

ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი
სოციალურ და პოლიტიკურ მეცნიერებათა ფაკულტეტი
სოციალური მუშაობის სადოქტორო პროგრამა



ფსიქოპროექტური ნივთიერებები და მასთან დაკავშირებული
ფსიქოსოციალური მიდგომები

სემინარი

დოქტორანტი: გიორგი წოწკოლაური
სამეცნიერო ხელმძღვანელი: იაგო კაჭკაჭიშვილი

თბილისი

2015

სარჩევი

შესავალი.....	3
თავი I	
ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა კლასიფიკაცია და წარმოშობის ისტორია.....	6
კლასიფიკაცია.....	6
სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებები	8
თავი II	
ეტიოლოგია	12
ნეიროტრანსმიტერები: დოფამინი და სეროტონინი	13
თავის ტვინის ჯილდო/კონტროლის ცენტრის როლი	14
სოციალური კოგნიცია	18
პროქსიმალური გარემო ფაქტორები.....	19
დისტალური გარემო ფაქტორები	20
თავი III	
ნარკოვითარება საქართველოში	22
თავი IV	
ზიანის შემცირება და საველე სამუშაო.....	26
სოციალური სამუშაო ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებთან	30
დასკვნა.....	36
გამოყენებული ლიტერატურა.....	38

კასიო: "ღმერთმა დასწყევლოს ყოველი უზომოდ დაღეული თასი ღვინო და მასში ჩაბუდებული სატანა."

იაგო: "აბა, მაგას როგორ ბრძანებთ? კარგი ღვინო ჩინებული და სასიამოვნო რამ არის, თუ ურიგოდ სმას არ დაუწყებენ."

(შექსპირი უ., ოტელო, მოქმედება 2, სცენა 3)

შესავალი

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გამოყენება და მასთან დაკავშირებული სოციალური და ჯანმრთელობის პათოლოგიები ადამიანური ცივილიზაციის განმსაზღვრელი მახასიათებლებია. ფაქტიურად, შეუძლებელია იმ კონკრეტული ისტორიული ეპოქის, გეოგრაფიული რაიონის თუ სოციოდემოგრაფიული ქვეჯგუფის მოძიება, რომელსაც ფსიქოაქტიური ნივთიერების ავადმომხმარებლის¹ საკითხი არ შეხებია.

10 000 წლის განმავლობაში ადამიანები იყენებენ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს რეალობის აღქმის შესაცვლელად სხვადასხვა მიზეზის გამო. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების და ავადმომხმარებლის საკითხის შესწავლისას, რამდენიმე ისტორიული ფაქტი გამოაშკარავდა:

1. ადამიანის ყოფიერების ძირითად საჭიროებას წარმოადგენს, გაუმკლავდეს გარემოს და გაამლიეროს თავისი არსებობა;
2. ადამიანის თავის ტვინის ქიმიზმებზე² გავლენას ახდენს ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, ქცევითი აშლილობები, ფსიქიკური დაავადებები, რაც ხელს უწყობს ცნობიერების შეცვლას;

¹ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება არასამედიცინო მიზნით, რომელიც ადამიანს უქმნის ფიზიკურ (ჯანმრთელობასთან და სიცოცხლესთან დაკავშირებულ) და/ან ფსიქოლოგიურ და/ან სოციალურ და/ან მორალურ და/ან სამართლებრივ პრობლემებს ჯავახიშვილი. ჯ. (2011). ნარკოტიკების ავადმომხმარებლის პრევენცია. თბილისი

² იგივე ნეიროქიმია - პროცესი, როდესაც ნეიროტრანსმიტერები ზემოქმედებენ ნეირონებზე

3. მმართველი კლასი, მთავრობები და კომპანიები ყოველთვის ცდილობენ გააკონტროლონ ნარკოტიკული საშუალებების ვაჭრობის საკითხი და ხშირად იყენებენ მას, როგორც შემოსავლის წყაროს;
4. ტექნოლოგიური მიღწევებმა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გადამუშავებაში, სინთეზირებასა და წარმოებაში გაზარდეს საკუთარი პოტენცია და ავადმობმარებისადმი მიდრეკილების ხარისხი;
5. მომხმარებლებმა და მკვლევარებმა აღმოაჩინეს ნარკოტიკული საშუალებების ახალი გზები, რითაც ნივთიერება სწრაფად აღწევს თავის ტვინს და იზრდება მათი ავადმობმარებისადმი მიდრეკილების ხარისხი. (Grinspoon, L. & Bakalar, J.B., 1990)

მაგალითად, ოპიუმი თავდაპირველად სამედიცინო და სულიერი მიზნებისთვის გამოიყენებოდა. ერთხელ, ადამიანმა აღმოაჩინა ოპიუმის თვისება - ფსიქიკაზე, ტვინის საკუთარი ქიმიზმებით გავლენა მოახდენა, რომელიც განსაკუთრებით ენდორფინის მანიპულირებით ხდება. ეს უკანასკნელი წარმოადგენს სხეულის ბუნებრივ ტკივილგამაყუჩებელს და გამოიყენება ფსიქიკური/ემოციური მდგომარეობის შესაცვლელად. ადამიანებისთვის იურიდიული, სოციალური და ჯანმრთელობის პრობლემა გახდა მას შემდეგ, რაც დაიწყო მისი ავადმობმარება, ეს გახდა შემოსავლის წყარო მთავრობების და სავაჭრო კომპანიებისათვის, როდესაც დაიხვეწა მორფინის და ჰეროინის ზემოქმედების სიმძლიერე და მოხდა ინექციური გზით მოხმარება.

ფსიქოაქტიური ნივთიერების შემცველი მცენარეების (ყაყაჩოს ოპიუმი, კოკას ბურქი, ყავის მარცვლები, კანაბისი და თამბაქო) აღმოჩენამ და შემდგომ მათი სინთეზირების გზით³ ასობით ფსიქოაქტიურ ნივთიერების მიღებამ, სახლის აფთიაქებში შემოიტანა, როგორც სასარგებლო და სასურველი, თუმცა ავადმობმარების შემთხვევაში, მომავალში პრობლემების შემქმნელი ნივთიერებები.

