნდა იყოს, რომ ჭირს კონსენსუსი იმის თაობაზე, თუ როგორ უნდა იქნეს მიღწეული ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენცია. როდესაც პრევენციის შეთავაზებები, პროგრამები და აქტივობები არღვევს სხვა ავტორიტეტული ორგანიზაციების (როგორცაა ალკოჰოლური სასმელების დამზადების ინდუსტრია, ფარმაცევტული წარმოება, რეკლამა, კანონის დაცვა, მედიცინა ან განათლება) ინტერესებს ან აღიქმება, როგორც მათი ინტერესების დამრღვევი, წარმოიქმნება დავა, დისკუსია და ამ განზრახვებს წინააღმდეგობა ხვდება. ამას მოჰყვება შეუთანხმებლობა პრევენციის საშუალებებსა და საბოლოო შედეგების თაობაზე, რამაც შეიძლება პრევენციის მიმართ წინააღმდეგობა გააჩინოს (Low, 1979). მაგალითად, სკოლაში პრევენციისა და საგანმანათლებლო პროგრამები შეიძლება წააწყდნენ წინააღმდეგობას სხვადასხვა საზოგადოებრივი ჯგუფების, მათ შორის, მშობლების მხრიდან – რომლებიც შეიძლება სულ სხვადასხვა მოსაზრებით იყვნენ პროგრამების წინააღმდეგნი. ასე მაგალითად, ერთ-ერთი პრობლემა, რომელიც უნდა გაითვალისწინოს პრევენციის ინიციატივამ,



გახლავთ კონტრაქტივობების წარმოება იმ ორგანიზაციათა მიერ, რომლებიც არ ეთანხმებიან ამ პროგრამის მიზნებს ან მეთოდებს.

**საკმარისი დროის დათმობა**

მესამე პრობლემა, რომელიც გათვალისწინებული უნდა იქნეს პრევენციის აქტივობებში, გახლავთ დროის ის რაოდენობა, რომელიც მოსალოდნელი ცვლილებების განვითარებას სჭირდება. პრევენციის პროგრამების ან აქტივობების შედგენისას დიდი ყურადღებით უნდა მოვევიდეთ პერიოდის განსაზღვრას, რომელიც მოსალოდნელი ცვლილებების წარმოსაჩენად არის საჭირო. პრევენციის დაგეგმვაზე მომუშავე ადამიანების არარეალისტური მოლოდინები, რომლებსაც თემის ან დამფინანსებელი წყაროების მოთხოვნები ემატება, შეიძლება ცვლილების მოკლე დროში მიღების თაობაზე არარეალისტური დაპირებების მიზეზი გახდეს.

ჯანმრთელობის დაცვის და რისკის შემცირების ზოგად სფეროში ამგვარი დაბრკოლებების უამრავი მაგალითი არსებობს. მონვეის საწინააღმდეგო პროგრამები (დანყებული დაახლ. 1964 წ.) და ავტომობილის ღვედის გამოყენების კამპანიები (ნამონყებული 1972 წელს) გახლავთ ორი მაგალითი იმისა, თუ როგორ იქნა გათვალისწინებული სოციალური ქცევის ძირეული შეცვლისთვის საჭირო დროის ხანგრძლივობა.

**ინტენსიობის უზრუნველყოფა**

პრევენციისთვის ნაყოფის გამოსაღებად დროის მიცემის გარდა, ჩვენ უნდა გავაცნობიეროთ, რომ ცვლილებების მოსახდენად მნიშვნელოვანია სათანადო ინტენსიობის პროგრამების მიწოდება. პროგრამის ინტენსიობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი მაშინაა, როდესაც სასკოლო პროგრამებს განვიხილავთ, მაგრამ გათვალისწინებული უნდა იყოს პრევენციის სხვა აქტივობების პროექტირებისასაც.

საგანმანათლებლო ინსტიტუციების უმრავლესობა მიიჩნევს, რომ ცოდნის და უნარების შექმნა ხდება წელა, თანდათანობით და ვარჯიშით. ასე ვასწავლით წერას, კითხვას, მათემატიკას, ისტორიას, სპორტს, მუსიკას და სხვა დისციპლინებს - დაწყებითი კლასებიდან უმაღლეს სასწავლებლებამდე. ისეთი საქმეც კი, როგორცაა მანქანის მართვის თუ იარაღის ხმარების ათვისება, გულისხმობს ინტენსიურ სასწავლო პროცესს. ამ დროს კი, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის განათლებაში ხშირად მიიჩნევენ, რომ ერთი ფილმი ან ერთი მოწვეული სტუმარი, თუ აქტივობათა 4-კვირიანი სერია კმარა ნარკოტიკების მოხმარების, არასათანადო მოხმარების ან ავადმომხმარებლის პრევენციისთვის.

თანამედროვე საზოგადოებაში ნივთიერებათა ავადმომხმარებელ მრავალმხრივი პრობლემაა, იგი მორალური, სამართლებრივი, ფსიქოლოგიური და სოციოლოგიური ასპექტებით გადაიკვეთება. იმისათვის, რომ პრევენციის ღონისძიებებს შედეგი ჰქონდეს, ისინი საკმარისად ინტენსიური უნდა იყოს და საკმარისად დიდი ხნის განმავლობაში გრძელდებოდეს, რათა იძლეოდეს უნარების სათანადოდ შექმნის, განმტკიცების და გავარჯიშების შესაძლებლობებს.

**პოზიტიური ბალანსის შენარჩუნება**

პროგრამას აქვს პოზიტიური ბალანსი, თუ მისი დადებითი შედეგები გადასწონის მის უარყოფით შედეგებს (Low, 1979). ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციის პროგრამის და აქტივობების დაპროექტების, განხორციელების და შეფასებისას დიდი ყურადღებით უნდა მოვევიდეთ მათ როგორც წინასწარ განზრახულ, ასევე უნებლიე ეფექტებს – როგორც პერსონალურ, ასევე სოციალურ დონეზე გაანალიზებისას.

პოზიტიური ბალანსის მნიშვნელოვნებას შეიძლება რამდენიმე არეალში ვადევნოთ თვალი. ჯერ ერთი, როგორც ლოუ აღნიშნავს, ნივთიერებათა მოხმარების სარგებელი უპირველესად პერსონალური და სუბიექტურია, მაშინ, როცა ამგვარ ქცევასთან დაკავშირებული პრობლემები დიდი ალბათობით ინტერპერსონალური და ობიექტური იქნება. ამგვარად, არსებობს გამოკვეთილი ტენდენცია, დამცირდეს ნივთიერებათა მოხმარების სარგებლიანობის ასპექტი და ხაზი გაესვას ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებულ პრობლემებს. მეორე, არის გამოკვეთილი ტენდენცია, ზედმეტად იქნეს განზოგადებული კლინიკის პოპულაციაზე დაფუძნებული კვლევები და ვაკეთდეს დასკვნა, რომ ნარკოტიკების სხვა მომხმარებლებსაც აქვთ (ან შეექმნებათ) იგივე პრობლემები (ჯანმრთელობის, საქმიანობის, სამართალდარღვევის, ოჯახური და სხვა), რაც უკვე მკურნალობაში ჩართულ ინდივიდებს აღმოაჩნდათ. მესამე, როგორც ჩანს, ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ბევრი, თუ ყველა არა, პროფესიონალი დაჟინებით განიხილავს ნივთიერებათა მოხმარებას სხვა პრობლემების წყაროდ, მაშინ, როცა სრულიად შესაძლებელია, რომ პირუკუ, ნივთიერებათა მოხმარებას იწვევდეს რაღაც სხვა პრობლემები. და ბოლოს, უნდა აღინიშნოს, რომ ორგანიზაციის მიერ ქცევის განსაზღვრა, როგორც სასურველის ან არასასურველისა, ხშირად დაუწერელ ნორმატიულ სტანდარტებს ეფუძნება. ეს სტანდარტები, თავის მხრივ, უფრო მეტად ემყარება შეხედულებებს – რა არის წესი, რა არის საყოველთაოდ აღიარებული და რა არის პოლიტიკურად მისაღები, ვიდრე ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ეტიოლოგიისა და ეპიდემიოლოგიის ემპირიულ შეფასებას.

პოზიტიური ბალანსის მნიშვნელოვნების მაგალითი შეიძლება მოვიყვანოთ ნივთიერებათა ავადმომხმარებასთან კანონდაცვით მიდგომაში (Nadelmann, 1997). ამ მიდგომის საფუძვლად დადებული ლოგიკა, როგორც ჩანს, ისაა, რომ (1) ნარკოტიკების ხელმისაწვდომობის ან მარაგების შემცირებით (ნარკოტიკების შემოტანაზე, დამზადებაზე, დისტრიბუციაზე და გაყიდვებზე სამართლებრივი შეზღუდვების დაწესებით) და (2) ნარკოტიკებზე მოთხოვნის შემცირებით (მომხმარებლების და დილერების დაპატიმრებით ან დაკავებით) ჩვენ შევძლებთ, შევამციროთ ნივთიერებათა მოხმარების და ავადმომხმარების პრევალენტობა. ამას გარდა, ხშირად განიხილება ის საკითხიც, რომ ნივთიერებათა მოხმარების პრევალენტობის შემცირება ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულებების შემცირებასაც გამოიწვევს. და ბოლოს, ამ მიდგომის დასკვნა ამტკიცებს, რომ, თუ სამართლებრივი აკრძალვები დასაწყისში არაეფექტიანია, საჭიროა, გავამკაცროთ სასჯელი დაუმორჩილებლობისთვის.

სამართლებრივი იძულების მიდგომის მომხრეები იყენებენ დაპატიმრების, სამართალდევნის და ციხის სტატისტიკას, ასევე, ნივთიერებების ავადმომხმარებელთა მკურნალობაში ჩართვისთვის გამიზნული პროგრამების მონაცემებს იმ მტკიცებულების გასამყარებლად, რომ ამგვარი მიდგომა შეიძლება ეფექტიანი იყოს ნარკოტიკების ავადმომხმარების შეკავების საქმეში. ნარკოტიკებთან დაკავშირებული სამართალდაცვის ამ შესაძლო სარგებლების საპირიწონედ უნდა დავდოთ ამ მიდგომის საფასურები, როგორცაა:

- ფინანსური ხარჯები, რომელიც მოიცავს ფედერალური, საშტატო და ადგილობრივი მთავრობების მიერ სამართალდაცვაზე ყოველწლიურად დახარჯულ მილიარდებს;
- სისხლის სამართლის პრობლემები, მათ შორის – მრავალრიცხოვანი პერსონალი, რომლებიც ჩამოშორებული არიან კანონდაცვის სხვა არეალებს; „უმსხვერპლო“ დანაშაულებებზე სამართლებრივი დევნის განხორციელების სიძნელეები; შესაძლო კორუფცია პოლიციელებს, პროკურორებსა და მოსამართლეებს შორის; და თემის იმ წევრების მტრული განწყობა და გაუცხოება, ვინც ეწინააღმდეგება ამ მიდგომას ან თავს დისკრიმინებულად გრძნობს ამ კანონებით დაპატიმრებული პიროვნებების სტიგმატიზაციის გამო;

- მოხმარებლებისთვის ჯანმრთელობის მომეტებული რისკი – გამონვეული „ქუჩის“ ნარკოტიკების ხარისხის არასაკმარისი კონტროლით, და ასევე, ნარკოტიკების მოხმარებისა დაავადებათა გავრცელებისა და სექტიკური პრობლემების მიზეზით (მაგ., შიდსი)
- გაზრდილი კრიმინალური აქტივობა – განპირობებული როგორც ნარკოტიკების მომწოდებელი შავი ბაზრით, ისე ნარკოტიკების შესაძენად ფულის მოპოვების საჭიროებით.
- ნარკოტიკებსა და მათ მოხმარებაზე არასწორი ინფორმაციის გამყარება, რაც გამონვეულია არალეგალური აქტივობების შესწავლის სიძნელეებით.

ნათელია, რომ პოზიტიური ბალანსი მოითხოვს, გადამოწმდეს ნარკოტიკებთან დაკავშირებული კანონების ეფექტიანობა და მათი გატარება ნივთიერებათა ავადმოხმარების პრევენციის სფეროში.

### სამიზნე პოპულაციების შერჩევა

პრევენციის მეექვსე პრობლემური საკითხია სამიზნე პოპულაციების შერჩევა. ცოდნა სავარაუდო სამიზნე პოპულაციის ისეთი მახასიათებლების შესახებ, როგორცაა კოგნიტური განვითარება, ფასეულობები და კულტურული ნიადაგი, არსებითია ეფექტიანი აქტივობების შესამუშავებლად. როცა ვიღებთ გადაწყვეტილებას, თუ როგორ შევუთანადოთ პრევენციის პროგრამა თუ აქტივობა აუდიტორიას, გასათვალისწინებელია სამი ზოგადი მიმართულება: ზოგადი vs კონკრეტული, პირდაპირი vs არაპირდაპირი და დისტალური vs პროქსიმალური.

ზოგადი პრევენციის პროგრამა შეიძლება გამოყენებული იქნეს პიროვნებათა ფართო სპექტრისთვის, იმის მიუხედავად, თუ რამდენად არიან ისინი ჩართული ნივთიერებათა მოხმარების თუ ავადმოხმარების საქმეში. ხოლო პრევენციის კონკრეტული პროგრამები ყურადღების ცენტრში აქცევს განსაზღვრულ ჯგუფებს, რომელთა სპეციფიკაც განსაზღვრულია სავარაუდო ან ემპირიულად დამოწმებულ მახასიათებლებზე დაყრდნობით. მაგალითად, ნარკოგანათლების პროგრამები ძირითადად ზოგადია, რადგანაც მათი მიზანია, გაზარდონ ცოდნის დონე, თუ რა სახის გავლენას ახდენს ნარკოტიკი ქცევაზე. მაგრამ შემუშავებული იქნა სპეციალური საინფორმაციო პროგრამებიც, რომლებიც მიმართულია, მაგალითად, შავკანიან ამერიკელებს, ინდიელ ამერიკელებს, ხნიერ ამერიკელებს და ესპანური წარმოშობის მქონე ამერიკელებს შორის ნარკოტიკების მოხმარების და ავად-მოხმარების პრობლემებზე.

მეორე ცვლადი ფაქტორი სამიზნე პოპულაციის შერჩევაში დამყარებულია იმაზე, პრევენციის აქტივობები იქნება პირდაპირი თუ არაპირდაპირი. პირდაპირი პრევენციის აქტივობები ნივთიერებათა ავადმოხმარებისთვისაა დამახასიათებელი, მაშინ, როცა არაპირდაპირი აქტივობები ყურადღებას მიაპყრობს უფრო ზოგად საკითხებს, რომლებიც ამა თუ იმ სახით კავშირშია ნივთიერებათა ავადმოხმარებასთან. ჯანმრთელობის ხელშეწყობის აქტივობები შეიძლება განხილული იყოს, როგორც ნივთიერებათა ავადმოხმარების არაპირდაპირი პრევენცია, რადგან ისინი შეიძლება ზემოქმედებდნენ არა მხოლოდ ნივთიერებათა მოხმარებაზე ან ავადმოხმარებაზე, არამედ გავლენა ჰქონდეთ რიგ სხვა ქცევებზეც (კვება, ვარჯიში და სტრესის კონტროლი). ამის საპირისპიროდ, ნივთიერებათა ავადმოხმარების პრევენცია სავარაუდოდ ფოკუსირებული იქნება ნარკოტიკების მოხმარებასთან თუ ავადმოხმარებასთან დაკავშირებული ემოციური, ბიპსიქოლოგიური და კოგნიტური ფაქტორების რაღაც კომბინაციათა შეცვლაზე და კვებას, ვარჯიშსა და სტრესის კონტროლს შეეხება იმდენად, რამდენადაც ისინი დაკავშირებული იქნებიან ნარკოტიკების მოხმარებასთან თუ ავადმოხმარებასთან.

და ბოლოს, პრევენციული პროგრამის სამიზნის არჩევისას კარგია, თუ გვე-მახსოვრება განსხვავება დისტალურ და პროქსიმალურ ცვლად ფაქტორებს შორის. მაგალითად, რაკი დადგენილია, რომ მოზარდთა მიერ ნივთიერებათა ავადმობმარებასთან კავშირშია როგორც მშობლების, ასევე თანატოლების ქცევა (Jung, 2001), პრევენციის პროგრამა შეიძლება ფოკუსირებული იყოს ამათგან რომელიმე ან ორივე ფაქტორზე. თუმცა, ფუნქციური ოჯახების, სათანადო მშობლის უნარების და მშობელსა და შვილს შორის კარგი ურთიერთობების განვითარება ხელს უწყობს და მოასწავებს კარგ ურთიერთობებს მოზარდ თანატოლებს შორისაც. ამგვარად, მშობლებზე მიმართულ პრევენციის პროგრამებს დაყოფნებული ეფექტი აქვს, ხოლო თანატოლებზე ორიენტირებული პროგრამები ნივთიერებათა მობმარებასა და ავადმობმარებაზე უფრო დაუყოვნებლივ მოქმედებს.

პრევენციის პროგრამის კონკრეტული ტიპის ან ტიპთა კომბინაციის შესარჩევად აუცილებელია, განისაზღვროს იმ პოპულაციის თუ ჯგუფის მახასიათებლები, რომელიც ამ პროგრამის სამიზნე უნდა გახდეს. ამგვარად, მას მერე, რაც უკვე წინასწარ შერჩეული იქნება სამიზნე პოპულაცია, უნდა ჩატარდეს საჭიროებათა შეფასება.

### შეფასების პროგრამები

ნივთიერებათა ავადმობმარების პრევენციის პროგრამების ეფექტიანობის შესაფასებელი კვლევების კარგად დაპროექტებას არსებითი მნიშვნელობა აქვს (Schaps, DiBartolo, Palley, & Churgin, 1978). არსებობს პრევენციის პროგრამებისა და აქტივობების შეფასებასთან დაკავშირებული როგორც ზოგადი, ასევე კონკრეტული საკითხების ვრცელი მიმოხილვები. ჩვენ აქ მათ განხილვას არ შევუდგებით, მაგრამ რამდენიმე საკითხი საგანგებო ყურადღებას იმსახურებს: (1) შეფასება, როგორც სოციალური თვალსაზრისის შექმნის პროცესი; (2) დამოკიდებულება სასურველს, განზრახულსა და მიღწეულს შორის; (3) კონტრასტი დაუყოვნებლივ მიღებულ და დაყოვნებულ ეფექტებს შორის; (4) მიღებული ეფექტის სიძლიერე; და (5) კლებადი ზღვრული სარგებლიანობის (declining marginal utility) კონცეფცია.

შემფასებელი კვლევა ძირითადად მოიცავს სოციალურ თვალსაზრისის პროგრამის თუ აქტივობის სარგებლიანობის თუ მისაღებობის შესახებ. თუმცა კი შეფასების დასასაბუთებლად გამოყენებული მონაცემები არსებითად ნეიტრალურია, გადაწყვეტილებები იმის შესახებ, თუ რა მონაცემები უნდა შეგროვდეს, როგორ უნდა შეგროვდეს და როგორ იქნება განმარტებული მათი შედეგი, მრავალ ფარულ თუ ცხად თვალსაზრისს გულისხმობს. ამგვარად, შეიძლება არსებობდეს ყურადსაღები უთანხმოება შემფასებელი კვლევის გუნდს, პროგრამის შემდგენლებსა და მენეჯერებს, და თემს შორის – პრევენციის პროგრამისა თუ აქტივობის შედარებითი წარმატების ან მარცხის თაობაზე.

მაგალითად, ნარკოგანათლების პროგრამა შეიძლება იმგვარად იყოს შედეგნილი, რომ ზრდიდეს მოსწავლის ცოდნას სხვადასხვა ნივთიერებათა გამოყენების სარგებლებსა და რისკებზე, იმ გათვლით, რომ ამ სახის ინფორმაცია შეამცირებს ნარკოტიკების მოხმარებას და ავადმობმარებას. შემფასებელმა კვლევამ შეიძლება გამოავლინოს, რომ, თუმცა ნარკოტიკების შესახებ ცოდნის დონემ მოიმატა, კვლევა არ იყო ისე შედეგნილი, რომ ეჩვენებინა, ცოდნის დონის ეს ცვლილება პროგრამის პირდაპირი შედეგი თუ იყო. მერე და მერე მან შეიძლება გამოავლინოს მცირე ან საერთოდ არავითარი გავლენა ნივთიერებათა მოხმარების ქცევაზე. ამგვარად, შედეგები არ იძლევა ერთმნიშვნელოვანი დასკვნის გამოტანის საშუალებას. თემმა, რომელიც მოზარდთა ქცევაში მხოლოდ მცირე ცვლილების მონშე იქნება, შეიძლება მიიჩნიოს, რომ ეს კერძო პროგრამა სასურველ შედეგს არ იძლევა.

ნივთიერებათა ავადმობმარების პრევენციის პროგრამების ეფექტიანობაზე შეუთანხმებლობის ერთ-ერთი უმთავრესი წყარო მომდინარეობს იმ განსხვავებიდან, რომელიც სასურველ, განზრახულ და მიღწეულ შედეგებს შორის არსებობს.



პროგრამის სასურველი შედეგები ასახავს, თუ რის იმედი აქვთ თემის სხვადასხვა ჯგუფებს. სასურველი შედეგები ხშირად არის ბუნდოვანი და არა მკაფიო, და ხშირად მორალისტურ ენაზე გამოითქმის (მაგ., მოზარდები არ უნდა სვამდნენ ალკოჰოლიან სასმელებს). პრევენციის აქტივობის განზრახული შედეგი ასახავს პროგრამის მკაფიო განზრახვას და მიზანს, როგორცაა ნასვამ მდგომარეობაში მანქანის მართვასთან დაკავშირებული მოზარდთა სიკვდილობის შემცირება. პრევენციის პროგრამის მიღწეული შედეგი ასახავს როგორც განზრახულ, ასევე განუზრახავ ცვლილებებს, რომლებიც ამ პროგრამის განხორციელებას უკავშირდება – მაგალითად, ზემოქმედების ქვეშ ავტომობილის მართვასთან (driving under the influence, DUI) დაკავშირებული რისკების უკეთესად გააზრება ზრდის დაქირავებული მძღოლების მომსახურების გამოყენების შემთხვევებს. რადგან პროგრამის თუ აქტივობის სასურველი, განზრახული და მიღწეული შედეგები შეიძლება ერთმანეთს არ ემთხვეოდეს, შემფასებელი კვლევიდან შესაძლოა, ბუნდოვანი იყოს, პრევენციის პროგრამა წარმატებული იყო თუ არა. როგორც ზემოხსენებულ მაგალითში ჩანს, პრევენციის პროგრამამ დასახულ მიზანს შეიძლება წინასწარ განუზრახავი ხერხით მიაღწიოს, ისე, რომ თემის მოლოდინი არ გამართლდეს.

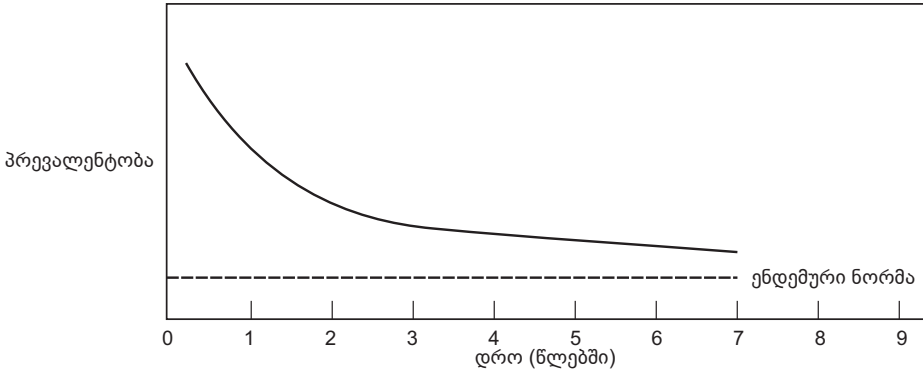
შეფასების შესამე პრობლემური საკითხი ეხება განსხვავებას დაუყოვნებელ და დაყოვნებულ შედეგებს შორის. არსებობს რამდენიმე მიზეზი, რის გამოც პროგრამის თუ აქტივობის დაუყოვნებელი ეფექტი შეიძლება როგორც რაოდენობრივად, ასევე ხარისხობრივად განსხვავდებოდეს დაყოვნებული შედეგებისგან (Bell & Battjes, 1985). მაგალითად, იმ საგანმანათლებლო პროგრამის ეფექტიანობა, რომელიც განიზრახავს ქალების მიერ ორსულობის და მეძუძურობის პერიოდში ნივთიერებათა მოხმარების და ავადმომხარების ზემოქმედების შემცირებას, მაგრამ გამიზნულია პუბერტატამდელი ასაკის აუდიტორიისთვის, შეიძლება დროში შესამჩნევად იცვლებოდეს. შეიძლება, განზრახული მიმართულებით მიღწეულ იქნეს დაუყოვნებელი და მნიშვნელოვანი კოგნიტური, ემოციური და ბიპევიორული ცვლილებები, რომლებიც დროთა განმავლობაში განქარდება; ასე რომ, სტატისტიკური განსხვავება საკონტროლო და ექსპერიმენტულ ჯგუფებს შორის პუბერტეტის ასაკისთვის არაარსებითია. ასევე, ცოდნის, ფასეულობებისა და ქცევის პუბერტატამდელი ცვლილება შეიძლება არ გარდაიქმნეს რეპროდუქციულ ასაკში ისეთ ქცევად, რომელსაც პროგრამა განიზრახავდა. ამგვარად, შესაფასებელი კვლევის შედეგები შეიძლება სხვადასხვა ეფექტზე მეტყველებდეს, იმის მიხედვით, თუ რა დროა გასული პროგრამასა და კვლევას შორის.

პრევენციის პროგრამების და აქტივობების შეფასებასთან დაკავშირებული მეოთხე პრობლემური საკითხი ეხება ურთიერთდამოკიდებულებას სტატისტიკურ მნიშვნელობას, ეფექტების სიძლიერესა და ნიმუშის ზომას შორის. ნაკლებად მოსალოდნელია სტატისტიკური მნიშვნელობის მქონე შედეგის მიღება, თუ პრევენციის პროგრამის ან შედეგებია დაბალი, ან ანალიზის ერთეულთა რაოდენობაა მცირე. რადგანაც პრევენციის ბევრი პროგრამა ხშირად მცირე რაოდენობის ანალიზის ერთეულზე მუშაობს (ვთქვათ, 30-მოსწავლიან ერთ კლასთან), იმისათვის, რომ მის შედეგებს სტატისტიკური მნიშვნელობა მიეცეს, მათი მაჩვენებლები თვალსაჩინოდ დიდი უნდა იყოს. ამ დროს, იმავე პროგრამას შესაძლოა მშვენივრადაც შეეძინა სტატისტიკური მნიშვნელობა, მასში მეტი პიროვნება, კლასი ან თემი რომ ყოფილიყო ჩართული. ამგვარად, პროგრამის ხილული ეფექტიანობის განხილვისას უნდა გავითვალისწინოთ როგორც ეფექტების სიდიდე, ასევე, ნიმუშის მოცულობა.

მეხუთე საკითხი, რომელიც შეფასების კონტექსტში უნდა განვიხილოთ, ეს კლებადი ზღვრული სარგებელია. ამ კონცეფციის მიხედვით, რაც უფრო ნაკლებია განსხვავება რეალურ (ემპირიულად დადასტურებულ) მოვლენას და მოვლენის მაქსიმალურ (ან მინიმალურ) ინციდენტობას შორის, მით უფრო ძნელი იქნება ამ მოვლენის შეცვლა. ანუ, თუ თემში ნივთიერებათა ავადმომხარების პრევალენტობა ბევრად აღემატება ენდემურ ნორმას (მინიმალურად მიღწევადი მაჩვენებელი), მაშინ



პრევალენტობის დონის შემცირება შედარებით ადვილია. მაგრამ, რაც უფრო იკლებს პრევალენტობა, სულ უფრო მეტად ძნელდება მისი მაჩვენებლის შემცირება და კლების ტენდენციის გაგრძელება მოითხოვს დამატებითი რესურსების გამოყოფას, უფრო ქმედით პროგრამებს ან უფრო ეფექტიან პროგრამებს. დიაგრამა 10.3 ასახავს კლებადი ზღვრული სარგებლის კონცეფციას, პრევენციის პროგრამებთან მიმართებაში.



დიაგრამა 10.3 | პრევენციის პროგრამების კლებადი ფორმული სარგებელი

პრევენციის პროგრამის დაწყებიდან ერთ წელიწადში პრევალენტობის მაჩვენებელი შეიძლება თავდაპირველი, პროგრამის ამუშავებამდე არსებული მაჩვენებლის 70%-ს შეადგენდეს. თუმცა, 2 წლის მერე პრევალენტობა შესაძლოა თავდაპირველი ზომის ჯერ კიდევ 50% იყოს. მე-3 წლის დასასრულს მაჩვენებელი თავდაპირველის 40%-ია და ყოველ მომდევნო წელს პრევენციის პროგრამას სულ უფრო ნაკლები ზემოქმედება აქვს, ვიდრე წინა წელს ჰქონდა.

ცხადია, რომ პრევენციის პროგრამის კონტექსტი მნიშვნელოვანია პროგრამის თვალსაზიროთ ეფექტიანობის შესაფასებლად. პროგრამას ან აქტივობას, რომელიც პრევალენტობის ძალიან მაღალი მაჩვენებლის მქონე თემში ხორციელდება, შეიძლება მნიშვნელოვანი ეფექტი ჰქონდეს, მაგრამ იგივე პროგრამამ პრევალენტობის დაბალი მაჩვენებლის მქონე თემში შესაძლოა მცირე ან ნულოვან ცვლილებას მიაღწიოს (Bacon, 1978). ასევე, პროგრამა, რომელიც დასაწყისში წარმატებულია თემში ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მაჩვენებლის შემცირებაში, შეიძლება დროთა განმავლობაში არაეფექტიანი გახდეს. ასე რომ, თუ პროგრამა ერთი შეხედვით ეფექტიანი ან არაეფექტიანი ჩანს, ჩვენ ყურადღებით უნდა განვიხილოთ კონტექსტი, რომელშიც ის ხორციელდებოდა, და გავიაზროთ, რომ მას სხვადასხვა კონტექსტებში შესაძლოა ძლიერ განსხვავებული ზეგავლენა გამოეწვიოს.

ახლა დროა, ვახსენოთ ბოლო საფრთხილო ფაქტორი, რომელიც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციისთვის განკუთვნილი პროგრამების და აქტივობების შეფასებას უკავშირდება. პრევენციის პროფესიონალებმა, როგორც ჩანს, მკურნალობაზე ორიენტირებულ თავიანთ თანამომდევებზე ბევრად ადვილად მიიღეს და დაამონუმეს სკრუპულოზური შეფასების კონცეფცია. შესაბამისად, როგორც წესი, ლიტერატურა პრევენციის პროგრამების შეფასების შესახებ უფრო ხშირად შეეხება კვლევის დაგეგმვის საკითხებს, ვიდრე ლიტერატურა მკურნალობის შესახებ. მაგალითად, განვიხილოთ პროგრამის ეფექტიანობის შეფასებისას როგორც ექსპერიმენტული, ასევე საკონტროლო ჯგუფების გათვალისწინების არსებითი მნიშვნელოვნება. მაშინ, როცა საკონტროლო ჯგუფები, როგორც ჩანს, რუტინულად

არიან ჩართული პრევენციის შეფასების კვლევებში, მკურნალობის პროგრამები მხოლოდ იშვიათად თუ იყენებენ საკონტროლო ჯგუფის ამა თუ იმ ფორმას. აქედან გამომდინარე, თუმცა პრევენციის პროგრამების როგორც ეფექტიანობა, ასევე მეცნიერული სიზუსტე სამართლიანად ხდებოდა განხილვის საგანი, იგივე კრიტიკა და წუხილი სრულიად ერგება მკურნალობის შესახებ „ცოდნის“ უდიდეს ნაწილს.

## პრევენციის პროგრამების ეფექტიანობა

ამ თავში განვიხილავთ შესაფასებელ კვლევას, რომელიც უკავშირდება ნივთიერებათა ავადმოხმარების პრევენციის სხვადასხვა პროგრამებს. როგორც ხშირად ხდება გამოყენებით კვლევებში, ეს ნაშრომებიც ხშირად გამხდარა კრიტიკის საგანი მათი მეთოდოლოგიური სისუსტის გამო.

### მასშტაბის პროგრამები

მასშტაბის პროგრამები ცდილობენ აღძრან მოტივაცია ნივთიერებათა მოხმარებისგან თავის არიდებაზე (მოთხოვნის შემცირებაზე) ცოდნასა და ატიტუდებზე ზემოქმედების გზით. ვალაკი (Wallack, 1981) აღნიშნავდა, რომ ამგვარ პროგრამებს შეზღუდული ეფექტი აქვთ, ხოლო ბენსლიმ და ვუმ (Bensley and Wu, 1991) აღმოაჩინეს, რომ მესიჯები, რომლებიც მაღალ საფრთხეზე მიუთითებენ, განსხვავებულად ზემოქმედებენ ალკოჰოლის მოხმარების გაზრდაზე, განსაკუთრებით, ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებლებს შორის. ალკოჰოლის რეკლამირებაზე დაფუძნებული კვლევა მცირე კავშირს პოულობს ნივთიერებათა მოხმარებას, და ასეთი რეკლამების აკრძალვასა თუ გაყიდვების გაზრდის მიზნით განეულ ხარჯებს შორის (Smart, 1988). თუმცა მასშტაბის საშუალებით წარმოებულ კამპანიებს და რეკლამებს შეუძლიათ დიდ აუდიტორიაზე წვდომა მცირე დანახარჯების საფასურად, მიმდებებმა მათ შეიძლება სრულიად სხვადასხვაგვარად დაუგდონ ყური, სხვადასხვაგვარად აღიქვან, მიიღონ და ირეაგირონ მათზე.

### აკონომიკური კონტროლი

ალკოჰოლთან დაკავშირებით, არსებობს მონაცემები, რომ ფასის გაზრდას (დაბეგვრის მეშვეობით) თან სდევს მოხმარების შემცირება (Leung & Phelps, 1993). თუმცა ეს კანონზომიერება ნაკლებად არის გამოკვეთილი ლუდზე, ვიდრე მაგარ სპირტიან სასმელებსა და ღვინოზე. ბევრად ძნელი იყო ამგვარი კვლევის ჩატარება აკრძალული ნარკოტიკების გამოყენებაზე. თუმცა, მოსალოდნელია, რომ ჭარბად მოხმარებლები გააძლიერებდნენ თავიანთ დანაშაულებრივ საქმიანობას გაზრდილი ფასების საკომპენსაციოდ (Reuter & Caulkins, 1995). ასევე, ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებლების ქცევაზე ფასების ცვლილება ნაკლებ გავლენას მოახდენს, ვიდრე ზომიერი და მსუბუქი მოხმარებლების ქცევაზე.

### საბანანათლებლო პროგრამები

შეიძლება, ნივთიერებათა ავადმოხმარების პრევენციის ყველაზე გავრცელებული მიდგომა სკოლების ბაზაზე ჩატარებული ნარკოგანათლების პროგრამებია. საბანანათლებლო პროგრამები მოიცავს მრავალ სხვადასხვა სახის მიდგომას, მათ შორის – ცოდნის/ინფორმაციის მიცემას, ემოციურ განათლებას და ქცევითი უნარების ტრენინგს. სკოლის ბაზაზე მომუშავე პროგრამების შეფასებამ დაადგინა, რომ ცოდნაზე დაფუძნებული (Schaps et al., 1978) ან თვითშეფასების გასაზრდელი (Hopkins, Mauss, Kearney, & Wilsheit, 1988) პროგრამები მცირე ეფექტს იძლევა.

თუმცა, ბიპევიორული უნარების ტრენინგი (G. J. Botvin, Schinke, Epstein, Diaz, & E. M. Botvin, 1995) და ნორმატიული განათლება (Hansen, Graham, Wolkenstein, & Rohrbach, 1991; Pentz, 1995) შედეგის მომტანი აღმოჩნდა.

ტობლერმა (Tobler, 1997) ჩაატარა 120 პროგრამის მეტაანალიზი, რომელიც გვაფიქრებინებს, რომ პრევენციის აქტივობის ჩასატარებლად გამოყენებული მეთოდი უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე მისი შინაარსი. ტობლერმა პროგრამები ოთხ კატეგორიად დაყო და დაადგინა, რომ ინტერაქტიული პროგრამები არაინტერაქტიულებზე უფრო ეფექტიანი იყო. ინტერაქტიული პროგრამები ყურადღებას ამახვილებენ ინტრაპერსონალურ და ინტერპერსონალურ განვითარებაზე, ლიდერი კი მათში წამყვანის როლს ასრულებს. არაინტერაქტიული პროგრამები მიმართულია ინფორმაციის გავრცელებაზე ლიდერის მეშვეობით, სადაც ლიდერი მასწავლებლის როლს ირგებს, ხოლო მოსწავლეები პასიურ მონაწილეებად რჩებიან.

### განათლება ნივთიერებათა ავადმომხმარებელთა მდებარეობის მასაქლიერებალად

განათლება ნივთიერებათა ავადმომხმარებელთა მედეგობის გასაძლიერებლად (Drug Abuse Resistance Education, DARE) 1983 წელს დაიწყო, როგორც თანამშრომლობითი პროექტი ლოს ანჯელესის პოლიციის დეპარტამენტსა და საჯარო სკოლებს შორის. ეს პროგრამა შედგება 17 კომპონენტისგან, რომლებსაც ფორმირებული პოლიციის თანამშრომლები ახორციელებენ. DARE სწრაფად გავრცელდა და 1994 წელს იგი ყველა შტატში იყო ამუშავებული. მას დაახლოებით 8000 თემი და საჯარო სკოლების ნახევარზე მეტი იყენებდა. მის ფინანსურ მხარდაჭერას უზრუნველყოფდა ფედერალური ხელისუფლება, „უნარკოტიკო სკოლებსა და თემებზე დადგენილების“ (Drug-Free Schools and Communities Act) მეშვეობით. იმის მიუხედავად, რომ ამ მიდგომას რამდენიმე დადებითი ელემენტი მართლაც ჰქონდა, ენეტის, ტობლერის, რინგვოლტის და ფლეველინგის (Ennett, Tobler, Ringwalt, and Flewelling, 1994) შეფასებით, იგი მცირე გავლენას ახდენდა ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის ქცევაზე, ხოლო ტობლერმა (1997) მას არაინტერაქტიული მოდელის კლასიფიკაცია მიანიჭა. ამგვარად, მისი პოპულარობის მიუხედავად, DARE-ს, როგორც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის პრევენციის პროგრამას, ჩანს, არ ჰქონია ისეთი ეფექტი, როგორის მოლოდინიც ჰქონდათ.

### მრავალფაქტორიანი მიდგომები

ბოლო 20 წლის განმავლობაში პრევენციისათან სამი გარკვეულწილად ურთიერთდაკავშირებული მიდგომა განვითარდა. ესენია: რისკის და დამცავი ფაქტორების თეორია (Hawkins, Catalano, & J. Y. Miller, 1992); გამძლეობის მოდელი (Werner & Smith, 1992); და განვითარების აქტივობის მიდგომა (Leffert, Benson, & Roehlkepartain, 1997). სამივე ეს მიდგომა აღიარებს, რომ არსებობს მრავალი ცვლადი ფაქტორი, რომლებმაც შეიძლება გავლენა მოახდინოს ნივთიერებათა მოხმარების დაწყებაზე. ამ მიდგომათაგან თითოეული ცდილობს, გამოარჩიოს ფაქტორები, რომლებიც ამცირებენ ნარკოტიკების მოხმარების ალბათობას (დამცავი ფაქტორები, გამძლეობის ფაქტორები ან აქტივები) და იმ მოვლენათა ტიპები, რომლებიც ზრდის ნარკოტიკების მოხმარების რისკს. 17-კომპონენტიანი DARE-ის მიდგომისგან განსხვავებით, ეს მრავალფაქტორიანი მიდგომები მოითხოვს საჭიროებათა შეფასებას, რათა განისაზღვროს, რომელი ფაქტორებია რელევანტური და შემდეგ შედგეს შესაბამისი აქტივობები მათი გავლენის გასაძლიერებლად ან გასაუმჯობესებლად. იმის გამო, რომ ყურადღებები ფაქტორები და ჩასატარებელი აქტივობების არჩევანი იცვლებოდა სხვადასხვა ვითარების კვალად, შეფასების მკაფიო შედეგების დადგენა ძნელი აღმოჩნდა.

**სამართლებრივი გზადუღვა**

დაბევრის გარდა, სხვადასხვა ფედერალური თუ საშტატო კანონები შეეხება კანონიერი თუ უკანონო ნარკოტიკების მიწოდების და მოთხოვნის საკითხებს. ეს სამართლებრივი გზადუღვა შეიძლება პრევენციულ ზომებადაც განვიხილოთ. არ არის ცხადი, თუ რამდენად ეფექტიანია ეს ზომები. მისი მომხრეები ამტკიცებენ, რომ კანონი ზღუდავს ნარკოტიკების მიწოდებას და თან აფრთხობს პიროვნებას, რომ ნივთიერება არ მოიხმაროს. მოწინააღმდეგეები აღნიშნავენ, რომ სამართლებრივი იძულება ნარკოტიკების მიწოდების (ხელმისაწვდომობის) შემცირებაზე სადავო გადაწყვეტილება და შეიძლება, მოთხოვნაზე კი არ მოახდინოს გავლენა (Institute of Medicine, 1996), არამედ შეიძლება გაზარდოს ფასები და, საბოლოო ჯამში, კრიმინალური აქტივობა (MacCoun & Caulkins, 1996). ცხადია, რომ, დაკავების და დაპატიმრების ინტენსიობის გაზრდის, და ნარკოსასამართლოების და განრიდების პროგრამების გააქტიურების მიუხედავად, უკანონო ნარკოტიკების მოხმარების დონე მაინც მაღალი რჩება.

**მომხმარებლისთვის განკუთვნილი პროგრამები**

მომხმარებლისთვის განკუთვნილი პროგრამები, რომლებშიც გამოიყენება ერთგვარი კომბინაცია ინტერვენციის ისეთი მეთოდებისა, როგორცაა ინფორმაციის გავრცელება, უნარების გავარჯიშება, მხარდამჭერ ჯგუფებში ჩართვა და ოჯახის გაძლიერება, ყურადღებას მიაპყრობს როგორც პირველად, ასევე მეორად პრევენციას. ამ ინტერვენციების განხილვა (Ashery, Robertson, & Kumpfer, 1998) აჩვენებს, რომ ისინი შეიძლება წარმატებული აღმოჩნდეს როგორც დამოუკიდებლად, ასევე, სხვა პროგრამებთან კომბინირებულად (მაგ., სკოლის ბაზაზე განხორციელებულ პროგრამებთან).