დღესდღეობით ალკოჰოლი, თამბაქო, მარიხუანა, კოკაინი, ოპიოიდები (განსაკუთრებით კი, რეცეპტით გაცემული - კოდეინი, მორფინი, მეტადონი), კრისტალური ამფეტამინი (მეთამფეტამინი), ექსტაზი არის ფართოდ მოხმარების ნივთიერებები. ბოლო დროს, სინთეტიკური მარიხუანა, როგორც "მცენარეული არომატიზატორი" და სინთეტიკური სტიმულანტები, როგორც "აზაზანის მარილი",

³ ნივთიერების ქიმიური გზით მიღება, რომელიც ბუნებრივის მსგავსი თვისებებით ხასიათდება

ვრცელდება მთელს მსოფლიოში და წარმოადგენს უდიდეს პოტენციალს განსხვავებული და მრავალფეროვანი არჩევანი "შესათავაზოს" მის მომხმარებელს, რაც კიდევ უფრო ზრდის მისგან გამოწვეულ ზიანს. ქვევითი აშლილობები (აზარტომანია - გემბლინგი, ინტერნეტი, ყიდვები, სექსი, კვების კომპულსური აშლილობა - ანორექსია და ბულიმია), ფორმალურად აღიარებულია იმ ადიქციებად, რომლებიც ასევე ზემოქმედებენ ტვინის ქიმიზმებზე და ნერვულ სისტემაზე, როგორც ნებისმიერი ადიქციის გამომწვევი ნივთიერება. (Kauffman, 1992)

ფსიქოაქტიური ნივთიერებები შეიცავენ ისეთი სახის ნივთიერებებს, რომლებიც გავლენას ახდენს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. გამომდინარე ეფექტიდან იყოფიან სამ ჯგუფად: სტიმულანტები, დეპრესანტები და ფსიქოდელიკები. ასევე სხვა ჯგუფებში ერთიანდებიან ინჰალანტები (შესასუნთქი), სპორტული ნარკოტიკები (ანაბოლიკები, სტეროიდები) და ფსიქოტროპული მედიკამენტები.

მსოფლიოში 76 მილიონ ადამიანს აქვს ალკოჰოლის მოხმარებასთან დაკავშირებული აშლილობა, 180 მილიონი ადამიანი არის ფსიქოაქტიური ნივთიერების ავადმომხმარებელი, 1 მილიარდი მოიხმარს თამბაქოს და 147 მილიონი ადამიანი ეწევა მარიხუანას. საავადმყოფოების 30-დან 60%-მდე საწოლი დაკავებულია იმ ადამიანებით, რომელთაც ნარკოტიკების ავადმოხმარების შედეგად აქვთ გულის შეტევა და ციროზი. ბოლო 40 წლის მანძილზე მხოლოდ აშშ-ში, ნარკოტიკებთან ბრძოლისთვის 15.6 მილიარდი აშშ დოლარამდე დაიხარჯა. (Darryl S. Inaba,, 2014)

თავი I ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა კლასიფიკაცია და წარმოშობის ისტორია

ნებისმიერი ნივთიერება, რომელიც პირდაპირ ზემოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემის ნორმალურ ფუნქციონირებაზე, კვალიფიცირდება, როგორც ფსიქოაქტიური ნივთიერება. განმარტება მოიცავს ქცევით აშლილობებსაც (აზარტომანია, კვების ქცევითი აშლილობები), რომლებიც იგივენაირად მოქმედებენ, როგორც ალკოჰოლი ან ნარკოტიკები.

კლასიფიკაცია

განასხვავებენ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა ძირითადად შემდეგ ჯგუფებს: სტიმულანტები, დეპრესანტები და ფსიქოდელიკები. ასევე, სპორტის ნარკოტიკებს, ინჰალანტებს, და ფსიქიატრიულ (ფსიქოტროპულ) მედიკამენტებს.

სტიმულანტები

ცენტრალური ნერვული სისტემის (ცნს) ფართოდ გავრცელებული სტიმულანტებია: კოკაინი, ამფეტამინი, მეთამფეტამინი, მცენარეული სტიმულანტები, სტიმულანტების მსავსი, კოფეინი და ნიკოტინი.

ფიზიკური ეფექტი:

- მცირე დოზით ხდება: ცნს-ის სტიმულირება, ინსომნია, ენერჯის მატება კუნთოვანი სისტემაში, გულისცემის რიტმის ზრდა, მადის დაქვეითება
- ხშირი მოხმარებით ხდება ორგანიზმის გამოფიტვა
- დიდი დოზებით გამოყენებამ შესაძლოა გამოიწვიოს: გულის და სისხლძარღვების პრობლემები, გულყრა, დამბლა.

ფსიქო/ემოციური ეფექტი:

- ძლიერი სტიმულანტები: თვითდაჯერებულობის განცდის გაძლიერება და აღელვების განცდა, ტემპის დაჩქარება
- დიდი დოზები: მწვავე ნევროტულობა/აგზნებადობა, შფოთვა და გაღიზიანებადობა/სიბრაზე

- ხანგრძლივი მიღება: ინტენსიური შფოთვა, პარანოია, გონებრის არევა, ზოგჯერ ფსიქოზი. (Julien, 2010)

დეპრესანტები

ცნს-ის დეპრესანტები: ალკოჰოლი (ღვინო, არაყი, ლუდი, და სხვ.), იპიოიდები/ოპიატები (ოპიუმი, მორფინი, ჰეროინი, მეთადონი), სედატივ-ჰიპნოტიკები: ბენზოდიაზეპინები, დიაზეპამი.

ფიზიკური ეფექტი:

- მცირე დოზით ხდება: ცნს-ის დათრგუნვა, გულისცემის და სუნთქვის რიტმის შემცირება, ძილიანობა, შეგრძნებების დაჩლუნგება, ტკივილის შემცირება.
- ალკოჰოლის და სედატივ-ჰიპნოტიკების ხშირი მოხმარებით ხდება მეტყველების და მომწელებელი სისტემის პრობლემები.
- ალკოჰოლის და სედატივ-ჰიპნოტიკების დიდი დოზებით გამოყენება, განსაკუთრებით კი სხვა დეპრესანტებთან ერთად იწვევს სასუნთქი სისტემის დათრგუნვას და კომას.

ფსიქო/ემოციური ეფექტი:

- მცირე დოზები მოქმედებენ როგორც სტიმულანტები: აკრძალვის განცდის დაქვეითება, ქცევის თავისუფლება.
- ჭარბი დოზები: დათრგუნული გუნება-განწყობილება, ზოგიერთი დეპრესანტის შემთხვევაში: ეიფორია და “კარგად ყოფნის” განცდა
- ხანგრძლივი მიღება: ფსიქოლოგიური და ფიზიკური დამოკიდებულება (McKim, 2003)

ფსიქოდელიკები

ნივთიერებები, რომლებიც ამახინჯებენ აღქმას. მიღებულია მცენარეებისგან ან სინთეზირების გზით. ფსიქოდელიკებს მიეკუთვნება: LSD, ექსტაზი, პეიოტი (მესკალინი), მარიხუანა, ჰაშიში, ჰალუცინოგენი სოკოები.

ფიზიკური ეფექტი:

- გულისრევა

- ლებინება
- თავბრუხვევა
- მადის მომატება (მარიხუანა)
- ჩასისხლიანებული თვალები (მარიხუანა)
- სისხლის წნევის მომატება, ოფლიანობა (LSD)
- ექსტაზი და LSD მოქმედებენ სტიმულანტებით, თუმცა ფიზიკური ეფექტი არ არის დომინანტი

ფსიქო/ემოციური ეფექტი:

- ამახინჯებენ სენსორულ შეტყობინებებს, ბევრი შიდა სტიმული შეცვლილი ან გაძლიერებულია (ილუზია)
- დამახინჯებულ აზროვნებაში დაჩეხილია ჰალუცინაციები (დელუზია - ცდომილება) (Parrott, 2004)

სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებები

ინჰალანტები (აქროლადი ნივთიერებები)

აღნიშნული ნივთიერებების ჯგუფს მიეკუთვნება ტოლუოლის, აცეტონის, ბენზინის, ჰალოგენიზებული ნახშირბადის, ტრიქლორეთანის ფლუოროკარბონების შემცველი აირები და გამხსნელები, რომლებიც ძირითადად გამოიყენება საყოფაცხოვრებო ქიმიაში სხვადასხვა სახის წებოების, სითხეებისა და აეროზოლების სახით. ტოქსიკომანიის ეს სახე ძირითადად გავრცელებულია 6-18 წლის მოზარდებში. თრობის სურათის მისაღწევად გამოიყენება პოლიეთილენის პარკებიდან შესუნთქვა, ხსნარში დასველებული ბამბების და ნაჭრების სასუნთქ ორგანოებზე მიფარებით შესუნთქვა და ა.შ. თრობა იწყება შესუნთქვიდან დაახლოებით 5 წუთის შემდეგ და გრძელდება 15 წთ.