**თემატიკური პროგრამები**

ახალგაზრდებისთვის მომსახურების მისაწოდებლად განკუთვნილმა ბევრმა სათემო პროგრამამ (როგორცაა, მაგ., ახალგაზრდა მამაკაცთა ქრისტიანული ასოციაცია/ ახალგაზრდა ქალთა ქრისტიანული ასოციაცია [Young Men's Christian Association, YMCA/Young Women's Christian Association, YWCA], უფროსი ძმები/უფროსი დები [Big Brothers/Big Sisters], ეკლესიები) გააფართოვა თავისი საქმიანობა მასში ნივთიერებათა ავადმყოფობების პრევენციის ჩართვით. ჩვეულებრივ, ისინი, თავიანთ არსებულ პროგრამაში რთავენ საგანმანათლებლო კონტენტს, რომელიც მსგავსია ადრე განხილული საგანმანათლებლო შინაარსისა და მსგავსივე შედეგები აქვს (Pentz, 1995).

**უნაყოფიერო სამუშაო სივრცე**

1980-იანი წლების განმავლობაში სწრაფად გავრცელდა თანამშრომელთა დახმარების პროგრამები, რომლებიც მიზნად ისახავდა კორპორატიული დანახარჯების შემცირებას პრობლემური თანამშრომლების გამორკვევის და ინტერვენციის გზით (პრობლემებს შორის იყო შესრულებული სამუშაოს დაბალი ხარისხი, მეტისმეტი სიზანტე, სამუშაო დროის კარგვა, ხშირი გაცდენები). ამ მოძრაობას ხელს უწყობდა ფედერალური გადაწყვეტილება სამუშაო სივრცის ნარკოტიკებისგან თავისუფალ ადგილად ქცევის შესახებ. თუმცა ამგვარი პროგრამები ზოგადად ფინანსურად მომგებიანად მიიჩნეოდა, მათი გავლენა ალკოჰოლის თუ ნარკოტიკების მოხმარებაზე ნაკლებად ცხადია (Jung, 2001).

## ნივთიერებათა ავადმობხმარების პრევენციის ცენტრის სტრატეგია

ნივთიერებათა ავადმობხმარების პრევენციის ცენტრმა (the Center for Substance Abuse Prevention, CSAP) შეიმუშავა და წინ წამოსწია ნივთიერებათა ავადმობხმარების პრევენციის სტრატეგია, რომელიც ექვს ელემენტს იყენებს. ესენია: (1) ინფორმაციის გავრცელება ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების მოხმარების/ავადმობხმარების/დამოკიდებულების გავლენაზე ცოდნის ასამაღლებლად; (2) პრევენციული განათლება, რომელიც იყენებს ინტერაქტიულ ღონისძიებებს ცხოვრებისეულ უნარ-ჩვევებზე ზემოქმედებისთვის; (3) ალტერნატიული აქტივობები, რომლებიც ხელს შეუწყობს ჩართულობას ნარკოტიკებისგან თავისუფალ აქტივობებში; (4) თემის ბაზაზე წარმართული პროცესები თემში ნივთიერებათა ავადმობხმარების პრევენციის, ინტერვენციის, მკურნალობის და რეციდივის თავიდან აცილების სამსახურების ხელშესაწყობად; (5) გარემოზე ორიენტირებული მიდგომები, რომლებიც ყურადღების ფოკუსში აქცევს თემის სტანდარტებს, განწყობებს და რეგულაციებს, რომლებიც შესაძლოა აკავებდნენ ნივთიერებათა ავადმობხმარებას; (6) უკანონო ნარკოტიკების მოხმარებაში ჩართული პიროვნებების პრობლემათა გამორკვევა და სათანადოდ გადამისამართება. CSAP-ის მიერ დაფინანსებულ კვლევაში ჩანს, რომ მრავალმხრივი მიდგომები, რომლებიც რამდენიმე სტრატეგიას იყენებენ, უფრო ეფექტიანია, ვიდრე ერთ ან ორ ელემენტზე დაყრდნობილი მოდელები (Braunstein, Zweig, & Gardner, 1998).

პრევენციის მიდგომათა წინამდებარე მიმოხილვიდან ალბათ ნათელია, რომ პრევენციის პროგრამაში მომუშავე ადამიანებს თვალსაჩინო ნაბიჯი აქვთ გადადგმული თავიანთი საქმიანობის დაგეგმვის, განხორციელების და ეფექტიანობის დემონსტრირების საქმეში. პრევენცია შეიძლება, რომ შედეგიანი იყოს. მაგრამ ჯერ კიდევ საკვლევი, თუ როგორი უნდა იყოს მისი შინაარსი, აუდიტორია, მიმწოდებლები, მიწოდების მეთოდები და მათი ურთიერთდამოკიდებულებები. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ჩვენ უნდა განვსაზღვროთ, თუ რა აქტივობები, რა სახით, როგორი შემსრულებლის მიერ და რომელი აუდიტორიისთვის განხორციელებული, მოგვცემს საუკეთესო შედეგს.

## შეჯამება

ნივთიერებათა ავადმობხმარების პრობლემებზე საზოგადოების რეაქცია ტრადიციულად სამკურნალო ან სამართალდაცვითი მიდგომით გამოიხატება. თუმცა, ამ მიდგომების სიძვირემ და საჭკვო ეფექტიანობამ გამოიწვია ინტერესის ზრდა პრევენციის მიმართ, რომელიც დღესდღეობით ნივთიერებათა ავადმობხმარების სერვისის ქსელის განუყოფელ კომპონენტად მიიჩნევა.

თანამედროვე პრევენციის პროგრამების მიმოხილვა გვიჩვენებს, რომ პრევენციის ინიციატივები აწყდებოდნენ და აწყდებიან იმავე ტიპის პრობლემებს, რომელთა წინაშეც მკურნალობის მიმწოდებლებიც დგებიან. მათ შორისაა:

- ნივთიერებათა ავადმობხმარების პრობლემების განსაზღვრა და გაზომვა;
- პროფესიონალთა და თემის წინააღმდეგობა;
- დავა პრევენციის პროგრამების მიზნების ირგვლივ;
- კაუზალური მოდელების შემუშავება;
- კვლევებზე დაფუძნებულ ინტერვენციათა გამოყენება;
- სათანადო რესურსები;
- მოსალოდნელი ცვლილებებისთვის საკმარისი დრო;
- ძალისხმევა ქცევითი ცვლილებების მოსახდენად და განსამტკიცებლად;
- სამიზნე პოპულაციის განსაზღვრა და პრევენციის პროგრამის მისადაგება პოპულაციის მახასიათებლებთან;
- შედეგების გულდასმით შეფასება.



უფრო ეფექტიანი პრევენციის პროგრამების შესამუშავებლად შეიძლება რამდენიმე ნაბიჯი გადაიდგას. პირველი ნაბიჯი გახლავთ დაგეგმვის ისეთი, ემპირიულად დადასტურებული პროცესების გამოყენება, რომლებშიც შეჭერებულია სოციალური, ბიპევიორული, საგანმანათლებლო და ჯანმრთელობის კვლევებიდან მიღებული ინფორმაცია. მეორე და მესამე ნაბიჯებია უზრუნველყოფა, რომ პრევენციის პროგრამა მრავალმხრივი და ინტენსიური იყოს, რათა იგი კიდევაც მისწვდეს განზრახულ სამიზნე პოპულაციას და კიდევაც შეძლოს ქცევაში ცვლილებების მოხდენა. მეოთხე, უნდა წარმოებდეს დაკვირვება პროგრამის შიდა და გარე თანმიმდევრულობაზე, რათა თავიდან იქნეს აცილებული წინააღმდეგობრივი გზავნილები და ჩამოყალიბდეს ისეთი მესიჯი, რომელიც აღქმადი იქნება სამიზნე პოპულაციისთვის. მეხუთე, პრევენციის პროგრამების შემსრულებლები გულისყურით უნდა შეირჩეს და ჩაუტარდეთ ტრენინგი, რათა მოხერხდეს, რომ აუდიტორიამ ისინი ინფორმაციის სანდო წყაროდ მიიღოს. მეექვსე, პრევენციის პროგრამები თემში უნდა გაითავისოს, ანუ ისინი თემის ნაწილად უნდა იქცეს. და ბოლოს, უაღრესად მნიშვნელოვანია პრევენციის პროგრამების საჯარო შეფასებები, თუ გვინდა, გავაუმჯობესოთ ჩვენი პროგრამები და მოვარგოთ ისინი თემის ცვალებად საჭიროებებს.

თუმცა ნივთიერებათა ავადმობზარების პრევენციაზე მუშაობა მთელ რიგ დაბრკოლებებს აწყდება, ეპიდემიოლოგიური კვლევები აჩვენებს, რომ ჩვენი საზოგადოების წევრთა უმრავლესობა არ დგას ნივთიერებათა ავადმობზარების მწვავე ან ქრონიკული პრობლემების წინაშე. ამის მისაღწევად პრევენციული ქმედებები განხორციელდა. ახლა საჭიროა, ეს აქტივობები სისტემატიზირდეს – მათი ეფექტიანობის გასაზრდელად და ისეთი ახალი მიდგომების შესამუშავებლად, რომლებსაც ზემოქმედება ექნება სამიზნე პოპულაციებზე. პრევენციაში ჩადებული ძალისხმევა დაგვეხმარა, მეტი ცოდნა შეგვეძინა ნივთიერებათა ავადმობზარებასთან დაკავშირებული პრობლემების შესახებ; ამასთან, მას თავისი წვლილი შეაქვს ნივთიერებათა ავადმობზარების უფრო წარმატებული სერვისების ქსელის განვითარებაში.

### კითხვები ფიქრისა და განსჯისათვის

1. თქვენ გთხოვს, შეგედგინათ ნივთიერებათა ავადმობზარების პრევენციის პროგრამა თქვენი თემის სკოლის უფროსი კლასებისთვის. როგორ ფიქრობთ, რა უნდა იყოს ასეთი პროგრამის უმთავრესი კომპონენტები? თუ იქნება შესაძლებელი, მასში ჩართული იქნეს როგორც პირველადი, ასევე მეორადი პრევენციის ასპექტები, რომლებიც მიმართულია თავად მოსწავლეებზეც და სკოლის გარემოზეც?
2. თქვენ რომ ასეთ პროგრამას ახორციელებდეთ, რას მოიმოქმედებდით და-სარწმუნებლად, რომ პროგრამის მიზნების თაობაზე საერთო შეთანხმება მიღწეული გაქვთ? როგორ მოიპოვებდით პროგრამის გავლენის არეში მოქცეული სხვადასხვა ჯგუფების მხარდაჭერას?
3. რა გამოწვევების წინაშე დადგებოდით პრევენციის პროგრამის ეფექტიანობის შეფასებისას?

### ბიბლიოგრაფია

- Ashery, R., Robertson, E., & Kumpfer, K. (1998). *Drug abuse prevention through family interventions* (NIDA Research Monograph 177).
- Bacon, S. D. (1978). On the prevention of alcohol problems and alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(7), 1125-1147.

Bell, C. S., & Battjes, R. (Eds.). (1985). *Prevention research: Deterring drug abuse among children and adolescents*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

230

Bensley, L., & Wu, R. (1991). The role of psychological reactance on drinking following alcohol prevention messages. *Journal of Applied Psychology*, 21, 1111-1124.

Blane, H. T., & Chafetz, M. E. (Eds.). (1979). *Youth, alcohol, and social policy*. New York: Plenum.

Botvin, G. J., Schinke, S. P., Epstein, J. A., Diaz, T., & Botvin, E. M. (1995). Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority youth: Two-year follow-up results. *Psychology of addictive behaviors*, 9, 183-194.

Bourne, P. G. (1974). Approaches to drug abuse prevention and treatment in rural areas. *Journal of Psychedelic Drugs*, 6(2), 285-289.

Brounstein, P., Zweig, J., & Gardner, S. (1998). *Science-based practices in substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention.

Bukoski, W. (1998). Introduction. In W. Bukoski & R. Evans (Eds.), *Cost-benefit/cost-effectiveness research of drug abuse prevention: Implications for programming and policy* (NIDA Research Monograph 176).

Davis, R. E. (1976, Spring). The primary prevention of alcohol problems. *Alcohol Health and Research World*, 1 0-12.

DuPont, R. L. (1979). The future of drug abuse prevention. In R. L. DuPont, A. Goldstein, & J. O'Donnell (Eds.), *Handbook on drug abuse*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Ennett, S., Tobler, N., Ringwalt, C., & Flewelling, R. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84, 1394-1402.

Glynn, T. J., Leukefeld, C. G., & Ludford, J. P. (Eds.). (1983). *Preventing adolescent drug abuse-intervention strategies*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Hansen, W., Graham, J., Wolkenstein, B., & Rohrbach, L. (1991). Program integrity as a moderator of prevention programming effectiveness: Results for fifth-grade students in the adolescent alcohol prevention trial. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 568-579.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

*Healthy people 2010: Understanding and improving health* (2nd ed.). (2000). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Hopkins, R. H., Mauss, A. L., Kearney, K. A., & Wilsheit, R. A. (1998). Comprehensive evaluation of a model alcohol education curriculum. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 38-50.

Institute of Medicine. (1996). *Pathways of addiction: Opportunities in drug abuse research*. Washington, DC: National Academy Press.

Jones, C. L., & Battjes, R. J. (Eds.). (1985). *Etiology of drug abuse: Implications for prevention*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Jung, J. (2001). *Psychology of alcohol and other drugs – A research perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Leffert, N., Benson, P., & Roehlkepartain, J. (1997). *Starting out right: Developmental assets for children*. Minneapolis, MN: Search Institute.

- Leung, S. F., & Phelps, C. E. ( 1993 ). My kingdom for a drink ... ? A review of estimates of the price sensitivity of demand for alcoholic beverages. In M. E. Hilton & G. Bloss (Eds.), *Economics and the prevention of alcohol-related problems* (NIAAA Research Monograph No. 25).
- Low, L (1979). Prevention. In L.A. Phillips, S. R. Ramsey, L. Blumenthal, & P. Cranshaw (Eds.), *Core knowledge in the drug field*. Ottawa: Non-Medical Use of Drugs Directorate, National Health and Welfare.
- MacCoun, R. ( 1998). Toward a psychology of harm reduction. *American Psychologist*, 53, 1199-1208.
- MacCoun, R. J., & Caulkins, J. ( 1996 ). Examining the behavioral assumptions of the national drug control policy. In W. K. Bickel & R.J. DeGrandpre (Eds.), *Drug policy and human nature: Psychological perspective in the prevention, management, and treatment of illicit drug use*. New York: Plenum.
- Marlatt, G. (Ed.). (1998). *Harm-reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. New York: Guilford Press.
- Miller, P. M., & Nirenberg, T. D. (Eds.). ( 1984). *Prevention of alcohol abuse*. New York: Plenum.
- Moskowitz, J. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-58.
- Nadelmann, E. ( 1997). Drug prohibition in the United States: Costs, consequences, and alternatives. In C. Reinerman & H. Levine (Eds.), *Crack in America: Demon drugs and social justice*. Berkeley: University of California Press.
- Nathan, P. E. ( 1983, April). Failures in prevention: Why we can't prevent the devastating effect of alcoholism and drug abuse. *American Psychologist*, 459-467.
- Office of Substance Abuse Prevention (OSAP). (1989). *Prevention Plus II – Tools for Creating and Sustaining Drug-Free Communities* (DHHS Publication No. (ADM) 89-1649).
- Pentz, M. (1995). Prevention research in multiethnic communities. In G. Botvin, S. Schinke, & M. Orlandi (Eds.), *Drug abuse prevention with multiethnic youth*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Reuter, P. & Caulkins, J. P. ( 1995). Redefining the goals of national drug policy: Recommendations from a working group. *American Journal of Public Health*, 85, 1059-1063.
- Schaps, E., DiBartolo, R., Palley, C. S., & Churgin, S. (1978). Primary prevention evaluation research: A review of 127 program evaluations. Prepared for the National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.
- Smart, R. G. (1988). Does alcohol advertising affect overall consumption? A review of empirical studies. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 314-323.
- Tobler, N. ( 1997). Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: Results of 1993 meta-analysis. In W. Butoski (Ed.), *Meta-analysis of drug llhuse prevention programs* (NIDA Research Monograph 170).
- Wallack, L ( 1981 ). Mass media campaigns: The odds against finding behavior change. *Health Education Quarterly*, 8, 209-260.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.



დანართები





დანართი

A

## ფსიქოსოციალური და ნივთიერებათა მოხმარების ისტორია

კლიენტის სახელი \_\_\_\_\_ თარიღი \_\_\_\_\_  
პირადი ნომერი \_\_\_\_\_ ეროვნება \_\_\_\_\_  
ასაკი \_\_\_\_\_ დაბადების თარიღი \_\_\_\_\_ სქესი \_\_\_\_\_  
მისამართი \_\_\_\_\_ ტელეფონის ნომერი \_\_\_\_\_  
გადმოცემით თქვენი სიტყვებით, რატომ მოხვედით ჩვენთან

რა აზრის ხართ აქ მოსვლის თაობაზე? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ა. ოჯახური მდგომარეობა** („მეუღლეში“ იგულისხმება: ქმარი, ცოლი, ან თანამცხოვრები პარტნიორი)

1. ოჯახური მდგომარეობა (შემოხაზეთ ის სიტყვა, რომელიც საუკეთესოდ აღწერს თქვენს სტატუსს)  
მარტოხელა \_\_\_\_\_ დანიშნული  
დაქორწინებული \_\_\_\_\_ დაშორებული  
განქორწინებული \_\_\_\_\_ ქვრივი  
განქორწინებული/ხელახლა დაქორწინებული  
სამოქალაქო ქორწინებაში მყოფი
2. თუ დაქორწინებული იყავით, რამდენჯერ? \_\_\_\_\_
3. რამდენი წლის იყავით, პირველად რომ იქორწინეთ? \_\_\_\_\_
4. რამდენი წელია, რაც დაქორწინებული ხართ თქვენს ახლანდელ მეუღლესთან? \_\_\_\_\_
5. რამდენი წლისაა თქვენი ახლანდელი მეუღლე? \_\_\_\_\_

წყარო: ადაპტირებულია ნებართვით: South Suburban Council on Alcoholism, East Hazelcrest, IL., N. Haney, Executive Director.

**ბ. განათლების ისტორია (შემოხაზეთ)**

1. დაწყებითი სკოლა
2. მაღალი კლასები: 1 წელი 2 წელი 3 წელი 4 წელი საშუალო სკოლის ატესტატი
3. კოლეჯი / უმაღლესი სასწავლებელი: 1 წელი 2 წელი 3 წელი 4 წელი მაგისტრატურა
4. როდისმე თუ სწავლობდით სპეციალურ კლასებში? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა თუ დიას, რა მიზეზით იყავით ასეთ კლასში? \_\_\_\_\_
5. როდისმე თუ გყოლიათ დამხმარე მასწავლებელი (რეპეტიტორი)? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა თუ ასეა, რისთვის? \_\_\_\_\_

**გ. ალკოჰოლის და ნარკოტიკების მოხმარების ისტორია, სკოლასთან კავშირში**

1. ამჟამად სკოლაში სწავლობთ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა სკოლის დასახელება \_\_\_\_\_
2. როდისმე ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარებას თქვენთვის სკოლაში პრობლემები შეუქმნია? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა
3. როდისმე სკოლიდან შინ თუ გაუშვიხართ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მიღების მიზეზით? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა
4. როდისმე თუ ყოფილხართ სკოლიდან დროებით ჩამოშორებული? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა
5. როდისმე თუ ყოფილხართ სკოლიდან გარიცხული? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა თუ დიას, რა მიზეზით გავრიცხეს? ახსენით: \_\_\_\_\_
6. ახლა თუ გემუქრებათ გარიცხვა? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა თუ დიას, ახსენით მიზეზი: \_\_\_\_\_
7. ჩვენთან მოსვლა თქვენი სკოლის ხელმძღვანელობამ გირჩიათ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა თუ მათ გირჩიეს, აღწერეთ, როგორ: \_\_\_\_\_
8. ამჟამად თუ გაქვთ რამე სხვა პრობლემა სკოლაში? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა თუ გაქვთ, ახსენით, რა სახის: \_\_\_\_\_
9. თუ გაქვთ ატესტატის მისაღებად საკმარისი ქულების რაოდენობა? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა თუ არ გაქვთ, ახსენით მიზეზი: \_\_\_\_\_

**დ. სამხედრო სამსახურის ისტორია**

1. როდისმე თუ გიმსახურიათ შეიარაღებულ ძალებში? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა თუ კი, რომელი სახეობის ძალებში? \_\_\_\_\_
2. რა იყო თქვენი სპეციალობა და წოდება? \_\_\_\_\_

3. რამდენ ხანს იმსახურეთ? \_\_\_\_\_
4. სამხედრო სამსახურში ჩარიცხვის თარიღი \_\_\_\_\_  
სამხედრო სამსახურის დაწყების თარიღი \_\_\_\_\_
5. მიმდინარე სტატუსი \_\_\_\_\_  
სამსახურიდან დათხოვნის ტიპი \_\_\_\_\_

**ე. დასაქმების ისტორია**

1. მუშაობთ? \_\_\_\_\_ რამდენი ხანია? \_\_\_\_\_
2. დამსაქმებლის დასახელება \_\_\_\_\_
3. სამუშაო პოზიციის დასახელება \_\_\_\_\_ სრული წლიური შემოსავალი \_\_\_\_\_
4. რა არის თქვენი საქმიანობა? \_\_\_\_\_
5. რამდენი ხანია, ამ ტიპის სამუშაოს ასრულებთ? \_\_\_\_\_
6. რა ტიპის სამუშაოს შესრულებას ისურვებდით, იმის მიუხედავად, გაქვთ თუ არა ამისთვის საჭირო ცოდნა ან უნარები? \_\_\_\_\_
7. საქმიანობის ისტორია (უახლესიდან უფრო ძველისკენ თანმიმდევრობით)

<b>სამუშაო პოზიციის დასახელება</b>	<b>დაწყების თარიღი</b>	<b>დამთავრების თარიღი</b>	<b>წამოსვლის მიზეზი</b>
--	----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

- ა. \_\_\_\_\_
- ბ. \_\_\_\_\_
- გ. \_\_\_\_\_

8. აღწერეთ ყველა პრობლემა, რაც სამსახურში გაქვთ (წარსული თუ ახლანდელი)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. გაქვთ თუ არა სამედიცინო დაზღვევა? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა
10. იღებთ თუ არა სოციალურ დახმარებას? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა

**ვ. ოჯახური ისტორია**

1. თქვენი მშობლები ახლაც ერთად ცხოვრობენ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა
2. თუ თქვენი მშობლები დაშორებული ან განქორწინებული არიან, თქვენ ვისთან ერთად ცხოვრობთ? \_\_\_\_\_ დედასთან \_\_\_\_\_ მამასთან
3. აღწერეთ მამათქვენი: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. აღწერეთ დედათქვენი: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ჩამოწერეთ თქვენი და-ძმა, შემოხაზეთ ნახევარძმები და ნახევარდები
  - ა. \_\_\_\_\_
  - ბ. \_\_\_\_\_
  - გ. \_\_\_\_\_
  - დ. \_\_\_\_\_
  - ე. \_\_\_\_\_
  - ვ. \_\_\_\_\_
  - გ. \_\_\_\_\_
  - თ. \_\_\_\_\_
6. მერამდენე შვილი ხართ (უფროსიდან უმცროსისკენ თანმიმდევრობით)? \_\_\_\_\_
7. რომელ დასთან ან ძმასთან ხართ ყველაზე ახლოს? \_\_\_\_\_  
თუ შეიძლება, განმარტეთ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. რომელ დასთან ან ძმასთან ხართ ყველაზე ნაკლებად ახლოს? \_\_\_\_\_  
თუ შეიძლება, განმარტეთ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. თქვენს ოჯახში ვინ იღებს გადაწყვეტილებებს? \_\_\_\_\_  
 თუ შეიძლება, განმარტეთ: \_\_\_\_\_

---

10. ფულის სესხება რომ დაგჭირდეთ, ოჯახის რომელ წევრს სთხოვდით? \_\_\_\_\_  
 თუ შეიძლება, განმარტეთ: \_\_\_\_\_

---

11. ოჯახთან ერთად სადილობთ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 კვირაში რამდენჯერ? \_\_\_\_\_  
 თუ შეიძლება, განმარტეთ: \_\_\_\_\_

---

12. რა ოჯახურ ღონისძიებებში მონაწილეობს თქვენი ოჯახი? \_\_\_\_\_  
 თუ შეიძლება, განმარტეთ: \_\_\_\_\_

---

13. მორწმუნე ხართ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 რომელ კონფესიას ეკუთვნით? \_\_\_\_\_
14. რეგულარულად დადიხართ ეკლესიაში? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა
15. გყავთ თანამცხოვრები პარტნიორი? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა
16. პარტნიორთან ერთად დიდ დროს ატარებთ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა
17. როგორ ფიქრობთ, თქვენს თანამცხოვრებ პარტნიორს ალკოჰოლის მოხმარების პრობლემა აქვს? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 თუ შეიძლება, განმარტეთ: \_\_\_\_\_

---

18. როგორ ფიქრობთ, თქვენს თანამცხოვრებ პარტნიორს ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემა აქვს? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 თუ შეიძლება, განმარტეთ: \_\_\_\_\_
19. თქვენი ოჯახის წევრებიდან ვინმეს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელიმე პრობლემა აქვს (ხაზი გაუსვით)?  
 პიროვნული აშლილობა; კრუნჩხვები ან კონვულსიები; ნევროზი; შაკიკი;  
 ხილვები; ენაბლუბა; პერიოდები, რომლის განმავლობაში ჩადენილი საქციელი არ ახსოვთ; პერიოდები, როდესაც უცნაურად ან ახირებულად იქცევით;  
 ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემები; ნარკოტიკების ავადმომხმარება.  
 თუ მოყვანილი სიიდან რომელიმე გახაზეთ, აღნიშნეთ, ოჯახის რომელ წევრს აღენიშნებოდა ეს, როდის და თქვენ ეს როგორ შეგეხოთ.
20. როდისმე რომელიმე კრიმინალური დაჯგუფების/ბანდის წევრი ყოფილხართ?  
 \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა
21. ბავშვობაში რა გუნდებში ან კლუბებში იყავით გაწევრიანებული? \_\_\_\_\_  
 ჩამოთვალეთ ისინი, რომლებშიც კაპიტანი იყავით: \_\_\_\_\_

---

22. რას საქმიანობთ სამსახურის ან სკოლის გარდა (ჰობი, დასვენების სახე)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

---

23. დაახლოებით რამდენი ახლო მეგობარი გყავთ? \_\_\_\_\_  
 დაახლოებით მათი სახელი, სქესი და ასაკი: \_\_\_\_\_  
 რომელიმე მათგანს ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების მოხმარების პრობლემა თუ ჰქონია? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 თუ ჰქონია, განმარტეთ: \_\_\_\_\_

---

24. ჩამოთვალეთ თქვენი შვილები და შემოხაზეთ ნაშვილები ან წინა ქორწინებაში გაჩენილები:  
 ა. \_\_\_\_\_  
 ბ. \_\_\_\_\_

- ბ. \_\_\_\_\_
- დ. \_\_\_\_\_
- ე. \_\_\_\_\_

**8. სამართალდარღვევის ისტორია**

1. ამჟამად თუ გაქვთ წაყენებული ბრალდება? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
თუ კი, რის გამო? \_\_\_\_\_

<b>ბრალდება</b>	<b>სასამართლოს თარიღი</b>	<b>ადგილი</b>
-----------------	---------------------------	---------------

- ა. \_\_\_\_\_
- ბ. \_\_\_\_\_
- გ. \_\_\_\_\_
- დ. \_\_\_\_\_

2. ადრე თუ ყოფილხართ დაკავებული? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
თუ კი, რა იყო ბრალდება და როდის წარგიდგინეს?

<b>ბრალდება</b>	<b>თარიღი</b>
-----------------	---------------

- ა. \_\_\_\_\_
- ბ. \_\_\_\_\_
- გ. \_\_\_\_\_
- დ. \_\_\_\_\_

3. პრობაციონერი ხართ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
პირობით გათავისუფლებული? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
სასამართლოს ზედამხედველობის ქვეშ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა

4. თუ დადიოდით ან დადიხართ ალკოჰოლის ან ნარკოტიკების უსაფრთხოების  
ჯგუფში? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
თუ დადიხართ, სად? \_\_\_\_\_

5. სამკურნალოდ გადამისამართება ჯგუფიდან მიიღეთ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა

6. სამკურნალოდ სამხარეო სასამართლოს სოციალური სამსახურის დეპარტამენტმა  
გადმოგამისამართათ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა

7. მკურნალობაში ჩართვა სამხარეო სასამართლომ დაგაკისრათ?  
\_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
თუ კი, მიუთითეთ რომელმა \_\_\_\_\_  
ვინ იყო მოსამართლე? \_\_\_\_\_

8. თუ გყავთ ადვოკატი ან სახალხო დამცველი? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
თუ კი, მიუთითეთ, რომელი \_\_\_\_\_

9. სამკურნალოდ თქვენმა ადვოკატმა გადმოგამისამართათ?  
\_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
თუ კი, რა ჰქვია ამ ადვოკატს? \_\_\_\_\_  
მისი ტელეფონის ნომერი \_\_\_\_\_

10. თანახმა ხართ თუ არა, ხელის მონერით დაადასტუროთ თქვენი ნებართვა  
იმ ინფორმაციის გაცემაზე, რომელიც ჩვენ შესაძლებლობას მოგვცემს,  
დავუკავშირდეთ ადრე ნახსენებ ორგანიზაციებს ან ხელისუფლების  
წარმომადგენლებს მკურნალობის კონკრეტულ საკითხებთან დაკავშირებით:  
\_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა

11. რა დროისთვისაა დანიშნული თქვენი სასამართლო? \_\_\_\_\_

12. თუ ზემოთ ჩამოთვლილთაგან არც ერთმა, მაშინ ვინ გადმოგამისამართათ?

**თ. ალკოჰოლის/სხვა ნარკოტიკების მოხმარების და მკურნალობის ისტორია** (მონიშნეთ ყველა პუნქტი, რომლებიც კი შეგესაბამებათ, ან მოგვანოდეთ მოთხოვნილი ინფორმაცია. თუ კითხვა შეუსაბამოა, მიაწერეთ „შეუსაბ.“)

1. ადრე როდისმე თუ გიმკურნალიათ ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემის  
გამო? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
თუ დიას, შეავსეთ ეს კითხვარი:



- ა. მხოლოდ დეტექსიკაცია \_\_\_\_\_ რამდენჯერ? \_\_\_\_\_  
 ადგილები და თარიღები: \_\_\_\_\_  
 დაასრულეთ მკურნალობა? \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა  
 თუ არა, განმარტეთ მიზეზი: \_\_\_\_\_
- ბ. რეაბილიტაცია \_\_\_\_\_ რამდენჯერ? \_\_\_\_\_  
 ადგილები და თარიღები: \_\_\_\_\_  
 დაასრულეთ მკურნალობა? \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა  
 თუ არა, განმარტეთ მიზეზი: \_\_\_\_\_
- გ. ამბულატორიული მკურნალობა \_\_\_\_\_ რამდენჯერ? \_\_\_\_\_  
 ადგილები და თარიღები: \_\_\_\_\_  
 დაასრულეთ მკურნალობა? \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა  
 თუ არა, განმარტეთ მიზეზი: \_\_\_\_\_
- დ. თანახმა ხართ თუ არა, ხელის მოწერით დაადასტუროთ თქვენი ნებართვა იმ კონფიდენციალური ინფორმაციის გაცემაზე, რომელიც ჩვენ შესაძლებლობას მოგვცემს, დავუკავშირდეთ ნებისმიერ ამ პროგრამას მკურნალობის კონკრეტულ საკითხებთან დაკავშირებით? \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა
2. თუ გქონიათ კავშირი „ანონიმ ალკოჰოლიკებთან?“ \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა  
 თუ კი, რამდენად ხშირად ესწრებოდით შეხვედრებს? \_\_\_\_\_  
 შეხვედრები ღია იყო თუ დახურული? \_\_\_\_\_  
 გყავდათ/გყავთ თუ არა სპონსორი? \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა
3. პირველად რა ასაკში მიიღეთ ალკოჰოლი? \_\_\_\_\_ აღწერეთ ვითარება და შედეგები: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. პირველად რა ასაკში გახდა თქვენთვის ალკოჰოლის მოხმარება უკონტროლო?  
 (კონტროლი არ დამიკარგავს, უბრალოდ, ყოველდღე ვსვამ.) \_\_\_\_\_
5. პირველად რა ასაკში დაგემართათ „გათიშვა“? \_\_\_\_\_  
 (არასდროს გავთიშულვარ) \_\_\_\_\_
6. რა ასაკში გავიხშირდათ გათიშვები? \_\_\_\_\_
7. პირველად როდის და რატომ შეწუხდით ალკოჰოლის მოხმარების გამო?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
8. საშუალოდ რა რაოდენობის მაგარ სასმელს იღებთ? (მონიშნეთ ერთი პასუხი)  
 \_\_\_\_\_ საერთოდ არ ვიღებ \_\_\_\_\_ დღეში  $\approx 0,5$  ლ  
 \_\_\_\_\_ ძალიან მცირე რაოდენობით \_\_\_\_\_ დღეში  $\approx 1$  ლ  
 \_\_\_\_\_ არარეგულარული დათრობა \_\_\_\_\_ დღეში 1 ლ-ზე მეტი  
 \_\_\_\_\_ დღეში ერთი-ორჯერ „გადაკვრა“ \_\_\_\_\_ სხვა
9. საშუალოდ რა რაოდენობის ლუდს იღებთ? (მონიშნეთ ერთი პასუხი)  
 \_\_\_\_\_ საერთოდ არ ვიღებ \_\_\_\_\_ დღეში  $\approx 20$ -მდე  
 \_\_\_\_\_ ძალიან მცირე რაოდენობით \_\_\_\_\_ დღეში 20-ზე მეტს  
 \_\_\_\_\_ დღეში რამდენიმეს \_\_\_\_\_ არარეგულარული დათრობა  
 \_\_\_\_\_ დღეში 5-დან 10-მდე
10. საშუალოდ რა რაოდენობის ღვინოს სვამთ? (მონიშნეთ ერთი პასუხი)  
 \_\_\_\_\_ საერთოდ არ ვსვამ \_\_\_\_\_ დღეში  $\approx 2-4$  ლ  
 \_\_\_\_\_ ძალიან მცირე რაოდენობით \_\_\_\_\_ დღეში 4 ლ-ზე მეტი  
 \_\_\_\_\_ დღეში  $\approx 0.5$  ლ \_\_\_\_\_ არარეგულარული დათრობა  
 \_\_\_\_\_ დღეში  $\approx 1$  ლ
11. როდისმე თუ გაქვთ ე.წ. „ლოთობის“ (ალკოჰოლის უკონტროლო მოხმარების პერიოდები)? \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა  
 \_\_\_\_\_ წელიწადში ერთხელ \_\_\_\_\_ ყოველ 1-3 თვეში ერთხელ  
 \_\_\_\_\_ ყოველ 6-8 თვეში ერთხელ \_\_\_\_\_ ყოველ შაბათ-კვირას  
 \_\_\_\_\_ ყოველ 3-6 თვეში ერთხელ სხვა \_\_\_\_\_

12. ყოველდღე სვამთ? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 რამდენი ხანია, რაც ყოველდღე სვამთ? (მონიშნეთ ერთი პასუხი)  
 \_\_\_\_\_ მხოლოდ ეს ბოლო თვეა \_\_\_\_\_ 1 წელია  
 \_\_\_\_\_ 1-3 თვეა \_\_\_\_\_ 2 წელია  
 \_\_\_\_\_ 3-6 თვეა \_\_\_\_\_ 2 წელზე მეტია  
 \_\_\_\_\_ 6-9 თვეა \_\_\_\_\_ რამდენი ხანია? \_\_\_\_\_
13. თუ შეგიძინევიათ, რომ „კანკალებთ“, როცა არ სვამთ?  
 \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 თუ დიას, როდის მოხდა ეს პირველად? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 გთხოვთ, აღწეროთ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 თუ დაგინახავთ ან გაგიგონიათ ისეთი რამ, რაც სინამდვილეში არ ყოფილა?  
 \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 თუ კი, როდის? \_\_\_\_\_  
 როდისმე თუ გქონიათ თეთრი ცხელება? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 თუ დიას, როდის? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 გთხოვთ, აღწეროთ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 როდისმე თუ გქონიათ კრუნჩხვები? \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 თუ დიას, როდის? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 გთხოვთ, აღწეროთ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
14. როდისმე ექიმს თუ ურჩევია თქვენთვის მოხმარებისთვის თავის დანებება?  
 \_\_\_\_\_ დიას \_\_\_\_\_ არა  
 თუ კი, რა მიზეზით? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
15. როგორც წესი, ვისთან ერთად სვამთ? (მონიშნეთ ყველა სწორი პასუხი)  
 \_\_\_\_\_ მეუღლესთან \_\_\_\_\_ ძმაბიჭებთან ქუჩაში  
 \_\_\_\_\_ სხვა ნათესავებთან \_\_\_\_\_ უცნობებთან  
 \_\_\_\_\_ მეგობლებთან \_\_\_\_\_ მარტო  
 \_\_\_\_\_ თანამშრომლებთან \_\_\_\_\_ სკოლაში ბავშვებთან  
 \_\_\_\_\_ ბარში მეგობრებთან
16. როცა სვამთ, როგორ იქცევით?  
 \_\_\_\_\_ იშვიათად ვბრაზდები ან აგრესიული ვხდები  
 \_\_\_\_\_ ავი ან უხეში ვხდები  
 \_\_\_\_\_ აგრესიულ დავაში ვებმები  
 \_\_\_\_\_ ფიზიკურ ჩხუბში ვერთვები  
 \_\_\_\_\_ ვმხიარულდები  
 \_\_\_\_\_ ვერთობი  
 \_\_\_\_\_ სხვა
17. რას ფიქრობენ თქვენ მიერ ალკოჰოლის მოხმარებაზე თქვენი მშობლები, ცოლი/ქმარი ან პარტნიორი?  
 \_\_\_\_\_ სანინაადმდეგო არაფერი აქვთ  
 \_\_\_\_\_ ამაზე ბევრს არაფერს ამბობენ  
 \_\_\_\_\_ დამემუქრა წასვლით  
 \_\_\_\_\_ გულს მიწუხებენ ამის გამო  
 \_\_\_\_\_ კითხვა შეუსაბამოა

18. თქვენი ოჯახის საქმიანობა თუ შეიცვალა თქვენ მიერ ალკოჰოლის მოხმარების გამო? \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა
19. თქვენი სქესობრივი ცხოვრება თუ შეიცვალა თქვენ მიერ ალკოჰოლის მოხმარების გამო? \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა
20. როდისმე ალკოჰოლის მოხმარებისთვის თავი თუ დაგინებებიათ?  
 \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა  
 რამდენ ხანს იყავით ფხიზელი? \_\_\_\_\_  
 ბოლოჯერ როდის შეწყვიტეთ (თარიღი)? \_\_\_\_\_  
 ეს „მშრალი“ პერიოდი რაიმე სახის მკურნალობას მოჰყვა?  
 \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა  
 თუ დიახ, როგორს და როდის? \_\_\_\_\_  
 რას აკეთებთ იმისათვის, რომ ფხიზელი იყოთ? \_\_\_\_\_  
 მოხმარების შეწყვეტის შემდეგ რამე სიმპტომები თუ გამოგაჩნდათ? \_\_\_\_\_
21. თუ გამოგიყენებიათ ხველის სიროფი ან სპირტის შემცველი სხვა წამლები სასმელის შემცვლელად ან განწყობის გამოსაკეთებლად?  
 \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა  
 \_\_\_\_\_ დანიშნულებით \_\_\_\_\_ დანიშნულების გარეშე  
 თუ გამოგიყენებიათ სხვა ალკოჰოლის შემცვლელები?  
 \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა  
 თუ კი, გთხოვთ, დაასახელოთ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
22. განწყობის შემცვლელი რა ნარკოტიკები მიგიღიათ? (აღნიშნეთ ყველა სწორი პასუხი)

ექიმის გამონერვილი

- |   |                      |
|---|----------------------|
| _____ ტრანკვილიზატორები (Valium, Librium, Miltown, სხვა)<br>ტიპი _____                  | _____ დიახ _____ არა |
| _____ ფსიქოტროპული (Stelazine, Cogentin, Thorazine, სხვა)<br>ტიპი _____                 | _____ დიახ _____ არა |
| _____ ბარბიტურატები (Quaaludes, phenobarbital, Nembutal, Tuinal, Seconal)<br>ტიპი _____ | _____ დიახ _____ არა |
| _____ ამფეტამინები (Dexedrine, Benzedrine, Methedrine, სხვა.)<br>ტიპი _____             | _____ დიახ _____ არა |
| _____ ძილის აბები<br>ტიპი _____   | _____ დიახ _____ არა |
| _____ ოპიატები (heroin, morphine, opium, სხვა.)<br>ტიპი _____                           | _____ დიახ _____ არა |
| _____ ტკივილგამაყუჩებლები (Darvon, codeine, სხვა)<br>ტიპი _____                         | _____ დიახ _____ არა |
| _____ სხვა ტიპის _____  | _____ დიახ _____ არა |
| _____ ჰალუცინოგენები (LSD, STP, MDA, PCP, mescaline, სხვა)<br>ტიპი _____                | _____ დიახ _____ არა |



- \_\_\_\_\_ პრობლემები პარტნიორთან
- \_\_\_\_\_ ფიზიკური პრობლემები
- \_\_\_\_\_ ოჯახური პრობლემები
- \_\_\_\_\_ სიმართოვე
- \_\_\_\_\_ ფინანსური პრობლემები
- \_\_\_\_\_ სამუშაოს დაკარგვის საფრთხე
- \_\_\_\_\_ სამუშაოს დაკარგვა
- \_\_\_\_\_ სამართლებრივი პრობლემები
- \_\_\_\_\_ სხვა

28. რას მოვლით მკურნალობისგან? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

რას შეიძლება მოველოდეთ თქვენგან? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. თქვენი სიტყვებით, რა არის ალკოჰოლზე/ნარკოტიკზე დამოკიდებულება?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. ალკოჰოლიზმი/ნარკოტიკზე დამოკიდებულება დაავადებაა თუ მავნე ჩვევა?

31. როდისმე თუ გიმკურნალიათ ემოციური/ფსიქიატრიული პრობლემების გამო?

\_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა

თუ დიახ, შეაესეთ შემდეგი კითხვარი:

რამდენჯერ?