ფიზიკური ეფექტი:

- ძირითადი სიმპტომები: თავბრუხვევა, გაუგებარი მეტყველება, ატაქსია (ნებისმიერი მოძრაობათა შეთანხმებულობის დარღვევა), ძილიანობა
- ხშირი მოხმარებისას: გაშეშება (გაშტერება), კომა და ასფიქსია (გაგუდება)

ფსიქო/ემოციური ეფექტი:

- მცირე დოზით მიღება: იმპულსურობა, შფოთვა, გონების არევა, გაღიზიანებადობა
- დიდი დოზის შემთხვევაში: დელირიუმი (ბოდვა) და ჰალუცინაციები (Marsolek, White, & Litovitz, 2010)

ანაბოლიკური სტეროიდები/სპორტის ნარკოტიკები

ანაბოლიკურ-ანდროგენული სტეროიდები (დოპინგები) ზრდის კუნთოვან მასას და სიძლიერეს, ძირითადად მოიცავენ: სტიმულანტებს, ადამიანის ზრდის ჰორმონს, მცენარეულ და კვებით დანამატებს.

ფიზიკური ეფექტი:

- ხანგრძლივი გამოყენება იწვევს: გამონაყარს, მაღალი წნევა, ქალების მასკულიზაცია (მამაკაცურობა), მკერდის ზომის შემცირებას, მამაკაცებში - პენისის ზომის შემცირებას.

ფსიქო/ემოციური ეფექტი:

- ახასიათებს სტიმულანტებისნაირი ეფექტი - ზრდის თვითდაჯერებულობის განცდას და აგრესიას
- ხანგრძლივი გამოყენება იწვევს: ბრაზის ფეთქებადი სახით გამოვლინებას ("ჰალკის სინდრომი") (Llewellyn, 2010)

ფსიქიატრიული (ფსიქოტროპული) მედიკამენტები

სამკურნალწამლო საშუალებები, რომლებიც ფსიქიკურ პროცესებზე ახდენენ სპეციფიურ თერაპიულ ან პროფილაქტიკურ ზემოქმედებას. თავდაპირველად ტერმინი "ფსიქოტროპული პრეპარატები" გამოიყენებოდა მხოლოდ წმინდა პროფესიული, ანუ სამედიცინო და ფარმაცოლოგიური დანიშნულებით. 1971 წლიდან, ფსიქოტროპული პრეპარატების შესახებ ახალი საერთაშორისო კონვენციის მიღების შემდეგ (convention on psychotropic substances, 1971), ამ ტერმინმა იურიდიული მნიშვნელობა შეიძინა.

ტრანქვილიზატორები - დამამშვიდებელ, შფოთვისმომხსნელ საშუალებათა ჯგუფი, გაერთიანებულია ფსიქოაქტიურ საშუალებათა რამდენიმე კლასი.

სედაციური/საძილე საშუალება - ნებისმიერი საშუალება, რომელთაც გააჩნია შფოთვის შემცირებისა და სედაციის, ძილის, გამოწვევის უნარი.

ფიზიკური ეფექტი:

- ფართოდ სპექტრის ეფექტებით გამოირჩევა, თუმცა ძირითადად მოქმედებს გულზე, სისხლზე, ძვალ-კუნთოვან სისტემაზე.

ფსიქო/ემოციური ეფექტი:

- ანტიდეპრესანტები ამაღლებს გუნება-განწყობილებას, ანტი ფსიქოტიკები აკონტროლებენ შიზოფრენიას, ჰალუცინაციებს, ანტიშფოთვითი მედიკამენტები აჩერებენ/აფერხებენ შფოთვის გამომწვევი აზრების გამოვლენას.

ფსიქოაქტიური ნივთიერების გამოყენება სხვადასხვა პერიოდში სხვადასხვა მიზნებით ხდებოდა. მათი გამოყენების ხუთი ისტორიული ფაქტს წარმოადგენს:

1. ადამიანებს აქვთ ძირითადი საჭიროება გაუმკლავდეს საკუთარ გარემოს და გააძლიერონ საკუთარი არსებობა.

აღრე ადამიანი ცხოვრობდა საშიშ და იდუმალებით მოცულ გარემოში, მათ აღმოაჩინეს, რომ გარკვეული მცენარეების მიღების შემდეგ ხდებოდა: შიშისგან განმუხტვა, ტკივილის გაყუჩება, ზოგიერთი დაავადების მკურნალობა, სიამოვნების მიღება და ეხმარებოდა თავიანთ ღმერთებთან კავშირის დამყარებაში.

2. ადამიანის ტვინის ქიმიზმებზე გავლენას ახდენს ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, ქცევითი აშლილობები და ფსიქიკური დაავადებები რაც ხელს უწყობს ცნობიერების შეცვლას.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებები და ქცევითი აშლილობები გავლენას რომ არ ახდენდეს ადამიანის ტვინის ქიმიზმებზე სასურველი ეფექტის მისაღებად, მაშინ მათ არ გამოიყენებდნენ ნებაყოფლობით.

3. მმართველი კლასი, მთავრობები და ბიზნეს და კრიმინალური კომპანიები ჩართულნი იყვნენ ნარკოტიკული საშუალებების ზრდაში, წარმოებაში, მიწოდებაში, დაბეგვრასა და აკრძლავაში.

ბრძოლები მიმდინარეობდა ნარკოტიკული საშუალებების გაკონტროლებისთვის, კოლონიზაციის, ექსპორტირების და ნარკოტიკების გაყიდვის მეშვეობით, რომელიც მთავრობების მხარდასაჭერად ხდებოდა, დოკუმენტირებულია ისტორიულად.

4. ტექნოლოგიური მიღწევებით ფსიქოაქტიური ნივთიერებების გადამუშავებაში, სინთეზირებასა და წარმოებაში გაიზარდა ნივთიერებების მოქმედების სიძლიერე.

საუკუნეების მანძილზე სხვადასხვა კულტურების მიერ მოხდა იმის შესწავლა, თუ როგორ მომხდარიყო ალკოჰოლის გამოხდა, კოკას და ოპიუმის რაფინირება, მეთამფეტამინის და ლსდ-ს სინთეზირება, კანაბისის მოყვანის სპეციფიური მეთოდი (სინსემილა) და ექსტაზის წარმოება. ამ და სხვა მეთოდების მეშვეობით ნარკოტიკები მომხმარებლებს საშუალება ეძლევათ ერთდროულად მოიხმარონ უფრო მეტი ფსიქოაქტიური ნივთიერება.

5. ნარკოტიკების მოხმარების სწრაფი და უფრო ეფექტური მეთოდების განვითარებამ გაზარდა მისი მოქმედების ეფექტი.

ტექნოლოგიური და პრაგმატული აღმოჩენებით ნარკოტიკების მომხმარებლებმა ისწავლეს ალკოჰოლის ოპიუმთან შერევა, შეიწოვონ მეტი სითხე კოკას ფოთლების ღეჭვისას, შეისუნთქონ აზოტის ოქსიდი, ინექციურად მოიხმარონ ჰეროინი, მოწიონ კრეკი (კრისტალიზებული კოკაინი). ამასთანავე, პოკერის სათამაშო აპარატებმა გაზარდა აზარტომანების რიცხვი, ხოლო ონლაინ პორნოგრაფიამ სექსუალური აშლილობების (ჰიპერსექსუალობა, ეროტომანია, ნიმფომანია, სატირიაზი, დონ ჟუანობა) მქონე პირების რაოდენობა. (Mills, 1985)

თავი II ეტიოლოგია

ფსიქოპატიურ ნივთიერებათა ისტორიული მიმოხილვისა და კლასიფიკაციის შემდეგ ამ თავში განვიხილავ ადიქციური ქცევისა და დამოკიდებულების სინდრომის გამომწვევ მიზეზებს. შევხები ისეთ საკითხებს როგორცაა: ნეირობიოლოგია, სოციალური კოგნიცია და პროქსიმალური და დისტალური გარემო და მათ გავლენა დაჯილდოვების ცენტრსა და ადიქციაზე.

მიუხედავად იმისა, რომ სოციალურ მუშაკები ჩართული არიან ადიქციასთან დაკავშირებული სხვადასხვა მომსახურების მიწოდების პროცესში, გამომწვევი მიზეზების შესახებ ცოდნა ნათელს ფენს ფსიქოპატიურ ნივთიერებათა კლასიფიკაციასა და მათ მიერ გამოწვეული დამოკიდებულების განვითარების მრავალ ფაქტორს. ამიტომ, ადიქციის გამომწვევ მიზეზებზე ცოდნა სოციალურ მუშაკებს და განსაკუთრებით კი პრაქტიკოსებს ეხმარება კლიენტების მკურნალობის და თერაპიული პროცესების სწორად და პროფესიონალურად წარმართვაში.

ადიქციის გამომწვევი მიზეზების შესახებ თეორიები სხვადასხვაგვარია. უფრო ძველი პერსპექტივა ხაზს უსვამს ადიქციას, როგორც დანაკლისის შევსების საჭიროების თვისებას, რომელიც ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოპატიური ნივთიერების მიღებამდე იჩენს თავს. თანამედროვე თეორიები კი, ბიოსოციალური კუთხით განიხილავს ადიქციის გამომწვევ მიზეზებს და ძირითადად ბიოლოგიურ და სოციოლოგიურ ფაქტორებს ეყრდნობა. მიუხედავად ამისა, ამ თეორიების უმეტესობა თანხმდება იმაზე, რომ ადიქცია არის მრავალფაქტორული მოვლენა. (Vaughn, M.G. & Perron, B.E., 2013)

მიუხედავად მრავალი განმარტებისა, ერთ-ერთი თანამედროვე განმარტება, რომელიც სრულად წარმოაჩენს ადიქციის რეალურ ბუნებას, კუბი და ლემული (Koob, G., & LeMoal, M., 2006) გვთავაზობენ შემდეგნაირად: "წამალდამოკიდებულება, რომელიც ასევე ცნობილია ფსიქოპატიურ ნივთიერებაზე დამოკიდებულება, წარმოადგენს ქრონიკულ რეციდიულ აშლილობას, რომელიც გამოიხატება (1) ფსიქოპატიური ნივთიერების მოძიების და მიღების კომპულსიაში, (2) მოხმარებისას დოზის კონტროლის დაკარგვაში და (3) ნეგატიური ემოციური მდგომარეობის გამოხატულებაში (მაგ: დისფორია, შფოთვა, გაღიზიანებადობა), როდესაც ნივთიერებასთან წვდომა შეუძლებელია. ასე რომ, კუბის განმარტება აჩვენებს სამ

საკვანძო მახასიათებელს, რომელიც გავლენას ახდენს ადიქციის გამომწვევ მიზეზების შესახებ ცოდნაზე: ნივთიერების ძიების კომპლური სახის ქცევა, თვითკონტროლის დაქვეითება და ნეგატიური ემოციები. დამატებითი ფაქტორი, რომელიც აძლიერებს ზემოქმედებულ სამ ფაქტორს, გვევლინება წამალდამოკიდებული პირი, რომელიც ცდილობს მიაღწიოს ტოლერანტობის დონეს ნივთიერების მოხმარების დროს. ტოლერანტობა ფსიქოლოგიური მდგომარეობაა, როდესაც ორგანიზმი უჩნდება ნივთიერების დოზის გაზრდის მოთხოვნილება, რათა წამალდამოკიდებულმა პირმა მიაღწიოს სასურველ ეფექტს. ამ ინდივიდუალური განსხვავებების გათალისწინებით ადიქცია წარმოადგენს მულტიფაქტორულ პროცესს, რომელზეც გავლენას ახდენს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სოციალური ცვლადები.

ნეიროტრანსმიტერები: დოფამინი და სეროტონინი

ნეიროტრანსმიტერები (იგივეა რაც ნეირომედიატორები) ეს ის ქიმიკალიებია, რომლებიც გადასცემენ სიგნალს და ნეირონებს შორის კავშირს ამარტივებენ/ამყარებენ. ისინი ხშირად კლასიფიცირდებიან როგორც მონომინები, პეპტიდები და ამინომჟავები⁴ და ბუნებაში ხშირადვე მოქმედებენ როგორც აღმგზნები და ინჰიბიტორი⁵. მათი იმ მნიშვნელოვანობიდან გამომდინარე, რომ ნეიროტრანსმიტერები გავლენას ახდენენ ადამიანის ქცევასა და ცხოვრებაზე, ისინი ადიქციის ეტოლოგიის კვლევის უმთავრეს ნაწილს წარმოადგენენ. ბიოქიმიური მექანიზმის საშუალებით, იმის მიხედვით თუ რომელი ფსიქოაქტიური ნივთიერება ზრდის ადიქციას, ხდება თავის ტვინში დოფამინის დონის მატება. დოფამინი - ყველაზე მნიშვნელოვანი ნეიროტრანსმიტერი, რომელიც ჩართულია ფსიქოაქტიური ნივთიერების მოხმარებასა და დამოკიდებულების პროცესში. მასე ასევე უწოდებენ "ქიმიურ ჯილდოს". ის გავლენას ახდენს ისეთ მდგომარეობასა და თუ განცდაზე როგორებიცაა: სიამოვნება და აღგზნება. ამას ემატება ჯილდო/კონტროლის გზა, რომელსაც თავის ტვინი "ჩამრთველ/გამომრთველი"-ით არეგულირებს (Darryl S. Inaba,, 2014) რიგი ფსიქოაქტიური ნივთიერებებისა, როგორიცაა: კოკაინი, ამფეტამინი, ოპიატები, ნიკოტინი, ალკოჰოლი და კანაბისი ჩართულნი არიან დოფამინის გამომუშავების