სად? \_\_\_\_\_ როდის? \_\_\_\_\_

სად? \_\_\_\_\_ როდის? \_\_\_\_\_

სად? \_\_\_\_\_ როდის? \_\_\_\_\_

როდისმე თუ გქონიათ თვითმკვლელობის მცდელობა ან ფიქრები თვითმკვლელობაზე? \_\_\_\_\_ დიახ \_\_\_\_\_ არა

რამდენჯერ და როდის? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. აღწერეთ საკუთარი თავი: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

33. თქვენი სუსტი მხარეები: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

თქვენი ძლიერი მხარეები: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

34. გსურთ თუ არა შემდგომი მკურნალობა ან დახმარების მიღება და თუ იცით, რომელია ხელმისაწვდომი? \_\_\_\_\_

35. გთხოვთ, დაამატოთ ნებისმიერი ინფორმაცია, რაც, თქვენი აზრით, მნიშვნელოვანი იქნებოდა თქვენი მკურნალობისთვის: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

36. რამე კითხვა ხომ არ გაგიჩნდათ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37. უახლოესი ნათესავი \_\_\_\_\_

მისამართი \_\_\_\_\_

კლიენტის ხელმოწერა \_\_\_\_\_ თარიღი \_\_\_\_\_

პერსონალის ხელმოწერა \_\_\_\_\_ თარიღი \_\_\_\_\_



დანართი

**B**

## ქვევის საწყისი შეფასება და ფუნქციური ანალიზი

თარიღი \_\_\_\_\_ კონსულტანტის სახელი \_\_\_\_\_

I. ძირითადი ინფორმაცია

კლიენტის სახელი \_\_\_\_\_

ასაკი \_\_\_\_\_ ოჯახური მდგომარეობა \_\_\_\_\_ რელიგიური მიკუთვნებულობა \_\_\_\_\_  
მისამართი \_\_\_\_\_

ადრე ჩატარებული მკურნალობა ნივთიერებათა ავადმობშარების და ფსიქიატრიული პრობლემების გამო (კოსპიტალიზაციის ჩათვლით) \_\_\_\_\_

II. პრობლემები (სიბშირე, ინტენსიობა, შეუფერებელი ფორმა, ხანგრძლივობა, შეუფერებელი გარემოებები)

ა. ქცევითი ექსცესები \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ბ. ქცევითი დეფიციტები \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III. რესურსები და ძლიერი მხარეები (აღნიშნეთ ამჟამინდელი და წარსულში საუკეთესო ფუნქციონირება)

ა. თავის მოვლა \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ბ. საკუთარი თავის დახმარების უნარები \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

გ. სოციალური უნარები (მათ შორის, საუბარი, გართობა და მეგობრობა)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

დ. განათლება და პროფესიული ტრენინგი \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IV. პრობლემის ფუნქციური ანალიზი

ა. რა არის კლიენტის ამჟამინდელი პრობლემების შედეგები (როგორც პო-  
ზიტიური, ასევე ნეგატიური)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. ვინ ან რამ დაარწმუნა ან აიძულა კლიენტი, მკურნალობა დაეწყო?  
\_\_\_\_\_
2. ვინ უძლიერებს კლიენტს თანაგრძნობასთან, დახმარებასთან, ყურად-  
ღებასთან ან ემოციურ რეაქციებთან დაკავშირებულ პრობლემებს?  
\_\_\_\_\_
3. რა მოხდებოდა, პრობლემებისთვის ყურადღება რომ არ მიექციათ?  
\_\_\_\_\_  
მოიკლებდა სიხშირე? \_\_\_\_\_

4. რა გამაძლიერებელ ფაქტორებს მოიპოვებდა კლიენტი, პრობლემები  
რომ მოგვარებულიყო? \_\_\_\_\_

ბ. რა მასტიმულირებელი დეტერმინანტები ან პირობები და ვითარება ხდება  
ხოლმე პრობლემის წამოჭრის მიზეზი? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. სად? \_\_\_\_\_
2. როდის? \_\_\_\_\_
3. ვისთან? \_\_\_\_\_

გ. როგორ შეესაბამება ერთმანეთს კლიენტის მიერ საკუთარი თავის აღწერა  
და სხვა დამკვირვებლების მიერ გაკეთებული აღწერა? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V. გაძლიერებაზე დაკვირვება. აუცილებლად შეაფასეთ შესაბამისობა კლიენტის  
ვერბალურ ანგარიშსა და თქვენ ან სხვა მნიშვნელოვანი პიროვნებების მიერ  
გაკეთებულ დაკვირვებას შორის.

ა. აღამიანები. ვისთან ატარებს კლიენტი დროის უმეტეს ნაწილს (ოჯახი,  
ნათესავები, მეგობრები, თანამშრომლები)?

1. _____	4. _____
2. _____	5. _____
3. _____	6. _____

ვისთან ერთად ისურვებდა კლიენტი მეტი დროის გატარებას?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

ბ. ადგილები. სად ატარებს კლიენტი დროის უმეტეს ნაწილს (საძინებელი, სამზარეულო, ეზო, მანქანა, სამსახური, მალაზია, ეკლესია, ა.შ.)?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

სად ისურვებდა კლიენტი მეტი დროის გატარებას?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

გ. ნივთები. რას უთმობს კლიენტი თავისი დროის უმეტეს ნაწილს (ნივთები, ჰობი, თამბაქო, კვება, სასმელი, ტანსაცმელი, საყვარელი ნივთები)?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

რომელ ნივთებზე ან საკვებზე ისურვებდა კლიენტი, მისთვის უფრო მისაწვდომი ყოფილიყო?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

დ. საქმიანობა. რა საქმიანობას ეწევა კლიენტი ყველაზე უფრო ხშირად ან ყველაზე უფრო ხანგრძლივად (სამუშაო, მონევა, სპორტი, ტელევიზორის ყურება, მუსიკის მოსმენა, ცეკვა, ძილი, მარტო ყოფნა, მანქანის ტარება, კითხვა, სიარული)?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

რა საქმიანობაში ისურვებდა კლიენტი უფრო აქტიურად ჩართვას?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

ე. უარყოფითი გამაძლიერებლები. რა უბიძგებს კლიენტს ნივთიერებათა მოხმარებისკენ (ადამიანები, ნივთიერებები, სიტუაცია, საქმიანობა, სოციალური იზოლაცია)?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

ვ. სასჯელი. რა არის პაციენტისთვის მოხმარების შემაკავებელი სტიმული (ადამიანები, სიტუაცია, საქმიანობა, შიშები, სოციალური იზოლაცია, სხვა)?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

ბ. ბუნებრივი გამაძლიერებლები. ვინ გამოდგება პოტენციურ მედიატორად კონსულტაციის პროგრამაში მათგან, ვისთანაც პაციენტს ყოველდღიური კონტაქტი აქვს,?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

VI. ბიოლოგიური ანალიზი

ა. საქმიანობის შემზღუდველი სამედიცინო და ქირურგიული პრობლემები

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ |

ბ. ბოლო სამედიცინო გამოკვლევის თარიღი \_\_\_\_\_

გამოკვლევის ჩამტარებელი ექიმის სახელი და მისამართი:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

გ. ამჟამად რა მკურნალობას და წამლებს იღებს \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

დ. ფსიქოტროპული წამლები

1. ამჟამად რა წამლებს იღებს? დოზა ვინ გამოუწერა თარიღი

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. წარსულში რა წამლებს იღებდა? დოზა რეაქცია

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ე. ოჯახური ისტორია. ოჯახის წევრთაგან კიდევ ვის აქვს მნიშვნელოვანი ფსიქიატრიული ან ნივთიერებათა ავადმობმარების ქცევის დარღვევები? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VII. სოციოკულტურული ანალიზი

ა. ბოლოდროინდელი ცვლილებები გარემოცვაში (გადასახლება, ოჯახში თაობათაშორისი კონფლიქტი, სამსახურის გამოცვლა, სხვა) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ბ. ბოლოდროინდელი ცვლილებები სოციალურ ურთიერთობებში (დაშორება, განქორწინება, სიკვდილი, სხვა) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

გ. ენა და ფასეულობები (კონფლიქტი უმცირესობის ჯგუფსა და უმრავლესობის კულტურას შორის) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

დ. სხვა ბოლოდროინდელი ტრავმები და სტრესი \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VIII. ქცევითი მიზნების ფორმულირება (იყავით კონკრეტული)

ა. სასურველი ქცევების გაძლიერება (გამაძლიერებელი რესურსების ჩათვლით)

1. მოკლევადიანი (3 თვე) 2. გრძელვადიანი (9 თვიდან 1 წლამდე)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ბ. არასასურველი ქცევების შემცირება ან მოსპობა

1. მოკლევადიანი (3 თვე) 2. გრძელვადიანი (9 თვიდან 1 წლამდე)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

გ. მკურნალობის ტექნიკა და ინტერვენციები

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_
- 5. \_\_\_\_\_
- 6. \_\_\_\_\_
- 7. \_\_\_\_\_

დ. ჩანერის მეთოდები

ქცევები

- |          |       |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |

დიაგნოზი: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





დანართი

C

## ინტერვიუ ბუკლეტი

**CDP**

ალკოჰოლის მომხმარებლის  
კომპლექსური პროფილი  
(Comprehensive Drinker Profile, CDP)

დოქტორი ალან მარლატი (G. Alan Marlatt, Ph.D.)  
და უილიამ რ. მილერი (William R. Miller, Ph.D.)

ეს ინსტრუმენტი ახლა საზოგადოებრივი საკუთრებაა და ნებადართულია მისი გამოყენება, გამრავლება და გადაკეთება დამატებითი ნებართვის გარეშე. საკუთრების უფლება, რომელიც ადრე „ფსიქოლოგიური შეფასების რესურსების“ (Psychological Assessment Resources) კუთვნილება იყო, გადაეცა ავტორებს, რომლებმაც ის საჯარო მოხმარებისთვის ნებადართული გახადეს.

თარიღი: \_\_\_\_\_ ინტერვიუერი: \_\_\_\_\_

**ალკოჰოლის მომხმარებლის კომპლექსური პროფილი**

კლიენტის სრული სახელი:

\_\_\_\_\_ (სახელი) (გვარი)

სურს, რომ მიმართონ სახელით: \_\_\_\_\_ სქესი: (1) \_\_\_ მდ. (2) \_\_\_ მამრ.

**ა. დემოგრაფიული ინფორმაცია**

**ასაკი და საცხოვრებელი ადგილი**

ა1. დაბადების თარიღი: \_\_\_\_\_ ახლანდელი ასაკი: \_\_\_\_\_  
დღე თვე წელი

ა2. ამჟამინდელი საცხოვრებელი მისამართი: საფოსტო ინდექსი \_\_\_\_\_

ა3. ფიქსირებული ტელეფონი: \_\_\_\_\_  
დღის საუკეთესო დრო ამ ნომრით დასაკავშირებლად: \_\_\_\_\_  
მობილური ტელეფონი: \_\_\_\_\_

ა4. იმ პიროვნების სახელი და მისამართი, ვისი მეშვეობითაც შესაძლებელია თქვენი ადგილსამყოფელის გაგება, თუ თქვენთან კონტაქტს დავკარგავთ (ა2-ისგან განსხვავებული უნდა იყოს)  
სახელი: \_\_\_\_\_ რა ურთიერთობა გაკავშირებთ: \_\_\_\_\_  
საცხოვრებელი მისამართი \_\_\_\_\_  
ქალაქი ან სოფელი \_\_\_\_\_ რაიონი \_\_\_\_\_ საფოსტო ინდექსი \_\_\_\_\_  
ტელეფონი: \_\_\_\_\_

ა5. ამ პროგრამის შესახებ პირველად საიდან შეიტყვევ? \_\_\_\_\_  
თუ გადმომისამართებული ხართ, ვის მიერ? \_\_\_\_\_  
სახელი ორგანიზაცია

**ოჯახური მდგომარეობა**

- ა6. კლიენტის ამჟამინდელი საცხოვრებელი სიტუაცია:
  - (1) \_\_\_\_\_ ცხოვრობს მარტო
  - (2) \_\_\_\_\_ ცხოვრობს მეუღლესთან ან პარტნიორთან
  - (3) \_\_\_\_\_ ბინის გამზიარებელთან (თუ ვინმესთან ერთად ქირაობს)
  - (4) \_\_\_\_\_ ცხოვრობს მხოლოდ შვილებთან
  - (5) \_\_\_\_\_ ცხოვრობს მშობლებთან

ა7. კლიენტის ამჟამინდელი ოჯახური მდგომარეობა:

- (1) \_\_\_\_\_ მართხელა, ქორწინებაში არ ყოფილა
- (2) \_\_\_\_\_ დაქორწინებული, მეუღლესთან ცხოვრობს
- (3) \_\_\_\_\_ დაქორწინებული, ცალკე ცხოვრობს
- (4) \_\_\_\_\_ ქვრივი
- (5) \_\_\_\_\_ განქორწინებული

ა8. რამდენჯერ იყო კლიენტი დაქორწინებული (მიმდინარე ქორწინების ჩათვლით)? \_\_\_\_\_

დასაშვებია  
დარეკვა?

\_\_\_\_\_ ა9. მეუღლის, პარტნიორის ან ბინის გამზიარებლის სახელი: \_\_\_\_\_

ა10. შვილები:      სახელი                                      ასაკი      სქესი      კლიენტთან ცხოვრობენ?

დასაშვებია  
დარეკვა?

სახელი	ასაკი	სქესი	კლიენტთან ცხოვრობენ?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

შვილების რაოდენობა: \_\_\_\_\_

ა11. კლიენტთან ერთად მცხოვრები სხვა ადამიანები:

დასაშვებია  
დარეკვა?

სახელი	ასაკი	სქესი	ურთიერთობის სახე
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**ინტორმაცია სამსახურებრივი საქმიანობის და შემოსავლების შესახებ**

ა12. უმთავრესი საქმიანობა ან კომპეტენცია (იმის მიუხედავად, ახლა მუშაობს თუ არა):

\_\_\_\_\_ მეუღლის საქმიანობა \_\_\_\_\_

ა13. ამჟამინდელი დასაქმება ან თვითდასაქმება (სკოლაში სწავლა არ ითვლება):

- (1) \_\_\_\_\_ სრული განაკვეთით დასაქმებული
- (2) \_\_\_\_\_ არასრული განაკვეთით დასაქმებული
- (3) \_\_\_\_\_ პენსიაზე მყოფი
- (4) \_\_\_\_\_ უმუშევარი
- (5) \_\_\_\_\_ ოჯახის მეურნე/დიასახლისი



282 დანართი C

ა14. ამჟამინდელი ან ბოლო სამუშაოს დასახელება (მთავარი სამუშაო, თუ ერთზე მეტია):

\_\_\_\_\_
თუ უმუშევარია, რამდენი ხანია? \_\_\_\_\_

დასაშვებია
სამსახურში
დარეკვა?

\_\_\_ ა15. დამსაქმებელი პირის ან ფირმის სახელი: \_\_\_\_\_

მისამართი: \_\_\_\_\_

ტელეფონი: \_\_\_\_\_

თუ სამსახურში დარეკვა დასაშვებია, კლიენტისთვის სამუშაო ადგილზე დაკავშირების
საუკეთესო დრო: \_\_\_\_\_

ა16. ამჟამინდელ ან ბოლო სამუშაოზე მუშაობის ხანგრძლივობა: \_\_\_\_\_ წელი

თუ წელიწადზე ნაკლებია, ჩაწერეთ 1 წლად და აქ მიუთითეთ ზუსტი დრო: \_\_\_\_\_

ა17. რამდენი სხვადასხვა სამუშაო გქონდათ გასული წლის განმავლობაში? \_\_\_\_\_

ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში?

ა18. რამდენ წელიწადს იყავით აქტიურ სამხედრო სამსახურში? \_\_\_\_\_

ა19. ოჯახის შემოსავალი:

წყარო: \_\_\_\_\_ წლიური (ლარი) \_\_\_\_\_

წყარო: \_\_\_\_\_ წლიური (ლარი) \_\_\_\_\_

წყარო: \_\_\_\_\_ წლიური (ლარი) \_\_\_\_\_

ოჯახის საერთო წლიური შემოსავალი: (ლარი) \_\_\_\_\_

ა20. SES კოდი \_\_\_\_\_ (სოციოეკონომიკური სტატუსის კოდი)

განათლების ისტორია

ა21. მიუთითეთ რა განათლება აქვს კლიენტს მიღებული: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ხარისხი? \_\_\_\_\_ რა საგანში? \_\_\_\_\_

ა22. დაასახელეთ თქვენი განათლების ისტორიაში ყველაზე მაღალი საგანმანათლებლო
საფეხური/კურსი, რომელიც სრულად დახურეთ: \_\_\_\_\_

ა23. ამჟამად თუ განაგრძობთ განათლებას ან ტრენინგებს?

(1)\_\_\_\_სრული განაკვეთი (2)\_\_\_\_არასრული განაკვეთი (3)\_\_\_\_ამჟამად არ ვსწავლობ

ბ. ალკოჰოლის მოხმარების ისტორია

ალკოჰოლის მოხმარების პრობლემების განვითარება

ბ24. დაახლოებით რამდენი წლის იყავით, როდესაც პირველად მოიხმარეთ ალკოჰოლი?

\_\_\_\_\_

ბ25. დაახლოებით რამდენი წლის იყავით, როდესაც პირველად დათვევით? \_\_\_\_\_  
 თუ გახსოვთ, მაშინ რა დალიეთ? სასმელი: \_\_\_\_\_

ბ26. როგორ დაახასიათებდით ალკოჰოლის მოხმარების ჩვევებს:

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| _____ დედათქვენის?               | 0 = კლიენტმა არ იცის                              |
| _____ მამათქვენის?               | 1 = არ მოიხმარს ალკოჰოლს<br>(აბსტინენტი)          |
| _____ თქვენი მეუღლის/პარტნიორის? | 2 = დროდადრო ან მსუბუქი<br>სოციალური მომხმარებელი |
|                                  | 3 = ზომიერი ან საშუალო სოციალური<br>მომხმარებელი  |
|                                  | 4 = ხშირი ან მძიმე სოციალური<br>მომხმარებელი      |
|                                  | 5 = პრობლემური მომხმარებელი                       |
|                                  | 6 = ალკოჰოლიკი (ცხოვრების<br>რომელიმე ეტაპზე)     |

ბ27. თუ გყავთ ისეთი სისხლით ნათესავი, ვისზეც თვლით, რომ არის, ან ადრე იყო  
 ალკოჰოლის პრობლემური მომხმარებელი ან ალკოჰოლიკი?

მამაკაცთა რიცხვი ქალების რიცხვი

მშობლები? \_\_\_\_\_ x3= \_\_\_\_\_ x3= \_\_\_\_\_

ძმები ან დები? \_\_\_\_\_ x3= \_\_\_\_\_ x3= \_\_\_\_\_

ბებია-ბაბუები? \_\_\_\_\_ x2= \_\_\_\_\_ x2= \_\_\_\_\_

ბიძები ან დეიდები/მამიდები? \_\_\_\_\_ x2= \_\_\_\_\_ x2= \_\_\_\_\_

ბიძაშვილები/დეიდაშვილები/მამიდაშვილები? \_\_\_\_\_ x1= \_\_\_\_\_ x1= \_\_\_\_\_

საბოლოო ქულები მამაკაცები \_\_\_\_\_ ქალები \_\_\_\_\_

თქვენ ბიოლოგიური მშობლების მიერ ხართ აღზრდილი? \_\_\_\_\_(1) დიახ \_\_\_\_\_(2) არა

თუ არა, ვინ აღგზარდათ? \_\_\_\_\_

ბ28. რა ასაკში (რამდენი ხნის წინ) დაიწყო ალკოჰოლის მოხმარებამ თქვენს ცხოვრებაზე  
 თქვენთვის არასასურველი გავლენის მოხდენა – პირველად როდის იქცა თქვენთვის  
 ალკოჰოლის მოხმარება პრობლემად?

\_\_\_\_\_ ასაკი პრობლემის გაჩენისას

\_\_\_\_\_ პრობლემის ხანგრძლივობა წლებში (ასაკს გამოკლებული პრობლემის  
 პირველად გამოჩენის ასაკი)

\_\_\_\_\_ უარყოფს, რომ ალკოჰოლის მოხმარება პრობლემაა

თქვენი ცხოვრების იმ კონკრეტულ დროს, როდესაც ალკოჰოლის მოხმარება  
 პირველად იქცა პრობლემად, თქვენს ცხოვრებაში თუ იყო რამე განსაკუთრებული  
 გარემოებები ან მოვლენები, რომლებიც, თქვენი აზრით, ნაწილობრივ მაინც იყო ამ  
 პრობლემის გაჩენის მიზეზი?

---



---



---



---



---



---

ბ29. ალკოჰოლის მოხმარების ამჟამინდელ დონეს თქვენ მიაღწიეთ:

(1) \_\_\_\_\_ თანდათან, ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში? რამდენ ხანში: \_\_\_\_\_

თუ (2) \_\_\_\_\_ შედარებით სწრაფი მატების შედეგად (რამდენიმე თვის ან უფრო ნაკლები დროის განმავლობაში?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ალკოჰოლის მოხმარების ამჟამინდელი პატერნი**

**ბ30. ალკოჰოლის მოხმარების პატერნი** (აღნიშნეთ ერთი)

- (P) — **პერიოდულად მომხმარებელი**  
 მოიხმარს უფრო იშვიათად, ვიდრე კვირაში ერთხელ მოხმარების ეპიზოდებს შორის ფხიზელია  
*შეავსეთ ეპიზოდურად მომხმარებლის ცხრილი*
  
- (S) — **სტაბილურად მომხმარებელი**  
 მოიხმარს სულ ცოტა, კვირაში ერთხელ მაინც.  
 ყოველკვირა იღებს სასმელის დაახლოებით ერთსა და იმავე რაოდენობას, ისე, რომ არ აქვს უფრო მძიმე ეპიზოდები. (მძიმე ეპიზოდი განისაზღვრება, როგორც ერთი ან მეტი დღე, რომელშიც პატერნი განსხვავდება სტაბილური პატერნისგან 5 ან მეტი SEC-ით.)  
*შეავსეთ ალკოჰოლის ეპიზოდურად მომხმარებლის ცხრილი*
  
- (S) — **კომბინირებული პატერნის მქონე ალკოჰოლის მომხმარებელი**  
 მოიხმარს კვირაში სულ ცოტა, ერთხელ მაინც, რეგულარული ყოველკვირეული პატერნით, მაგრამ ასევე აქვს უფრო მძიმე ეპიზოდებიც, როგორც ეს ზემოთაა განმარტებული.  
*შეავსეთ ალკოჰოლის ეპიზოდურად და ასევე, სტაბილურად მომხმარებლის ორივე ცხრილი.*

**ბ31. სტაბილური პატერნის ცხრილი**

თუ კლიენტი კვირაში სულ ცოტა ერთხელ მაინც იღებს ალკოჰოლს, შეავსეთ სტაბილური პატერნის ცხრილი, შემდეგ შეავსეთ რაოდენობა/სიხშირის (Q/F) მონაცემთა ჯამი (თუ კლიენტი არ იღებს ალკოჰოლს კვირაში ერთხელ მაინც, გადადით ბ33-ზე)

დროის ყოველი პერიოდისთვის შეიყვანეთ სასმელის ტიპი, ალკოჰოლის %-ულობა, მოხმარებული რაოდენობა და მიახლოებით – რა დროის განმავლობაში იყო ის მოხმარებული.

	დილა	შუადღე	სადამო	სულ დღეში
ლორწაბათი				სულ რამდენი SEC ორწაბათი
სამშაბათი				სულ რამდენი SEC სამშაბათი
ოთხშაბათი				სულ რამდენი SEC ოთხშაბათი
ხუთშაბათი				სულ რამდენი SEC ხუთშაბათი
პარასკევი				სულ რამდენი SEC პარასკევი
შაბათი				სულ რამდენი SEC შაბათი
კვირა				სულ რამდენი SEC კვირა

ფორმულა SEC-ის რაოდენობის გამოთვლისთვის: #მლ x ალკოჰოლის % x 2= SEC

- ა. SEC-ის სრული რაოდენობა კვირაში ..... \_\_\_\_\_  
(გადაიტანეთ ეს საერთო მაჩვენებელი ბ32-ში)
- ბ. ალკოჰოლის მოხმარების (არაფხიზელი) დღეების სრული რაოდენობა, მონოდებული ინფორმაციის თანახმად ..... \_\_\_\_\_
- გ. საშუალო SEC ალკოჰოლის მოხმარების დღისთვის (ა + ბ) ..... \_\_\_\_\_
- დ. შეფასებული უმაღლესი BAC (სისხლში ალკოჰოლის შემცველობა) კვირაში ..... \_\_\_\_\_ მგ %

ბ32. რაოდენობა/სიხშირის დაჯამებული მონაცემი (მხოლოდ მოხმარების სტაბილური პატერნისთვის)

SEC-ის სრული რაოდენობა ცხრილიდან: \_\_\_\_\_ SEC კვირაში

*გამრავლებული 13-ზე: კვირები x 13 =*

SEC-ის სრული რაოდენობა ბოლო 3 თვეში: \_\_\_\_\_ SEC (მხოლოდ სტაბილური პატერნიდან)

**ბ33. ეპიზოდური პატერნის ცხრილი** (მხოლოდ პერიოდული და კომბინირებული პატერნებისთვის) (ალკოჰოლის სტაბილური მოხმარებლებისთვის, გადადით ბ38-ზე)

**ბ34. ეპიზოდური მოხმარების რაოდენობა/სიხშირე**

<p>მოხმარებული სასმელის ტიპი და რაოდენობა:</p> <p>სულ SEC ერთი ეპიზოდისთვის: _____</p> <p>საათები: უმაღლესი BAC: _____ მგ %</p>	<p>ეპიზოდების რაოდენობა ბოლო 3 თვის განმავლობაში:</p> <p>x _____</p> <p>ეპიზოდი 3 თვეში</p>	<p>გამრავლეთ (SEC-ის რაოდენობა ეპიზოდში 3 თვეში ეპიზოდების სიხშირეზე) ყოველი ეპიზოდის ტიპისთვის:</p> <p>= _____ SEC/3 თვე*</p>
<p>მოხმარებული სასმელის ტიპი და რაოდენობა:</p> <p>სულ SEC ერთი ეპიზოდისთვის: _____</p> <p>საათები: უმაღლესი BAC: _____ მგ %</p>	<p>ეპიზოდების რაოდენობა ბოლო 3 თვის განმავლობაში:</p> <p>x _____</p> <p>ეპიზოდი 3 თვეში</p>	<p>= _____ SEC/3 თვე*</p>
<p>მოხმარებული სასმელის ტიპი და რაოდენობა:</p> <p>სულ SEC ერთი ეპიზოდისთვის: _____</p> <p>საათები: უმაღლესი BAC: _____ მგ %</p>	<p>ეპიზოდების რაოდენობა ბოლო 3 თვის განმავლობაში:</p> <p>x _____</p> <p>ეპიზოდი 3 თვეში</p>	<p>= _____ SEC/3 თვე*</p>

კომბინირებული პატერნის მქონე ალკოჰოლის მიმდებთათვის ამ საერთო რიცხვს გამოაკვლით SEC-ების რაოდენობა, რომელიც უკვე აღრიცხული გაქონდათ სტაბილური პატერნის ცხრილში (ბ31) და აქ ჩანერეთ მხოლოდ ის SEC-ები, რომლებიც აღემატება სტაბილური მოხმარების პატერნში მოყვანილებს. არც ერთი დალევა არ უნდა მოხვდეს ორივე, ბ31 და ბ33 პუნქტებში. ხოლო ალკოჰოლის პერიოდული მოხმარებლებისთვის აქ შეიტანეთ ყველა დალევა (რადგან ასეთ მოხმარებლებს სტაბილური პატერნი არ გააჩნიათ და მათთვის ბ31 შეუვსებელი რჩება) \_\_\_\_\_ სულ SEC/ 3თვე\* ყველა ეპიზოდური მოხმარებიდან





**ალკოჰოლთან დაკავშირებული ცხოვრებისეული პრობლემები**

ბ45. ახლა უნდა დაგისვით კიდევ რამდენიმე შეკითხვა, რაც თქვენი ალკოჰოლის მოხმარების პატერნის გაგებაში დაემხმარება. გთხოვთ, რაც შეიძლება, გულახდილად და ზუსტად უპასუხოთ მათ

კითხვა	პასუხი	ქულა
1. ფიქრობთ, რომ ნორმის ფარგლებში მოიხმართ ალკოჰოლს?	_____ (არა)	_____ (2)
2. როდისმე თუ გაგიღვიძიათ დილით, დალევის შემდგომ, და მომხედარხართ, რომ წინა საღამოს მომხდარის ნაწილი არ გახსოვთ?	_____ (კი)	_____ (2) _____ (1)
3. თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრი (ცოლი, ქმარი, მშობლები, სხვა) როდისმე თუ ნუხდა ან ჩიოდა თქვენი ალკოჰოლის მოხმარების გამო?	_____ (კი)	_____ (1)
4. თუ შეგიძლიათ, ძალდაუტანებლად შეწყვიტოთ ალკოჰოლის მოხმარება ერთი-ორი ულუფის შემდეგ?	_____ (არა)	_____ (2) _____ (1)
5. როდისმე თუ ნუხდით თქვენი ალკოჰოლის მოხმარების გამო?	_____ (კი)	_____ (1)
6. თქვენს მეგობრებს და ნათესავებს მიაჩნიათ, რომ ნორმის ფარგლებში მოიხმართ ალკოჰოლს?	_____ (არა)	_____ (2)
7. როცა მოინდომებთ, ყოველთვის შეძლებთ მოხმარების შეწყვეტა?	_____ (არა)	_____ (2) _____ (1)
8. როდისმე თუ დასწრებისათვლით ანონიმი ალკოჰოლიკების (AA) შეკრებებს? (თუ კი, დაახლოებით რამდენს? _____)	_____ (კი)	_____ (5)
9. ნასვამი როდისმე ჩხუბში თუ ჩაბმულხართ?	_____ (კი)	_____ (1)
10. ალკოჰოლის მოხმარების გამო როდისმე წარმოქმნილა პრობლემები თქვენსა და თქვენს მეუღლეს (ქმარს/ცოლს) შორის?	_____ (კი)	_____ (2)
11. თქვენს მეუღლეს (ან ოჯახის სხვა წევრს) თქვენ მიერ ალკოჰოლის მოხმარების თაობაზე როდისმე ვინმესთვის დახმარების სათხოვნელად თუ მიუმართავს?	_____ (კი)	_____ (2)
12. ალკოჰოლის მოხმარების გამო როდისმე მეგობარი ან საყვარელი ადამიანი თუ დაგიკარგავთ?	_____ (კი)	_____ (2)
13. როდისმე ალკოჰოლის მოხმარების გამო სამსახურში პრობლემები თუ შეგქმნიათ?	_____ (კი)	_____ (2)
14. როდისმე ალკოჰოლის მოხმარების გამო სამსახური თუ დაგიკარგავთ?	_____ (კი)	_____ (2)
15. როდისმე თუ უგულებელგვიყვით თქვენი მოვალეობები, ოჯახი ან სამუშაო ზედინდელი ორი ან რამდენიმე დღის განმავლობაში, იმის გამო, რომ სვამდით?	_____ (კი)	_____ (2)
16. შუადღემდე თუ სვამთ ხოლმე?	_____ (კი)	_____ (1) _____ (1)
17. როდისმე თუ უქვამთ თქვენთვის, რომ ღვიძლის პრობლემა გაქვთ?	_____ (კი)	_____ (2)
18. ალკოჰოლის ჭარბად მიღების შემდეგ ძლიერი ცახცახი თუ გქონიათ?	_____ (კი)	_____ (3) _____ (2) (18 ან 19)
19. ალკოჰოლის ჭარბად მიღების შემდეგ როდისმე თუ გაგიგონიათ ხმები ან დაგინახავთ რაღაცები, რაც არ ყოფილა?	_____ (კი)	_____ (4)
20. ალკოჰოლის მოხმარების გამო ვინმესთვის თუ გითხოვიათ დახმარება?	_____ (კი)	_____ (5)
21. როდისმე ალკოჰოლის მოხმარების გამო საავადმყოფოში თუ მოხვედრილხართ?	_____ (კი)	_____ (5)
სულ ქულები ამ გვერდზე(ორივე სვეტის)	_____ (კი)	_____ (3) _____ (1)

22. როდისმე თუ ყოფილხართ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ან ზოგადი პროფილის საავადმყოფოს ფსიქიატრიული განყოფილების პაციენტი? \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (2)

თუ კი, ალკოჰოლის მოხმარება იყო თქვენი პრობლემის ნაწილი?

აღწერა: \_\_\_\_\_

23. როდისმე თუ გაუსინჯიხართ ფსიქიატრიულ ან ფსიქიკური ჯანმრთელობის კლინიკაში, ან თუ მისულხართ ექიმთან, სოციალურ მუშაკთან ან მღვდელთან ემოციური პრობლემის გამო დახმარების მისაღებად? \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (2)

თუ კი, ალკოჰოლის მოხმარებას ამ პრობლემაში წვლილი მიუძღოდა?

აღწერა: \_\_\_\_\_

24. როდისმე თუ ყოფილხართ დაპატიმრებული, თუნდაც რამდენიმე საათით, ნასვამ მდგომარეობაში ჩადენილი ქმედების გამო? (ავტომობილის მართვის გარდა) \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (2)

აღწერა: \_\_\_\_\_

25. როდისმე თუ ყოფილხართ დაპატიმრებული ნასვამ მდგომარეობაში ან დაღვევის მერე ავტომობილის მართვის გამო? \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (2)

აღწერა: \_\_\_\_\_

26. როდისმე თუ გქონიათ ნაბახუსევის სინდრომი? \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (1)

27. ალკოჰოლის მოხმარების შემდეგ თუ გქონიათ შიშის, შფოთვის ან ნერვიულობის გაურკვეველი გრძნობა? \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (1)

28. როდისმე თუ გიგრძენიათ ალკოჰოლის მოხმარების ძლიერი საჭიროება ან ლტოლვა? \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (1)

29. თუ შეგიძლიათ ახლა უფრო მეტი ალკოჰოლ მოიხმართ, ვიდრე ადრე, იმავე ვეფექტის მიღების გარეშე? \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (1)

30. ალკოჰოლის მოხმარება ან შეწყვეტა როდისმე თუ გამხდარა თქვენთვის კრუნხის ან კონვულსიების მიზეზი? \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (1)

31. ალკოჰოლის მოხმარების პერიოდში საკვების ჭერს თუ გამოტოვებთ ხოლმე? \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (1)

სულ ქულები, ამ გვერდზე (ორივე სვეტის) \_\_\_\_\_ (3ი) \_\_\_\_\_ (1) A-2 B-2

**პრობლემის ქულების სრული რაოდენობა**

A სვეტის ქულების სრული რაოდენობა (ორივე გვერდისთვის): \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ (MAST ქულა)<sup>1</sup>  
A-1 A-2

B სვეტის ქულების სრული რაოდენობა (ორივე გვერდისთვის): \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ (Ph ქულა)<sup>2</sup>  
B-1 B-2

1 MAST ქულა – ესაა ალკოჰოლის მიღებასთან დაკავშირებული ცხოვრებისეული პრობლემების სიმძიმის და მასშტაბის ინდიკატორი. მიჩიგანის ალკოჰოლიზმის სკრინინგის ტესტი (Michigan Alcoholism Screening Test) თავდაპირველად შეიმუშავა სელზერმა (Selzer, M. L., The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 1971, 127:12; 1653-1658. Copyright, 1971, the American Psychiatric Association. გადმოთქმულია ნებაართვით.)

2 Ph ქულა – ესაა ალკოჰოლზე ფიზიკური დამოკიდებულების სიმძიმის ინდექსი

290 დანართი C

ბ46. ალკოჰოლის მოხმარების ადგილების ბარათების სორტირება  
(განსაზღვრეთ მისი რანგი: 1 = ყველაზე ხშირი, 9 = ყველაზე იშვიათი)

- \_\_\_\_\_ შინ (ჩემს სახლში, ბინაში ან ოთახში)
- \_\_\_\_\_ სამსახურში
- \_\_\_\_\_ სხვა ადამიანებთან სახლში
- \_\_\_\_\_ გარეთ, ღია ცის ქვეშ
- \_\_\_\_\_ კერძო ან სოციალურ კლუბებში
- \_\_\_\_\_ რესტორანში
- \_\_\_\_\_ სოციალურ ღონისძიებებზე (ქორწილები, წვეულებები, ცეკვები)
- \_\_\_\_\_ ტავერნაში ან ბარში
- \_\_\_\_\_ ავტომობილის მართვისას
- \_\_\_\_\_ სხვა ადგილებში (თუ აღინიშნება) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ სულ ადგილები, რომლებიც განსაზღვრულია, როგორც ალკოჰოლის მოხმარების ადგილი

ბ47. სოციალური სიტუაციების ბარათების სორტირება  
(განსაზღვრეთ მისი რანგი: 1 = ყველაზე ხშირი, 9 = ყველაზე იშვიათი)

- \_\_\_\_\_ მართლ ვსვამ
- \_\_\_\_\_ მეუღლესთან (ცოლი, ქმარი, პარტნიორი) ერთად ვსვამ
- \_\_\_\_\_ სხვა ნათესავებთან ვსვამ - არა მეუღლესთან
- \_\_\_\_\_ კაც მეგობართან ან მეგობრებთან ერთად ვსვამ (ქალები არ გვესწრებიან)
- \_\_\_\_\_ ქალ მეგობართან ან მეგობრებთან ერთად ვსვამ (კაცები არ გვესწრებიან)
- \_\_\_\_\_ ორივე სქესის მეგობრებთან ერთად ვსვამ
- \_\_\_\_\_ ვსვამ უცნობებთან ერთად (ან მათთან, ვინც სმის დაწყების მერე გავიცანი)
- \_\_\_\_\_ საქმესთან დაკავშირებულ ხალხთან ერთად ვსვამ (საქმიანი მიზნებით)
- \_\_\_\_\_ სხვა კომპანიონებთან ერთად ვსვამ (თუ ნახსენებია): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ სულ ადგილები, რომლებიც აღნიშნულია, როგორც ალკოჰოლის მოხმარების ადგილი

**დაკავშირებული ქცევები (უზრუნველყავით კონფიდენციალობა)**

ბ48. ენევით? (დაასახელეთ ერთ დღეში მოწეული სიგარეტის რაოდენობა, ჩანერეთ 00 არამწეველებისთვის.)

\_\_\_\_\_ სიგარეტი დღეში

თუ კლიენტი იყო მწეველი, მაგრამ ახლა არ ეწევა, რამდენი ხანია გასული თავის დანებებიდან? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

აღნიშნეთ თამბაქოს ნებისმიერი სხვა სახით გამოყენება (სიგარა, ჩიბუხი, ლეჭვა):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ბ49. გაკმაყოფილებთ თუ არა თქვენი ამჟამინდელი წონა? (თუ დიახ, ჩანერეთ 00, თუ არა, აღნიშნეთ კილოგრამების რაოდენობა, რამდენსაც კლიენტი მიიჩნევს ჭარბ წონად (+) ან ნაკლებ წონად (-), შესაბამისი მათემატიკური სიმბოლოთს გამოყენებით):

---

ბ50. დაასახელეთ ყველა მედიკამენტი, რომელსაც ამჟამად იღებთ, მათ შორის – ვიტამინები, ორსულობის კონტროლის, ასპირინი, სხვა [საგანგებოდ გამოიკითხეთ ტრანკვილიზატორების, სედატივების, სტიმულატორების, სადიეტო აბების, ტკივილ-გამაყუჩებლების შესახებ – დანიშნულებით თუ მის გარეშე მიღებულის. აღნიშნეთ ყოველი ნარკოტიკის სახელი, დოზა, მიღების სიხშირე, მიზანი და ისიც, დანიშნულებით იღებს თუ არა (Rx).]

მედიკამენტი	დოზა	სიხშირე	მიზანი	Rx?

ბ51. სხვა ნარკოტიკების ბარათების სორტირება

	დააკონკრეტეთ	ბოლო მოხმარება	სიხშირე ბოლო 3 თვეში	როგორ? დოზა?
___ ამფეტამინი				
___ ბარბიტურატი, სხვა				
___ კანაფი				
___ კოკაინი				
___ ჰალუცინოგენი				
___ ინჰალანტები				
___ ოპიატები				
___ ფენციკლიდინი				
___ სხვა ნარკოტიკები				
___ სულ გამოყენებული ნარკოტიკების კლასების რაოდენობა			___ სულ ბოლო 3 თვეში	

ბ52. რა ინტერესები და ჰობები გაქვთ (რაც არ არის სამსახურთან დაკავშირებული) და თითოეულ მათგანს თვეში რამდენ ხანს უთმობთ? (ყოველი ჰობის ან ინტერესისთვის განსაზღვრეთ, ჩვეულებრივ, ის უკავშირდება თუ არა ან ახლავს თუ არა ალკოჰოლის მოხმარებას.)

ინტერესი ან ჰობი	საათი/თვე	უკავშირდება ალკოჰოლის მოხმარებას?



292 დანართი C

ბ53. ტამის ქცევა

კვირის განმავლობაში (7 დღე), საშუალოდ, რამდენი დღე:

მიირთმევთ საუზმეს? \_\_\_\_\_ მიირთმევთ ლანჩს? \_\_\_\_\_ მიირთმევთ ვახშამს? \_\_\_\_\_

სულ რეგულარული კვება/კვირაში \_\_\_\_\_ რეგულარული კვების გარდა დამატებით ნაიხემსებთ? \_\_\_\_\_

თუ ხანდახან ზედმეტს მიირთმევთ, სავარაუდოდ რა ფაქტორები იწვევს ზედმეტ ტამას? (სიტუაციები, საჭმლის ტიპი, ემოციები, სხვა.)

\_\_\_\_\_

დღეში რამდენ კოფეინიან სასმელს მიირთმევთ? \_\_\_\_\_ ჭიქა ყავა \_\_\_\_\_ გაზიანი სასმელი  
\_\_\_\_\_ ჭიქა ჩაი \_\_\_\_\_ სხვა  
\_\_\_\_\_ სულ

ბ54. ავტომობილის მართვის ქცევა

როდესაც მართავთ ან მგზავრობთ საკუთარი მანქანით, შემთხვევათა რამდენი პროცენტის დროს გიკეთიათ ღვედი?

\_\_\_\_\_ %

როდესაც მგზავრობთ ღია ავტომობილის გარეშე, სადაც სიჩქარის შეზღუდვა არის 90 კმ/სთ და პოლიცია არსად ჩანს, საშუალოდ რა სიჩქარით მიდიხართ, თქვენი სპიდომეტრის ჩვენებით?

\_\_\_\_\_ კმ/სთ

ბოლო წლის განმავლობაში, თქვენი შეფასებით, რამდენად ხშირად მისჯდომიხართ საჭეს მალევე 3 და მეტი ჭიქის დალევის მერე?

\_\_\_\_\_ დაახლოებითი რაოდენობა ბოლო წლის განმავლობაში

ბ55. ვარჯიშის ქცევა

საშუალო კვირის განმავლობაში რა ვარჯიშებს აკეთებთ?

ვარჯიშის ტიპი                      რაოდენობა                      სიხშირე

\_\_\_\_\_

ბ56. სასმელის პრეფერენციების ბარათების სორტირება

(განსაზღვრეთ მისი რანგი: 1 = ყველაზე ხშირად მოხმარებული სასმელი, ა.შ.)