⁴ ნეირომედიატორი და ორგანული ნაერთები

⁵ ხელის შეშლელი

პროცესში ტვინის იმ ნაწილთან, რომელიც მჭიდრო კავშირშია ადიქციასთან - ნუკლეოზ აკუმბენსთან (nucleus accumbens). 1950 წელს ჯეიმს ოლდსმა და რობერტ ჰეთმა აღმოაჩინეს სიამოვნების ცენტრი (nucleus accumbens), რომელიც რეაგირებს ისეთ მასტიმულირებლებზე, როგორცაა ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, საკვები და სექსი. ტვინის ამ ნაწილში მოლეკულური ცვლილებების შესწავლა ხნგრძლივი პერიოდის განმავლობაში ნარკოტიკების მიღების შემთხვევაში ნათელს მოფენს ისეთ საკითხს, როგორცაა წამალდამოკიდებულების ჩაყალიბების ნეირობიოლოგიურ ფაქტორს. (Olds, J., 1956)

თავის ტვინის ჯილდო/კონტროლის ცენტრის როლი

1997 წელს, ალან ლეშნერმა, რომელიც ამერიკის შეერთებული შტატების ნივთიერებაზე დამოკიდებულების ეროვნული ინსტიტუტის ყოფილი დირექტორია, ერთ-ერთ პრესტიჟულ ჟურნალში (Science) გამოაქვეყნა სანიმუშო ესე თემაზე: "ადიქცია ტვინის დაავადებაა და ეს მნიშვნელოვანია". (Leshner, 1997) ლეშნერმა შეაჯამა თავისი 20 წლიანი სამეცნიერო კვლევა, რომელიც ადიქციის თემაზე ჰქონდა ჩატარებული და გამოავლინა, რომ ნეირონული წრები⁶, რომელზეც ფსიქოაქტიური ნივთიერებები ახდენენ გავლენას, რაც რეცეპტორის⁷ ქცევას გვაძლევს, საკმაოდ შეთანხმებულად ფუნქციონირებენ. კვლევის საუკეთესო შედეგი ის გახლდათ, რომ დამოკიდებული და არადამოკიდებული პირის თავის ტვინებს შორის მნიშვნელოვნად დიდი განსხვავებები გამოიკვეთა. ამის გარდა, ლეშნერმა სხვა მნიშვნელოვანი აღმოჩენაც გააკეთა, სადაც გამოვლინდა, რომ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებაზე დამოკიდებული პირები საკუთარ სოციალური გარემოში (მაგ.: თუ ტვინს მოვათავსებთ სოციალური ურთიერთობების კონტექსტში) ადიქციის განვითარების კუთხით მშნივნელოვან როლს ასრულებენ.

ძველი ტვინი, ახალი ტვინი და მეხსიერება

ევოლუციური თეორიის პერსპექტივიდან დანახული ტვინის საფუძელზე შეიძლება ითქვას, რომ ფიზიოლოგიური ცვლილებები განხორციელდა გადარჩენის ადაპტაციის შესაბამისად. ევოლუციური თეორიის მიხედვით ფსიქოაქტიური

⁶ ამა თუ იმ ფუნქციის შემსრულებელ ურთიერთადაკავშირებელ ნეირონთა ჯგუფი

⁷ გრძნობადი ნერვული ბოჭკოს დაბოლოება, რომელიც იღებს გალიზიანებას (ჭაბაშვილი მ.)

ნივთიერებების გაიგივება ხდება ბუნებრივ გადარჩენის მექანიზმთან და მისი სასურველი ეფექტის მიღებასთან. თუმცა, სინამდვილე მდგომარეობს იმაში, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერებები იტაცებენ და ანგრევენ ტვინის გადარჩენის მექანიზმებს. (Koob, G., & LeMoal, M., 2008)

ძველი ტვინი

ძველი ტვინი შედგება: ტვინის ღეროს, ნათხემი და შუატვინისგან, რომელიც მოიცავს ლიმბურ სისტემას (ემოციური ცენტრი). ზურგის ტვინი, ასევე ძველი ტვინის ნაწილია. ძველი ტვინი არეგულირებს ფიზიოლოგიური ფუნქციების, ძირითად ემოციებს და ლტოლვებს და აღბეჭდავს გადარჩენის მოგონებებს. ზუსტად, ძველი ტვინის დამსახურებაა ეიფორიული მოგონებების ორგანიზება და შემდგომში მათი ადიქციურ მოგონებებად ჩამოყალიბება.

ლიმბური სისტემა - ადამიანის განვითარების პირველ საფეხურებზე ჩამოყალიბდა და შესაბამისად მასში კონცენტრირებულია ყველა ქვეცნობიერი განცდა/შეგრძნება, რომლის გააზრებასაც ადამიანი არ ახდენს. იქ იწყება პირველი რეაგირება ყოველგვარ „გალიზიანებაზე“ - ფერს, ტემპერატურას, სუნს და ა.შ. პირველ რიგში ლიმბური სისტემა აღიქვამს და შემდეგ კი ცნობიერება. (Markou, A., Kosten, T. R., & Koob, G. F., 1998) ე.ი. სანამ ადამიანი შემთხვევით დანახულ საზამთროზე გაიაზრებს, რომ იგი წითელია, ლიმბურმა სისტემამ უკვე მანამდე „იცის“, რომ საზამთრო არა მხოლოდ წითელია, არამედ გემრიელიცაა და სასარგებლოც ორგანიზმისთვის. ეს გაუაზრებელი იმპულსები ჯერ ქვეცნობიერში გადადის და მხოლოდ ამის შემდეგ ადამიანი აზრის სახით აყალიბებს იმ ინფორმაციას, რაც მას ლიმბურმა სისტემამ უკარნახა.

ახალი ტვინი

ახალი ტვინი, ანუ ნეოკორტექსი (თავის ტვინი და ტვინის ქერქი) ამუშავებს ინფორმაციას შეგრძნებებიდან და ტვინის სხვა ნაწილებიდან. ახალი ტვინის მეშვეობით ადამიანს შეუძლია საუბარი, იმსჯელონ, შექმნან და დაიმახსოვრონ. გამომდინარე იქიდან, რომ ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისადმი ლტოლვას ძველი ტვინი განსაზღვრავს, სიამოვნების მიღების სურვილი, ტკივილის შემსუბუქება/გაყუჩება და

აღტაცება, რომელიც ნარკოტიკულ საშუალებებს უფრო ძლიერს ხდის, უკუაგდებს ახალი ტვინის რაციონალურ არგუმენტებს. (Lubman, D. I., Yucel, M., & Pantelis, C., 2004)

მეხსიერება/მოგონებები

ძველი და ახალი ტვინი ასრულებს შექმნის, შენახვის და მოგონებების გამოყენების ფუნქციებით. მოგონებები არის ნარკოტიკების გამოყენების მთავარი მაცდუნებელი იარაღი.

ადიქციის სხვა ელემენტები, ალერგია ან ზედმეტი მგრძნობელობა ნივთიერების მიმართ, აისახება ტვინის ნეიროქიმიურ და ანატომიურ ცვლილებებში. მოგონებები ინახება დენდრიტულ მორჩებში (dendritic spines) რომელიც განლაგებული ნერვული უჯრედების დენდრიტებზე. საჭიროა ათასობით ან მეტი მორჩი, რომ შეიქმნას ერთი მოგონება. მათი უმეტესობა გრძელდება მთელი ცხოვრების მანძილზე.

ემოცია-გაჯერებული ან ნარკოტიკ-გაჯერებული მოგონებები არის უფრო ძველი (ფესვგადგმული) და გავლენიანი. ისინი იწვევენ ეიფორიული მოგონებებს. ის გვევლინება ნარკოტიკთან დაკავშირებული მოგონების, პოზიტიურ გამოცდილებად, რომელმაც შესაძლოა გამოიწვიოს ლტოლვა ან/და რეციდივი. (Childress, 2006)

ჯილდო/კონტროლის გზა

ჯილდო/კონტროლის გზა ადამიანს ეხმარება გადარჩენისკენ მიმართული ქმედების გამეორებაში. იგი (ჩამრთველი მექანიზმი) შედგება ორი ნაწილისაგან: "ჩართვა" და "გამორთვა". "ჩართვა", როგორც ამ მექანიზმის ნაწილი მოიცავს შემდეგს:

- ქმედება აუცილებელია გადარჩენისთვის
- ახსოვდეს თუ როგორ მიაღწია გადარჩენას
- გააგრძელოს ქმედება კიდევ და კიდევ

"გამომრთვა", როგორც ამ ციკლის ნაწილი, აწვდის სიგნალს, როდესაც ლტოლვა დაკმაყოფილებულია და თიშავს "გააგრძელე ქმედება" შეტყობინებას.

როდესაც ფსიქოაქტიური ნივთიერება ააქტიურებს "ჩართვა", ჩამრთველი მექანიზმი ხდება ზეაქტიური და "გამომრთვა" ხდება უფუნქციო. ნივთიერების მომხმარებელი არ იღებს ინსტრუქციას "გამომრთვაზე", ასე რომ მოხმარების საჭიროების ინტენსივობის ზრდა გრძელდება. შეტყობინება "გააგრძელე ქმედება" ხდება ისე ძლიერი, რომ იწვევს წამლის-ძიების ქცევას და ადიქციას.

ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მიმართ ლტოლვის ზრდა ამცირებს პასუხისმგებლობას ყოველდღიური ცხოვრებაში, ხოლო მომხმარებელი ხდება დამოკიდებული და მისი ქცევა მიმართულია დაკმაყოფილებასა და სიამოვნების მიღებისკენ. როგორცაა ფსიქოაქტიური ნივთიერებები, საკვები და სექსი. (Volkow, 2003)

მაგალითად, მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ კოკაინი ასტიმულირებს უჯრედებს სიამოვნების ცენტრში და იწვევს ორი სახის ცილის გამოთავისუფლებას, ერთი მათგანი დაკავშირებულია დამოკიდებულების განვითარებასთან, ხოლო მეორე კი უნარჩვევის შესწავლასთან. ამ ცილებს გააჩნიათ ურთიერთ კავშირი: ისინი ასტიმულირებენ ერთიმეორეს გამომუშავებას. "გამომრთველი" ნაწილი უმნიშვნელოვანეს როლს ასრულებს ნებელობის შენარჩუნებაში. ნერვული ცვლილებების გაზრდას მოყვება ნივთიერებაზე მგრძნობელობის გაზრდა, რომელიც უკვე "გამორთვის" შემდგომ მაინც ზრდის რეციდივის რისკს. არსებობს რიგი თეორიებისა, იმასთან დაკავშირებით, თუ როგორ ანგრევენ ფსიქოაქტიური ნივთიერებები ჯილდო/კონტროლის "ჩამრთველ/გამომრთველს" და ტვინის მექანიზმს:

- "ჩამრთველ/გამომრთველის" ფუნქციის იგნორირება ან გადატვირთვა
- ფსიქოაქტიური ნივთიერებები ხელს უშლიან ორ (ძველი და ახალი) ტვინს შორის კომუნიკაციას

"ჩამრთველ/გამომრთველის" ფუნქციის დანგრევა ქცევითი ადიქციის გამო, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ადიქციის იდენტურია. რაც უფრო დიდია მისი მოხმარების ან განხორციელებული ქცევის გამოცდილება მით უფრო რთულია გამოჯანმრთელების პროცესი. (Tarter, 2002)

კაცობრიობის ისტორიის მანძილზე ჩვენი ძირითადი განზრახვები, სურვილები, ემოციური მეხსიერება, ძველ ტვინშია განლაგებული, რაც თავისთავად გამოდის მორალის, მიზეზების და ჯანსაღი აზრის საწინააღმდეგოდ, რომლებიც ახალ ტვინში არიან განლაგებულნი. უმეტესად, ადიქციის დროს ეს კონფლიქტი ნათლად იკვეთება, თუმცა მოქმედება ხდება ძველი ტვინის წესებით.

გამომდინარე იქიდან, რომ "ჩამრთველი" უფრო სწრაფად და ინტენსიურად მოქმედებს ვიდრე ტვინის ქერქი, მას სჭირდება უფრო ძლიერი, ცნობიერის ძალისხმევა, რათა უკუაგდონ ლტოლვა და სურვილები, რომლებიც ძველმა ტვინმა გამოიმუშავა.

სოციალური კოგნიცია

ადიქციის სოციალური და კოგნიტური ასპექტები, რომლებიც გარშემომყოფებთან ფიქრისა და ქცევის ინტერაქციასაც მოიცავენ, გამდაწყვეტი როლს ასრულებენ ბიოლოგიისა და გარემოს ურთიერთდაკავშირებაში. სოციალურ-კოგნიტური პერსპექტივები აგებულია ადიქციის ეტიოლოგიის გენეტიკასა და ნეირომეცნიერებაზე. ნორა ვოლკოვი ამბობს, რომ: "ჩვენ ვიწყებთ იმის გაცნობიერებას, რომ ნარკოტიკები მუდმივად ავლენენ ნეირობიოლოგიურ ეფექტებს, რომელიც სცილდება შუა ტვინის დაჯილდოვებისა და სიამოვნების ცენტრებს, რათა გაანადგუროს შუბლის ქერქი - აზროვნების (ინტელექტის) უბანი, სადაც ხდება რისკების სარგებელის აწონ-დაწინვა და გადაწყვეტილების მიღება". (Volkow, 2003)

სოციალურ-კოგნიტურ სფეროში ორი დომინანტური შეხედულება იკვეთება: სოციალური დასწავლის თეორია და კოგნიტური ნეიროფსიქოლოგია (McCusker, 2001). ადიქციის სოციალური დასწავლის თეორია, ალბერტ ბანდურას ნაშრომიდან იღებს სათავეს და ძირითადად ამტკიცებს, რომ კოგნიტური ცდომილებების დახმარება, ადიქციის მხარდაჭერისა და კოგნიტური სტრუქტურირების გარკვეული ფორმა საჭიროა გაიმიჯნოს განმეორებითი და შეჩვეული ფიქრებისა და ქცევებისგან, რომლებიც ადიქციური ცხოვრების სტილთან ასოცირდება. რწმენითი სისტემის რესტრუქტურირების მოტივირება, რომელიც დაკავშირებულია ადიქციურ ქცევებთან, განიხილება, როგორც ცვლილების ძირითადი კომპონენტი. ცვლილების შეფასება როგორც წესი, მიიღწევა გარკვეული თვითანგარიშის გაზომვით.