1, 2 და 3 პრეფერენციებისთვის აგრეთვე მიუთითეთ ალკოჰოლის მოხმარების საყვარელი მანერა და საყვარელი ბრენდი, თუ განსაზღვრულია:

სასმელუბის სისა	მოხმარების საყვარელი მანერა	ბრენდი
_____ ლუდი	_____	_____
_____ ბრენდი	_____	_____
_____ ჭინი	_____	_____
_____ ლიქიორი	_____	_____
_____ მაღალ %-იანი ლუდი	_____	_____

___ სუფთა სპირტი ან არასასმელი სპირტი (დაასახელეთ)	_____	_____
___ რომი	_____	_____
___ შუშხუნა ღვინო	_____	_____
___ შემაგრებული ღვინო	_____	_____
___ ტევილა	_____	_____
___ არაყი	_____	_____
___ ვისკი (სკოჩი, ბურბონი, ა.შ.)	_____	_____
___ წითელი მშრალი ღვინო	_____	_____
___ წითელი ტკბილი ღვინო	_____	_____
___ ვარდისფერი ღვინო	_____	_____
___ თეთრი მშრალი ღვინო	_____	_____
___ თეთრი ტკბილი ღვინო	_____	_____
___ სხვა ალკოჰოლური სასმელი (დააკონკრეტეთ)	_____	_____
___ <b>სულ</b> მოხმარებული სასმელის რაოდენობა	_____	_____

ბ57. რა არის თქვენი სამი საყვარელი არაალკოჰოლური სასმელი?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**შესაბამისი სამედიცინო ისტორია**

ბ58. ამჟამინდელი წონა: \_\_\_\_\_ კგ. ამჟამინდელი სიმაღლე: \_\_\_\_\_ სმ

ბ59. დამისახელეთ ყველა სერიოზული ავადმყოფობა, ჰოსპიტალიზაცია ან ქირურგიული ოპერაცია, რაც ბოლო 10 წლის მანძილზე გადაიტანეთ (დაასახელეთ ავადმყოფობა, თარიღი, ყველა რეგულარული ზრუნვა.)

ავადმყოფობა	მოითხოვა ჰოსპიტალიზაცია?	მოითხოვა ქირურგიული ოპერაცია?	თარიღი	მომდევნო მკურნალობა?
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

294 **ღანარში C**

ბ60. როდისმე თუ გქონიათ სიყვითლე (გაყვითლებული კანი, მუქი შარდი)? ტერფების ან კოჭების შეშუპება? ღვიძლის დაავადების დიაგნოზი, როგორცაა ჰეპატიტი? (თუ დიახ, დააკონკრეტეთ) (აღნიშნეთ თარიღი, ავადმყოფობა, რეგულარული ზრუნვა, თუკი იყო)

ავადმყოფობა	თარიღი	რეგულარული ზრუნვა?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ბ61. როდისმე თუ უთქვამთ თქვენთვის, რომ მაღალი წნევა გაქვთ? როდისმე თუ გიგრძნიათ მკერდში ტკივილი ან დაძაბულობა, განსაკუთრებით, ფიზიკური ვარჯიშისას? უჩვეულო სუნთქვის უკმარისობა ფიზიკური დატვირთვისას? ინსულტი ან გულის შეტევა? გულის პრობლემების სხვა ნიშნები? (თუ **დიახ**, დააკონკრეტეთ)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ბ62. როდისმე თუ გქონიათ ამათგან რომელიმე: დიაბეტი? პანკრეატიტი ან გასტრიტი? წყლული? ფარისებრი ჯირკვლის პრობლემები? კიდურებში სისუსტე ან დაბუჟება? (თუ **დიახ**, დააკონკრეტეთ)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ბ63. თუ შეგიძინებიათ, რაღაც დროის განმავლობაში, რომ თქვენზე ალკოჰოლი მოქმედებს მეტად, ვიდრე ადრე – რომ ნაკლებს დალევას მეტი ზემოქმედება აქვს თქვენზე? (თუ **დიახ**, დააკონკრეტეთ)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ბ64. ამჟამად თუ დადიხართ კონსულტანტთან, ფსიქოლოგთან ან ფსიქიატრთან კონსულტაციებზე ან სამკურნალოდ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ბ65. (ქალებისთვის) ორსულად ხართ ან გეგმავთ დაორსულებას? \_\_\_\_\_

**გ. ინფორმაცია მოტივაციებზე**

**ალკოჰოლის მოხმარების მიზეზები**

გ66. რა არის თქვენი ალკოჰოლის მოხმარების მთავარი მიზეზი? სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, როდესაც **ბამუღმებით სვამთ**, რა არის თქვენთვის ალკოჰოლის ყველაზე დადებითი და სასურველი **ეფექტი**? რა მოგნონთ ყველაზე მეტად ალკოჰოლის მიღებაში?

---

---

გ67. გაცნობიერებული თუ გაქვთ რამე შინაგანი ფიქრები ან ემოციური შეგრძნებები, ან ისეთი რამ თქვენს შინაგან პიროვნულ **პრინციპში**, რაც რაღაც გარკვეულ დროს „ჩართავს“ თქვენში სასმელის მიღების საჭიროებას ან სურვილს?

---

---

გ68. გაცნობიერებული თუ გაქვთ რამე კონკრეტული სიტუაციები ან მოვლენათა კრებული, ისეთი რამეები, რაც **ბარანსმყაროში** თქვენს თავს ხდება, რაც იწვევს თქვენში გრძობას, რომ ერთი-ორი უნდა გადაჰკრათ?

---

---

გ69. **მთლიანად თქვენი ცხოვრების** გათვალისწინებით, რა არის თქვენთვის ალკოჰოლის მოხმარების ყველაზე უფრო დადებითი **ეფექტი** და შედეგები?

---

---

გ70. როდესაც **ბამუღმებით ბევრს მოიხმართ**, რა არის თქვენთვის ალკოჰოლის ყველაზე უფრო უარყოფითი ან არასასურველი **ეფექტი**? ანუ, რა არის ის, რაც არ მოგნონთ ალკოჰოლის მიღებაში, როდესაც სვამთ?

---

---

გ71. **მთლიანად თქვენი ცხოვრების** გათვალისწინებით, რა არის თქვენთვის ალკოჰოლის მოხმარების ყველაზე უფრო უარყოფითი ეფექტები და შედეგები?

---

---

გ72. თუ შეიძლება, აღწერეთ სიტუაცია ან გარემოებები, რომლებიც ყველაზე **ნაკლებად ბამოინფორმაციან** თქვენში დაღვეის სურვილს? ანუ, როგორ გგონიათ, ყველაზე ნაკლებად როდის ხართ მიდრეკილი, რომ დალიოთ?

---

---

**ალკოჰოლის მოხმარების ეფექტები**

გ73. ბარათების სორტირება: მონიშნეთ ყველა ეფექტი, რაზეც თქვენი კლიენტი გატყობინებთ, რომ განუცდია ალკოჰოლის მოხმარების დროს ბოლო სამი თვის განმავლობაში.

ჭკუფი ა	ჭკუფი ბ	ჭკუფი გ	ჭკუფი დ	ჭკუფი ე
___ მშვიდი	___ გაბრაზებული	___ შეშინებული	___ მეგობრული	___ არასრულფასოვანი
___ ბედნიერი	___ დეპრესიული	___ ალტაცებული	___ გულდია	___ დაუცველი
___ უშფოთველი	___ იმედგაცრუებული	___ ნერვიული	___ დაცული	___ არაკეთილგანწყობილი
___ მოდუნებული	___ მართოსული	___ მოუსვენარი	___ ძლიერი	___ სუსტი
___ უშიშარი	___ სევდიანი	___ დაძაბული	___ აღმატებული	___ საკუთარ თავში ჩაკეტილი

სულ: \_\_\_ ა      \_\_\_ ბ      \_\_\_ გ      \_\_\_ დ      \_\_\_ ე

ამის მერე ამოიღეთ ბარათები, რომლებიც გამოარჩიეთ, როგორც კლიენტის მიერ განცდილი ეფექტები, და სთხოვეთ კლიენტს, რიგის მიხედვით დააწყოს ხუთი ყველაზე ხშირი ეფექტი, რომლებსაც ალკოჰოლის მოხმარების დროს განიცდის. დააკონკრეტეთ ქვემოთ:

რიგის ნომერი	ეფექტი	კომენტარები, თუ არის
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

ემოციათა რომელი ჭკუფია ყველაზე მეტად წარმოდგენილი (იხ. გადაწყვეტილებების წესები): \_\_\_\_\_

გ74. დავუშვათ, შევთანხმებულიყავით, რომ თქვენ საერთოდ არ დალევდით მომდევნო ორი კვირის განმავლობაში. თქვენი აზრით, რა პრობლემები გაგიჩნდებოდათ, ასე რომ მოიქცეთ? თუ გექნებოდათ რამე განსაკუთრებული გრძნობები ან სიტუაციები, რასთან გამკლავებას უფრო გაგიჭირდებოდათ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



გ75. ბარათების სორტირება. კლიენტმა გაყოს მიმდინარე პრობლემები დიახ და არა დასტებად, შემდეგ დააღავოს რიგის მიხედვით. განსაზღვრეთ რიგის ნომერი ყველა დიახ ბარათისთვის: 1 = უმნიშვნელოვანესი ამჟამინდელი პრობლემა.

შემდეგ ყოველი დიახ ბარათისთვის გამოარკვიეთ, ეს პრობლემა, კლიენტის აზრით, არის თუ არა ნაწილობრივ მაინც დაკავშირებული სმასთან. მონიშნეთ (✓) ყველა პრობლემა, რომლებიც განისაზღვრა, როგორც სმასთან დაკავშირებული.

	რიგის ნომერი	✓	
_____	_____		აგრესია (ჩხუბი, ბრაზი, მტრული დამოკიდებულება)
_____	_____		მოწყენილობა
_____	_____		სამართალდარღვევის პრობლემები (დაპატიმრება, ნასვამ მდგომარეობაში ავტომობილის მართვა, პოლიციის ვიზიტები, სასამართლო პროცესი, ა.შ.)
_____	_____		დეპრესია (ან ნეგატიური მე-კონცეფცია)
_____	_____		ოჯახური პრობლემები (დავა მეუღლესთან ან ოჯახის სხვა წევრებთან, ა.შ.)
_____	_____		სისუსტე, დაღლილობა
_____	_____		ფინანსური პრობლემები
_____	_____		ჯანმრთელობის პრობლემები
_____	_____		არაასერტულობის პრობლემები (მიყენებენ, ყოველთვის უკან ვიხევ, ვერ გამოვთქვამ, რას ვგრძნობ, ა.შ.)
_____	_____		კვების ან მადის პრობლემები (ან წონის პრობლემები)
_____	_____		მეხსიერების ან კონცენტრაციის პრობლემები
_____	_____		ძილის პრობლემები (უძილობა, ადრე გაღვიძება, _____ კომპარული სიზმრები)
_____	_____		სოციალური კონტაქტის პრობლემები (სოციალურობა და ადამიანებთან ურთიერთობა, მეგობრების დაკარგვა, სიმართოვე)
_____	_____		სექსუალური პრობლემები
_____	_____		სუიციდური აზრები
_____	_____		დაძაბულობა ან შფოთვა
_____	_____		სამსახურებრივი პრობლემები
_____	_____		სხვა პრობლემები

სულ დიახ პრობლემების რიცხვი: \_\_\_\_\_

სულ ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების რიცხვი: \_\_\_\_\_

ბოლოს, მეტი გამოიკითხეთ უპირველესი სამი პრობლემის შესახებ (რომლებიც 1,2 და 3 ნომრად განისაზღვრა) და ქვემოთ უფრო დეტალურად აღწერეთ.

პრობლემა 1: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

298 **დანართი C**

პრობლემა 2: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

პრობლემა 3: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**მკურნალობის მოტივაცია**

გ76. თქვენი ძალებით, სხვისი დახმარების გარეშე, როდისმე რა გიღონიათ იმისათვის, რომ გეცადათ ალკოჰოლის მოხმარების შეწყვეტა ან კონტროლი? რამდენად გამოგივიდათ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

გ77. რა გარეშე დახმარება, პროფესიული თუ სხვა, გიძენიათ მოხმარების პრობლემის გადასაჭრელად (AA-ს ჩათვლით)? რა დაგეხმარათ და რა არა?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

გ78. როდისმე თქვენთვის ვინმეს თუ მოუცია რჩევა, საერთოდ თავი დაგენებებინათ მოხმარებისთვის? თუ დიახ, ვინ იყო ის?

(1) \_\_\_\_\_ დიახ (2) \_\_\_\_\_ არა თუ დიახ: \_\_\_\_\_

გ79. როდისმე თქვენთვის ვინმეს თუ მოუცია რჩევა, შეგემცირებინათ ალკოჰოლის მოხმარება? თუ დიახ, ვინ იყო ის?

(1) \_\_\_\_\_ დიახ (2) \_\_\_\_\_ არა თუ დიახ: \_\_\_\_\_

გ80. რა არის მთავარი მიზეზი იმისა, რომ ალკოჰოლის მოხმარების გამო დახმარებას ეძებთ სწორედ ახლა? რატომ ახლა? სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, კონკრეტულად რა გარემოებებმა განაპირობა, რომ ახლა მიმართეთ ამ პროგრამას?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

გ81. რა გესახებათ აქ თქვენი მკურნალობის საუკეთესო შედეგად? რას ისურვებდით, რომ მოხდეს?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

გ82. ამ ექვსი წინადადებიდან საუკეთესოდ რომელი აღწერს ამ პროგრამაში თქვენს მიზანს? (მონიშნეთ ერთი შერჩეული, თუ ერთზე მეტია, დასვით პრიორიტეტულად.)

(1) \_\_\_\_\_ ვფიქრობ, ჩემთვის ერთადერთი გამოსავალი სრული აბსტინენციაა და მინდა, სრულიად დავანებო სმას თავი.

- (2) \_\_\_\_\_ ვფიქრობ, ჩემთვის აუცილებელია სრული აბსტინენცია, მაგრამ არ ვარ დარწმუნებული. თუ მეცოდიდება, რომ კონტროლირებული სმა ჩემთვის მიუღწეველია, მაშინ ვისურვებდი ალკოჰოლის მოხმარების სრულიად შეწყვეტას.
- (3) \_\_\_\_\_ ვფიქრობ, სრული აბსტინენცია ჩემთვის არაა აუცილებელი, მაგრამ ვისურვებდი, შემემცილებინა სმა „მსუბუქ სოციალურ“ უპრობლემო დონემდე.
- (4) \_\_\_\_\_ ვფიქრობ, სრული აბსტინენცია ჩემთვის არაა აუცილებელი, მაგრამ ვისურვებდი, შემემცილებინა სმა „ზომიერ სოციალურ“ უპრობლემო დონემდე.
- (5) \_\_\_\_\_ ვფიქრობ, სრული აბსტინენცია ჩემთვის არაა აუცილებელი, მაგრამ ვისურვებდი, შემემცილებინა სმა „მძიმე სოციალურ“ უპრობლემო დონემდე.
- (6) \_\_\_\_\_ ვფიქრობ, სრული აბსტინენცია ჩემთვის არაა აუცილებელი და ვერ ვხედავ ჩემთვის მოხმარების შემცირების საჭიროებას.

გ83. ამ პროგრამაში იდეალური მიზნისთვის რომ მიგელწიათ, რა სახის იქნებოდა თქვენი მოხმარების ტიპი? საშუალოდ დაახლოებით რამდენს დალევდით ჩვეულებრივი კვირის განმავლობაში? (ჩანერეთ კონკრეტული სასმელის ტიპები და რაოდენობა; გადაიყვანეთ SEC-ებში.)

სასმელი

რაოდენობა

_____	_____
_____	_____
_____	_____

სულ SEC: \_\_\_\_\_

გ84. თქვენი გულწრფელი და რეალისტური შეფასებით, ამ მიზნის მიღწევის რა შანსი გაქვთ – 0-დან 100%-მდე?

\_\_\_\_\_ %

გ85. რა გავლენას იქონიებს თქვენზე, თუ აქ მკურნალობის იდეალურ შედეგს ვერ მიაღწევთ? სხვაგვარად რომ ვთქვათ, სავარაუდოდ რა მოხდება, თუ ამ პროგრამაში თქვენს მიზანს ვერ მიაღწევთ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

გ86. როგორ განმარტავდით „ალკოჰოლიზმს“?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

გ87. ზოგ ადამიანს მიაჩნია, რომ ალკოჰოლიზმი დაავადება ან ავადმყოფობაა, როცა სხვები ამბობენ, რომ ის დაავადება კი არა, შეძენილი მავნე ჩვევა უფროა. თქვენ ის დაავადებად მიგაჩნიათ თუ მავნე ჩვევად?

(თუ მოჰასუსხე ამბობს „ორივეს“, განასაზღვრინეთ, რომელ თვალსაზრისს უფრო მეტად თანხმება.)

(1) \_\_\_\_\_ დაავადება

(2) \_\_\_\_\_ მავნე ჩვევა

**ალკოჰოლის მომხმარებლის ტიპის რეიტინგები**

გ88. ახლა მე თქვენ მოგცემთ სიას, სადაც ჩამოთვლილია ალკოჰოლის მომხმარებელთა ექვსი სხვადასხვა ტიპი და მინდა მითხრათ, თქვენი აზრით, თქვენ ამჟამად ამათგან ყველაზე მეტად რომელი შეგეფერებათ. (მიანიჭეთ რეიტინგი)

(თუ მიესადაგება) ახლა, თუ შეიძლება, მითხარით, თქვენი ქმარი/ცოლი რომელს აირჩევდა, როგორც თქვენს საუკეთესო აღწერას? (მიანიჭეთ რეიტინგი)

რომელს აირჩევდა თქვენი უახლოესი მეგობარი, როგორც თქვენს საუკეთესო აღწერას? (მიანიჭეთ რეიტინგი)

რომელს აირჩევდა ადამიანთა უმრავლესობა, როგორც თქვენს საუკეთესო აღწერას? (მიანიჭეთ რეიტინგი)

შეფასება: თვითონ \_\_\_\_\_ მეუღლე \_\_\_\_\_ მეგობარი \_\_\_\_\_ ადამიანთა უმრავლესობა \_\_\_\_\_

1= სრული აბსტინენტი

2 = მსუბუქი სოციალური (არაპრობლემური) მომხმარებელი

3 = ზომიერი სოციალური (არაპრობლემური) მომხმარებელი

4 = მძიმე სოციალური (არაპრობლემური) მომხმარებელი

5 = პრობლემური მომხმარებელი

6 = ალკოჰოლიკი

შეადარეთ „თვითონ“ შეფასება „ადამიანების უმრავლესობის“ შეფასებას. „თვითონ“ შეფასება არის:

(1) \_\_\_\_\_ „უმრავლესობაზე“ მაღალი (2) \_\_\_\_\_ იგივე, რაც „უმრავლესობის“

(3) \_\_\_\_\_ „უმრავლესობაზე“ დაბალი

**ინტერვიუს დასასრული**

**დამატებითი კომენტარები:**

# ოჯახში ალკოჰოლის მოხმარების კვლევა

დანართი **D**

	დიახ	არა
1. თქვენს ოჯახში, ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებისას, ვინმე თუ იცვლება პიროვნულად?	( )	( )
2. თუ გრძნობთ, რომ ამ პიროვნებისთვის ალკოჰოლის მიღება თქვენზე უფრო მნიშვნელოვანია?	( )	( )
3. თუ წუხართ და ხშირად გებრალებათ საკუთარი თავი იმის გამო, რა დღეშიც ალკოჰოლი აგდებს თქვენს ოჯახს, თქვენი აზრით?	( )	( )
4. ოჯახის რომელიმე წევრის მიერ ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარებას თუ ჩაუშხამებია ოჯახისთვის განსაკუთრებული ღონისძიებები?	( )	( )
5. ხელი თუ დაგიფარებიათ ვინმესთვის მის მიერ ალკოჰოლის მოხმარებით გამოწვეულ ნამოქმედარზე?	( )	( )
6. თუ გაგჩენიათ დანაშაულის, მობოდიშების ან პასუხისმგებლობის გრძნობა თქვენი ოჯახის წევრის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების გამო?	( )	( )
7. თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრის მიერ ალკოჰოლის მოხმარება თუ იწვევს ჩხუბს და კამათს?	( )	( )
8. როდისმე თუ გიცდიათ ალკოჰოლის მოხმარებელთან კამათი მასთან ერთად დაღევით?	( )	( )
9. ოჯახის რომელიმე წევრის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების ჩვევები თუ გთრგუნავთ ან გაბრაზებთ?	( )	( )
10. თქვენს ოჯახს თუ აქვს ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული ფინანსური პრობლემები?	( )	( )

წყარო: გამოკვლევის ეს შევითხვები გადმოკეთებული ან მისადაგებულია ალკოჰოლიკების შვილები – სკრინინგის ტესტიდან (Children of Alcoholics Screening Test, CAST), ჰოვარდის ოჯახური კითხვარიდან (Howard Family Questionnaire) და ალ-ანონის ოჯახური ალკოჰოლის ტესტიდან (Family Alcohol Quiz from Al-Anon).