ამისგან განსხვავებით, კოგნიტური ნეიროფსიქოლოგიური მიდგომა იყენებს წარმოსახვით ტექნიკაზე დაფუძნებულ საზომს - სტრუპის ტესტს⁸. (Stroop, 1935) ტესტი მონაწილის პასუხიდან გამომდინარე ყურადღების კონცენტრაციას აფასებს, რაც მდგომარეობს იმაში, რომ მონაწილემ უნდა თქვას სიტყვის ფერი და არა მისი

⁸ ამერიკული ფსიქოლოგის, ჯონ რიდლი სტრუპის (1897-1973) მიერ შექმნილი სპეციალური ტესტი, რომელსაც მისი გვარის საპატივსაცემოდ ეწოდა "სტრუპის ტესტი".

მნიშვნელობა. მაგალითად, თუ სიტყვა ლურჯი მწვანე ფერით არის დაწერილი, ტესტის მონაწილემ უნდა თქვას - მწვანე და არა ლურჯი. მიუხედავად ნათლად გამოხატული საზომისა, სოციალური დასწავლის თეორიას გაცილებით მეტის შემოთავაზება შეუძლია. აღნიშნული თეორიიდან მიღებული ისეთი კონსტრუქტები, როგორცაა არის კოგნიტური მედიაცია და თვითეფექტიანობა⁹ ხსნიან ადიაქციასთან დაკავშირებულ ცენტრალურ საკითხებს. მაგალითად, როდესაც ადამიანს თვითეფექტიანობის დონე მაღალი აქვს, მაშინ საკუთარი თავის მართვის უნარი (ნარკოტიკზე უარის თქმა, მხოლოდ ერთი ჭიქა ალკოჰოლის დალევა) სოციალურ სიტუაციებში, სადაც ალკოჰოლის მოკლე დროში დიდი დოზით მოხმარება ან ნარკოტიკების გამოყენება ხდება, სრულიად შესაძლებელია. ამიტომაც, ზოგიერთი ადამიანს შეუძლია სტრესორების პირისპირ ყოფნა და მათი თავიდან აცილება. (Scheier, 2010)

პროქსიმალური გარემო ფაქტორები

პროქსიმალური გარემო ფაქტორები ისეთ ცვლადებს წარმოაჩენს, როგორცაა: თანატოლები, ოჯახი და სამეზობლო, ანუ ის რომელთანაც ინდივიდებს პირდაპირი კავშირი და საკუთარი როლი აქვთ განვითარებაში, მხარდაჭერასა და ადიქციისგან თავის არიდებაში. როდესაც საუბარია პროქსიმალურ გარემო გავლენაზე, აუცილებელია რისკ და დამცავი ფაქტორების ხსენებაც (მაგ.: დევიანტი თანატოლები ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების რისკ ფაქტორს წარმოადგენენ). გლანცი საკუთარ კვლევაში აღნიშნავს, რომ "რისკ ფაქტორების იდენტიფიცირება მოწყვლადობის მრავალმხრივი მახასიათებლის ექვივალენტს არ წარმოადგენს... მოწყვლადობა მხოლოდ რისკ ფაქტორების აკუმულაციის მაჩვენებელი არ არის." (Glantz, 2010) კვლევამ თანასწორთა ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა ავადმომხმარებასთან¹⁰ კავშირის იდენტიფიცირება მოახდინა, მაგრამ დიდი კითხვის ნიშანი დაესვა ახალგაზრდების დევიანტ თანატოლებთან ურთიერთობის დაწყებისა და შემდგომში ადიქციის გაჩენის საკითხს. გარკვეული ექსპერიმენტული მოხმარება და დელიქვენტური აქტი, რომელსაც ცხოვრების მანძილზე განახორციელებს ადამიანი, შესაძლოა ნორმად

⁹ ადამიანის რწმენა, რომ შეუძლია კონკრეტული მოქმედების შესრულება

¹⁰ ფსიქოაქტიური საშუალებების მოხმარება არასამედიცინო მიზნით, რომელიც ადამიანს უქმნის ფიზიკურ (ჯანმრთელობასთან და სიცოცხლესთან დაკავშირებულ) და/ან ფსიქოლოგიურ და/ან სოციალურ და/ან მორალურ და/ან სამართლებრივ პრობლემებს (ჯავახიშვილი ჯ, 2010)

ადიქმებოდეს, მაგრამ არა წამალდაკიდებულება¹¹ და ხშირი დელიქვენტური აქტები.
(Moffitt, 2003)

ისეთი პროქსიმალური გარემო ფაქტორებს, როგორცაა თანატოლთა გავლენა, შეიძლება მოიაზრებოდეს, როგორც მოწყვლადი ახალგაზრდების ადიქციამდე მიყვანის მაპროვოცირებელი ფაქტორი. თუმცა, ზოგიერთი ახალგაზრდა თვითონ ეძებს დევიანტ თანატოლს. იმავე დროს, როდესაც გარემო ზემოქმედებს ადამიანებზე, ასევე თვით ადამიანები ეძებენ გარემოს, სადაც საკუთარი სურვილების თავისუფლად დაკმაყოფილებას შეძლებენ. მაგალითად, როდესაც ახალგაზრდას აქვს სიმღერის ნიჭი, მან შეიძლება მოიძიოს ეკლესიის ან სკოლის მომღერალთა გუნდი. მიუხედავად იმისა, რომ თანატოლები ოჯახებში იზრდებიან, არსებობს რამდენიმე მიზეზ-შედეგობრივი ფაქტორი იმისა, თუ რომელი ოჯახები დგებიან ადიქციის პირისპირ: პირველი ეს არის გენეტიკური განწყობა, მეორე - სოციალური დასწავლა და მოდელირება (ალკოჰოლის მომხმარებელი ოჯახის წევრი, რომელიც ამის პროვოცირებას ახდენს ოჯახის სხვა ახალგაზრდა წევრებზე) და ბოლოს, ის თუ როგორ ექცევიან მშობლები შვილებს (ზედმეტი ან ნაკლები მზრუნველობა და კონტროლი, ფიზიკური ძალადობა და სხვ.).
(Castro, F. G., Brook, J. S., Brook, D. W., & Rubenstone, E., 2006)