11. თუ გიგრძენიათ, რომ ოჯახის ცხოვრება უსიხარულოდ იქცა, რადგან ალკოჰოლის მომხმარებელი წევრ(ებ)ი გყავთ? ( ) ( )
12. თუ გიცდიათ ალკოჰოლის მომხმარებლის ქცევის გაკონტროლება მანქანის გასაღების დამალვით, სასმელის გადაღვრით, ან სხვა სახით? ( ) ( )
13. თუ შეგშლიათ ხელი თქვენი ვალდებულების შესრულებაში ალკოჰოლის მომხმარებელი ოჯახის წევრის გამო? ( ) ( )
14. ხშირად თუ ნერვიულობთ, ოჯახის წევრის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების გამო? ( ) ( )
15. დღესასწაულები ზემის ნაცვლად კომშარი უფროა, ალკოჰოლის მომხმარებელი ოჯახის წევრის ქცევის გამო? ( ) ( )
16. თქვენი ოჯახის ალკოჰოლის მომხმარებელი წევრის მეგობრების უმრავლესობა ბევრ ალკოჰოლს მოიხმარს? ( ) ( )
17. თუ გიჩნდებათ საჭიროება, მოატყუოთ უფროსი სამსახურში, ნათესავები ან მეგობრები, რათა დამალოთ თქვენი მეუღლის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების ამბავი? ( ) ( )
18. თუ შეგიტყვიათ თქვენი თავისთვის, რომ განსხვავებულად რეაგირებთ თქვენი ოჯახის წევრებზე, როდესაც ისინი ალკოჰოლს მოიხმარენ? ( ) ( )
19. როდისმე უხერხულობა თუ გიგრძენიათ ან ბოდიშის მოხდა დაგჭირვებიათ ალკოჰოლის მომხმარებლის ქმედებების გამო? ( ) ( )
20. ოჯახის რომელიმე წევრის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების მიზეზით თუ გიგრძენიათ შიში საკუთარი ან თქვენი ოჯახის უსაფრთხოების გამო? ( ) ( )
21. როდისმე თუ გიფიქრიათ, რომ თქვენი ოჯახის რომელიმე წევრს ალკოჰოლის მოხმარების პრობლემა აქვს? ( ) ( )
22. როდისმე ძილი თუ გაფრთხობიათ ოჯახის წევრის ალკოჰოლის მოხმარების გამო? ( ) ( )
23. როდისმე თუ წაგიქვებიათ ოჯახის წევრი, შეეწყვიტა ან შეემცირებინა ალკოჰოლის მოხმარება? ( ) ( )
24. როდისმე თუ დამუქრებიათ, რომ სახლიდან წახვიდოდით ან ოჯახის წევრს მიატოვებდით მის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების გამო? ( ) ( )
25. ოჯახის წევრს თუ დაუდვია როდისმე პირობა, რაც არ შეუსრულებია ალკოჰოლის მოხმარების მიზეზით? ( ) ( )
26. როდისმე თუ გისურვიათ, რომ შეგძლებოდათ, დალაპარაკებოდით ვინმეს, ვისაც შეეძლო ალკოჰოლთან დაკავშირებული პრობლემების გაგება და მათ მოგვარებაში დახმარება? ( ) ( )

27. როდისმე თუ ყოფილხართ შეუძლოდ, გიტირიათ ან გინერვიულიათ ოჯახის წევრის მიერ ალკოჰოლის მოხმარების გამო? ( ) ( )
28. როდისმე თუ მომხდარა, რომ ოჯახის წევრს ვერ გაუხსენებია, რა მოხდა ალკოჰოლის მოხმარების პერიოდის განმავლობაში? ( ) ( )
29. თქვენი ოჯახის წევრი თუ ირიდებს თავიდან სოციალურ სიტუაციებს, სადაც არ უმასპინძლებიან ალკოჰოლური სასმელებით? ( ) ( )
30. თქვენი ოჯახის წევრს თუ აქვს სინანულის პერიოდი ალკოჰოლის მოხმარების შემთხვევების შემდეგ და პატიებას ითხოვს თავისი საქციელის გამო? ( ) ( )
31. გთხოვთ, ჩამოწეროთ ნებისმიერი სიმპტომი ან სამედიცინო თუ ნერვული სისტემის პრობლემები, რაც გამოგაჩნდათ მას მერე, რაც შეიტყვეთ, რომ თქვენი ოჯახის წევრი ჭარბად მოიხმარს ალკოჰოლს. ( ) ( )

თუ თქვენ „დიახს“ უპასუხებთ ზემოთ მოყვანილი კითხვებიდან რომელიმე ორს, არის საკმაო ალბათობა იმისა, რომ თქვენს ოჯახში ვიღაცას შესაძლოა ალკოჰოლის მოხმარების პრობლემა ჰქონდეს.

თუ თქვენ „დიახს“ უპასუხებთ ზემოთ მოყვანილი კითხვებიდან ოთხს ან მეტს, ეს ზუსტი მაჩვენებელია იმისა, რომ თქვენს ოჯახში ვიღაცას ალკოჰოლის მოხმარების პრობლემა აქვს.

დანართი

**E**

## სასარგებლო ვებ-საიტები

Alcoholics Anonymous	<a href="http://www.aa.org">www.aa.org</a>
Alcohol MD	<a href="http://www.alcoholmd.com/">http://www.alcoholmd.com/</a>
American Society of Addiction Medicine	<a href="http://www.asam.org/">http://www.asam.org/</a>
Center for Substance Abuse Treatment and Prevention	<a href="http://www.samhsa.gov/index.aspx">http://www.samhsa.gov/index.aspx</a>
Join Together	<a href="http://www.join.together.org">www.join.together.org</a>
Narcotics Anonymous	<a href="http://www.na.org">www.na.org</a>
National Addiction Technology Transfer Center	<a href="http://www.attcnetwork.org/index.asp">http://www.attcnetwork.org/index.asp</a>
National Association of Addiction Treatment Providers	<a href="http://www.naatp.org/">http://www.naatp.org/</a>
National Association of Alcohol and Drug Counselors	<a href="http://www.naadac.org/">http://www.naadac.org/</a>
National Center on Addiction and Substance Abuse	<a href="http://www.casacolumbia.org">www.casacolumbia.org</a>
National Council on Alcoholism and Drug Dependence, Inc.	<a href="http://www.ncadd.org/">http://www.ncadd.org/</a>
National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse	<a href="http://www.niaaa.nih.gov/">http://www.niaaa.nih.gov/</a>
National Institute on Drug Abuse	<a href="http://www.nida.nih.gov/NIDAHome.html">http://www.nida.nih.gov/NIDAHome.html</a>

სანსარგებლო ვებ-საიტიები

Office of National Drug Control Policy  
Partnership for a Drug Free America  
SAMHSA Office of Applied Studies  
Substance Abuse and Mental Health  
Services Administration

[http://www.whitehousedrugpolicy .gov/](http://www.whitehousedrugpolicy.gov/)

<http://www.drugfree.org/>

<http://www.samhsa.gov/index.aspx>

<http://www.samhsa.gov/index.html>

## მკურნალობის მნიშვნელოვანი სახელმძღვანელოები

ამერიკის ჯანდაცვის და სოციალური სამსახურის დეპარტამენტმა (Department of Health and Human Services) შეიმუშავა მკურნალობის სერიული სახელმძღვანელოები, რომლებიც გამოადგება როგორც სამკურნალო დანესებულებებს, ისე ინდივიდუალურ მკურნალებს – როგორც უზარმაზარი სამკურნალო კვლევის, სახელად MATCH პროექტის, ნაწილი. ეს კვლევა გახლდათ ერთ-ერთი ყველაზე დიდი ინიციატივა, რაც კი ოდესმე განუხორციელებია ალკოჰოლიზმის და ალკოჰოლის ავადმობმარების ნაციონალურ ინსტიტუტს (National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse, NIAAA). მკურნალობის სახელმძღვანელოები უფასოა და ალკოჰოლიზმის მკურნალობაზე მომუშავე საზოგადოებას მიენოდება, როგორც ინტერვენციის სტანდარტიზებული, კარგად დოკუმენტირებული ინსტრუმენტი ალკოჰოლიზმის სამკურნალოდ. სახელმძღვანელოებში შეჯამებულია ამჟამად არსებულ ცოდნაზე დაფუძნებული დასაბუთებული ინტერვენციის მიდგომები.

*ტომი 1: Twelve-Step Facilitation Therapy Manual.* ტომში დეტალურადაა აღწერილი 12-ნაბიჯიანი დახმარების თერაპია, რომლის საბოლოო მიზანია ხელი შეუწყოს კლიენტის აქტიურ მონაწილეობას „ანონიმ ალკოჰოლიკებში“. აქ აღწერილი სამკურნალო მიდგომა აქტიურ ჩართულობას ხანგრძლივ აღდგენა/გამოჯანმრთელებაზე პასუხისმგებელ უპირველეს ფაქტორად მიიჩნევს და ამიტომ ის ამ სამკურნალო პროგრამაში მონაწილეობის სასურველი შედეგია. ეს თერაპია ეფუძნება ალკოჰოლიზმის, როგორც სულიერი და სამედიცინო დაავადების, კონცეფციას.

*ტომი 2: Motivational Enhancement Therapy Manual.* ამ ტომში სრულადაა აღწერილი მოტივაციის გაძლიერებით მკურნალობა (MET), სისტემური ინტერვენციის



მიდგომა ალკოჰოლის პრობლემურ მომხმარებლებში ცვლილების გამოსაწვევად. MET ემყარება მოტივაციური ფსიქოლოგიის პრინციპებს და გამიზნულია შინაგანად მოტივირებული მკვეთრი ცვლილების მისაღებად. მკურნალობის ეს სტრატეგია არ ცდილობს კლიენტის ხელმძღვანელობას და სწავლებას და ამგვარად ნაბიჯ-ნაბიჯ მიყვანას გამოჯანსაღებამდე, არამედ მომარჯვებული აქვს მოტივაციის სტრატეგიები, კლიენტის განკარგულებაში მყოფი ცვლილების რესურსების ასამოქმედებლად.

*ტომი 3: Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy* სახელმძღვანელო. ეს წიგნი აღწერს კოგნიტურ-ბიჰევიორულ გამკლავების უნარების თერაპიას, რაც დამყარებულია სოციალური სწავლების თერაპიაზე და განიხილავს ალკოჰოლის მოხმარების ქცევას, როგორც ფუნქციურად დამოკიდებულს კლიენტის ცხოვრების მთავარ პრობლემებზე. აქცენტი დასმულია უნარების დეფიციტის დაძლევაზე და კლიენტის შესაძლებლობის გაზრდაზე, გაუმკლავდეს მაღალი რისკის სიტუაციებს, რომლებიც, როგორც წესი, რეციდივის იწვევენ. პროგრამა შედგება 12 სესიისგან. მისი მიზანია, პრობლემების გადასაჭრელად კლიენტს შეასწავლოს აქტიური ბიჰევიორული თუ კოგნიტური გამკლავების მეთოდების გამოყენება, ნაცვლად ალკოჰოლის მოხმარებისა, რაც უმართებულო გამკლავების სტრატეგიაა.

*ტომი 1: Twelve-Step facilitation Therapy Manual.* კლინიკური კვლევის გამკვლევი თერაპევტებისთვის, რომლებიც ალკოჰოლის ავადმომხმარებელ და ალკოჰოლდამოკიდებულ ადამიანებს მკურნალობენ. Joseph Nowinski, Stuart Baker, and Kathleen Carroll.

*ტომი 2: Motivational Enhancement Therapy Manual.* კლინიკური კვლევის გამკვლევი თერაპევტებისთვის, რომლებიც ალკოჰოლის ავადმომხმარებელ და ალკოჰოლდამოკიდებულ ადამიანებს მკურნალობენ. William R. Miller, Allen Zwegan, Carlo D. Clemente, and Richard Rychtarik.

*ტომი 3: Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual.* კლინიკური კვლევის გამკვლევი თერაპევტებისთვის, რომლებიც ალკოჰოლის ავადმომხმარებელ და ალკოჰოლდამოკიდებულ ადამიანებს მკურნალობენ. Ronald Kadden, Kathleen Carroll, Dennis Donovan, Ned Cooney, Peter Monti, David Abrams, Mark Lih, and Reid Hester.

შეკვეთის ინფორმაცია 1, 2 და 3 ტომებისთვის: ფასი: უფასო. NIAAA, P.O. Box 10686, Rockville, MD 10849-0686.

ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის ნაციონალური ინსტიტუტი (The National Institute on Drug Abuse, NIDA) აგრეთვე აქვეყნებს შესანიშნავ მკურნალობის სახელმძღვანელოებს, რომლების უსასყიდლოდაა ხელმისაწვდომი მკურნალობის მიმწოდებლებისთვის. NIDA-ის სახელმძღვანელოები აძლევენ მკაფიო, სასარგებლო ინფორმაციას ნარკოტიკების მოხმარების მკურნალ ექიმებს – საუკეთესო შესაძლო მკურნალობის მიწოდების თაობაზე, რასაც კი მეცნიერება გვთავაზობს. ისინი აღწერენ მეცნიერულად დასაბუთებულ ადიქციის მკურნალობას და მეგზურობას სწვევენ სენსების შინაარსის, აგრეთვე, სპეციალური ტექნიკების გამოყენების საკითხებში.

*სახელმძღვანელო 1: Therapy Manuals for Drug Addiction. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction.* ეს სახელმძღვანელო ფოკუსირებულია კოგნიტურ-ბიჰევიორული გამკლავების უნარების მკურნალობაზე (CBT), რაც გახლავთ მოკლევადიანი, ფოკუსირებული მიდგომა კოკაინდამოკიდებული ადამიანების დასახმარებლად, რათა შეძლონ კოკაინსა და სხვა ნივთიერებათა მოხმარების თავის დანებება. მის საფუძველში დევს მოსაზრება, რომ სასწავლო პროცესები დიდ როლს თამაშობს კოკაინის ავადმომხმარებლის და დამოკიდებულების ჩამოყალიბებასა და გაგრძელებაში. იგივე სწავლების პროცესი შეიძლება გამოყენებული იყოს ინდივიდთა დასახმარებლად ნარკოტიკების მოხმარების შემცირებაში. ძალიან გამარტივებულად რომ გადმოვცეთ, CBT ცდილობს, დაეხმაროს კლიენტებს, ამოიცნონ, მოერიდონ და გაუმკლავდნენ. ანუ ამოიცნონ სიტუაცია, რომელშიც

უდიდესია მათთვის კოკაინის გამოყენების ალბათობა, თავი აარიდონ ასეთ სიტუაციებს, როდესაც ეს გამართლებულია, და უფრო ეფექტიანად გაუმკლავდნენ ნივთიერებათა მოხმარებასთან დაკავშირებულ რიგ პრობლემებსა და პრობლემურ ქცევებს.

*სახელმძღვანელო 2: Therapy Manuals for Drug Addiction. A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction.* ეს წიგნი ყურადღებას ამახვილებს მკურნალობაზე, რომელიც აერთიანებს თემის გაძლიერების მიდგომას (CRA), რომელიც თავდაპირველად ალკოჰოლდამოკიდების ეფექტიან სამკურნალო მეთოდად იყო შემუშავებული, წამაქეზებელ პროგრამასთან (ვაუჩერები), რომელშიც კლიენტს შეუძლია, მკურნალობაში დარჩენის და აბსტინენციის სანაცვლოდ დაიმსახუროს ქულები და ისინი სხვადასხვა რამეზე გადაცვალოს.

*სახელმძღვანელო 1: National Institute on Drug Abuse. Therapy Manuals for Drug Addiction. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction.* Kathleen M. Carroll. NIH Publication #98-4308.

## დეტოქსიკაცია და ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობა

მკურნალობის გაუმჯობესების პროტოკოლი, დეტოქსიკაცია და ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობა (The Treatment Improvement Protocol, Detoxification and Substance Abuse Treatment) გვანდის ინფორმაციას დეტოქსიკაციის როლის შესახებ ნივთიერებათა მოხმარებით გამოწვეული აშლილობების მქონე პაციენტების უწყვეტ მომსახურებაში, ალკვითის ფიზიოლოგიაში, პაციენტის განთავსების პროცედურებში და ჯანდაცვის საყოველთაო სისტემაში დეტოქსიკაციის სერვისის მენეჯმენტის საკითხებზე. ის აგრეთვე ვრცელდება ადმინისტრაციულ, სამართლებრივ და ეთიკის საკითხებზე, რომლებსაც, ჩვეულებრივ, ვაწყდებით დეტოქსიკაციის მომსახურების განვითარებას და გვთავაზობს წარმადობის საზომებს დეტოქსიკაციის პროგრამებისთვის. თუმცა თავისთავად ის არ არის „მკურნალობა“, აქ მაინც ჩავრთეთ, რადგან ბევრი ექიმი დეტოქსიკაციას „მკურნალობად“ მიიჩნევს და ფაქტობრივად დეტოქსიკაციის და სტაბილიზაციის პერიოდი აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული ყველა კლიენტისთვის, ვინც კი ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობას იწყებს. დეტოქსიკაციის პროცედურებისა და საკითხების განხილვის სრულად გასაცნობად იხ. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.85295>

დეტოქსიკაციასა და პაციენტზე ზრუნვაში მისი როლის შესახებ მნიშვნელოვანი პრინციპები მოიცავს:

1. დეტოქსიკაცია, თავისთავად, არ შეადგენს ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის სრულ მკურნალობას.
2. დეტოქსიკაციის პროცესი შედგება სამი უმთავრესი კომპონენტისგან, რომლებიც ხელმისაწვდომი უნდა იყოს მკურნალობის მაძიებელი ყველა ადამიანისთვის:
  - შეფასება
  - სტაბილიზაცია
  - პაციენტის მზაობის გამოწვევა და ჩართვა ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის მკურნალობაში
3. დეტოქსიკაცია შეიძლება ჩატარდეს სხვადასხვა ტიპის დანესებულებებში და სხვადასხვა დონის ინტენსიობით. განთავსება პაციენტის საჭიროებათა შესაბამისი უნდა იყოს.
4. ყველა ადამიანი, ვისაც ნივთიერებათა ავადმომხმარებლის აშლილობის მკურნალობა სჭირდება, უნდა მიიღოს თანაბარი ხარისხის და სათანადო

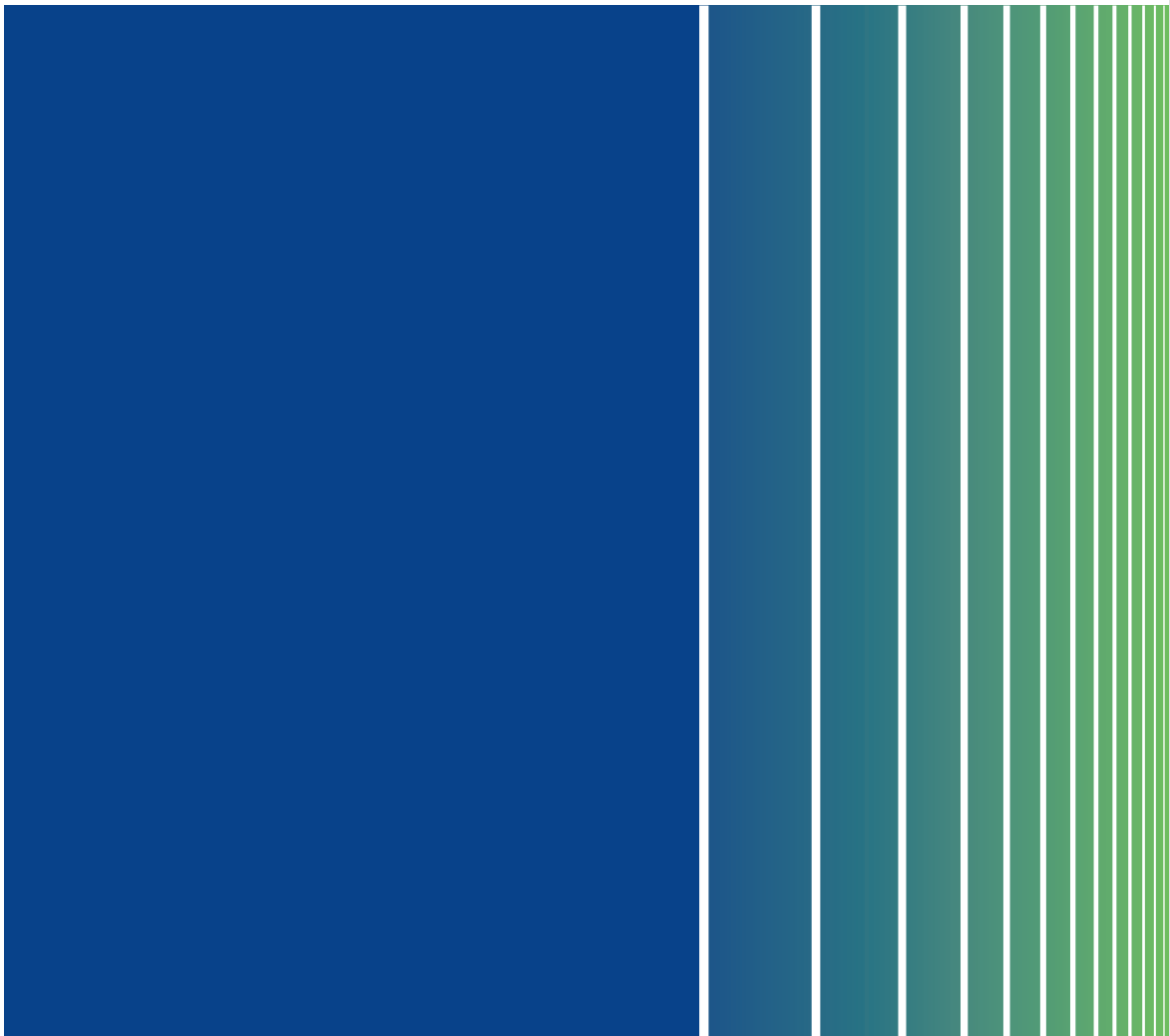
სისრულის მკურნალობა და დეტოქსიკაციის შემდეგ დაკავშირებული უნდა იქნეს ნივთიერებათა ავადმობხმარების მკურნალობის მიმწოდებლებთან.

5. საბოლოოდ, ხარჯეფექტურია დეტოქსიკაციის სრული სერვისის ღირებულების დაფარვა დაზღვევით.
6. დეტოქსიკაციის სერვისის მაძიებელ პაციენტებს სხვადასხვა კულტურული და ეთნიკური წარმომავლობა აქვთ; ასევე, უნიკალურია მათი ჯანმრთელობის საჭიროებები და ცხოვრებისეული სიტუაციები. დეტოქსიკაციის პროგრამები სათანადოდ უნდა იყოს ალტერნატიული, რათა კლიენტ პოპულაციაზე მორგება შეეძლოს.
7. დეტოქსიკაციის პროცესის წარმატებულობა ნაწილობრივ შეიძლება გაიზომოს იმით, ნივთიერებაზე დამოკიდებული კლიენტი ერთვება თუ არა ნივთიერებათა ავადმობხმარების მკურნალობის/რეაბილიტაციის ამა თუ იმ ფორმაში და თუ რჩება მასში.









ISBN 978-9941-18-265-5



9 789941 182655