დისტალური გარემო ფაქტორები

პროქსიმალური ფაქტორები უფრო დიდი კონტექსტის - დისტალური გარემოს ცვლადების შემადგენელ ნაწილს წარმოადგენენ. დისტალური ფაქტორების მაგალითები, ადიქციის ეტიოლოგიური კვლევის შესაბამისია და მოიცავს: კლიმატი, ფიზიკური გარემო, გადაცემის გზები, ნიადაგი, ვეგეტაცია¹², პოლიტიკური ეკონომიკა და იდეოლოგია. ისეთი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ბრუნვა, როგორცაა: კოკაინი და ჰეროინი, დაკავშირებულნი არიან ყველა ზემოთჩამოთვლილ ცვლადებთან. რაც შეეხება ადიქციას, მნიშვნელოვანია აღინიშნოს ის, რომ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებებს ამუშავებენ, აწარმოებენ, მოთხოვნისა და ადგილის მიხედვით ახდენენ მათ დისტრიბუციას ფორმალური თუ არაფორმალური რეკლამების (ტელევიზია,

¹¹ როდესაც ადამიანი რეგულარულად აგრძელებს ნარკოტიკის მოხმარებას, მიუხედავად ამ ქცევის გამო წარმოქმნილი პრობლემებისა და ვერ აკონტროლებს ამ ქცევას, რადგან უკვე განვითარებული აქვს დამოკიდებულების სინდრომი. (ჯავახიშვილი ჯ, 2010)

¹² მცენარის ზრდის პროცესი

ბილბორდები) საშუალებით. მარტივად რომ ვთქვათ, პირი ვერ გახდება ფსიქოაქტიურ ნივთიერებაზე დამოკიდებული, თუ ნივთიერება ან/და მასზე ხელმისაწვდომობა არ არსებობს. მაგალითად, თუ პირი მარტოდ-მარტო იმყოფება უკაცრიელ კუნძულზე, მაშინ შეუძლებელია ის ალკოჰოლზე ან სხვა სახის ფსიქოაქტიურ ნივთიერებაზე დამოკიდებული გახდეს¹³. (Chakravarti, 2003)

გარდა ამისა, სხვა ისეთი ფაქტორებიც არის გასათვალისწინებელი, როგორც მაგალითად, ჰეორინია, რომელსაც აწარმოებენ ოპიუმის ყაყაჩოსგან, რომელიც მხოლოდ დედამიწის კონკრეტულ ადგილებში ხარობს. იგივე შეიძლება ითქვას მსოფლიოში კანაბისის შემდეგ, ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ ფსიქოაქტიურ ნივთიერებაზე - კოკაინზე¹⁴. ქვეყნები, სადაც ზემოაღნიშნული ნივთიერებები მოჰყავთ, ინფრასტრუქტურა და პოლიტიკური სტაბილურობა, როგორც წესი, დაკავშირებულია სიღარიბესა და ტექნოლოგიურ ჩამორჩენასთან, რაც გლობალურ ეკონომიკურ პროცესებში მონაწილეობას აფერხებს. ამ პირობების გათვალისწინებით, არც ისე რთულია იმის მიხვედრა, თუ რა გავლენის მოხდენა შეუძლიათ ამ ქვეყნების მიწისქვეშა ეკონომიკაზე (შავ ბაზარზე) ისეთ ბიო-გეოგრაფიულ მცენარე-რესურსებს, როგორც ოპიუმის ყაყაჩო ან კოკაინია. ქვეყნებში, სადაც ფსიქოაქტიური ნივთიერებების "ნედლი პროდუქტი" მოყავთ, კვლევები საკმაოდ მწირია, თუმცა დისტალური გავლენა თავის მხრივ ისეთ პირობებს ქმნის, რომ ადიქციაზე ინდივიდუალური მგრძობელობა (სტაბილურად მზარდი ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ექსპორტი და შიდა ბაზარი) აშკარად გამოხატულია. (Nash, 2005)

¹³ რადგან ის გადართული იქნება პირველადი საჭიროების დაკმაყოფილებაზე, თუმცა არსებობს ალბათობა იმისა, რომ მან დროთა განმავლობაში აღმოაჩინოს "განტვირთვის" საშუალება (გ.წ.)

¹⁴ იზრდება ანდების მთის ფერდობზე: სამხრეთ ამერიკა (პერუ, ეკვადორი, ბოლივია და ძირითადი ნაწილი კოლუმბია)

თავი III ნარკოვითარება საქართველოში

საქართველოში 2012 წლის მონაცემების მიხედვით, 45,000-მდე ნარკოტიკების პრობლემური (ინექციური) მომხმარებელია, რაც 15-დან 64 წლამდე ასაკის ქვეყნის პოპულაციის 1.5%-ს შეადგენს, (Sirbiladze T., 2012) როდესაც 2009 წლის მონაცემებით ეს რიცხვი დაახლოებით 40,000 შეადგენდა (Baramidze, L. and Sturua, L., 2009) გამოკვლევის მონაცემების თანახმად, ცხოვრებაში ერთხელ არალეგალური ნარკოტიკული საშუალება მოუხმარია თბილისში მაცხოვრებელი 16 წლის მოზარდების 20%-ს - გამოკითხული ვაჟების 33%-ს და გოგონების 8%-ს. ლეგალური ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მაჩვენებლები კი გაცილებით მაღალია (თამბაქო - 50%, ალკოჰოლი - 90%); კვლევამ აგრეთვე გამოავლინა რომ ახალგაზრდები არ იცნობენ ლეგალური თუ არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებულ რისკებს.

შავ ბაზარზე „ტრადიციულად“ გავრცელებულ ნარკოტიკულ საშუალებებს წლების განმავლობაში წარმოადგენდა ოპიოიდები: 90-იანი წლებიდან მოყოლებული - დაუმუშავებელი ოპიუმი, ე.წ. „შავი“, შემდეგ - ჰეროინი, 2004-დან ბუპრენორფინი სუბუტექსის სახით. 2008 წლიდან ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა შორის ფეხი მოიკიდა აფთიაქში ხელმისაწვდომი მედიკამენტებიდან დამზადებულმა ამფეტამინის ტიპის სტიმულატორებმა (ე.წ. ვინტი და ჯეფი). სამედიცინო გამოკვლევებისა და დაკვირვების თანახმად, კუსტარული სტიმულატორების მოხმარება მჭიდროდ არის ასოცირებული შეუქცევად ნევროლოგიურ ცვლილებებთან, პარკინსონიზმის მსგავს დაავადებასთან და ხეიბრობასთან. 2010-2012 წლებში შავ ბაზარზე „ტრადიციული“ ოპიოიდების მკვეთრად შემცირების ფონზე, ნარკოტიკების ინექციურმა მომხმარებლებმა ასევე გადაინაცვლეს აფთიაქებსა და საყოფაცხოვრებო მაღაზიებში ადვილად ხელმისაწვდომი პრეკურსორებიდან კუსტარულად დამზადებულ კოდეინის შემცველ ოპიოიდზე, რომელსაც რუსულ სახელწოდებას „კრაკადილს“ (ქართულად „ნიანგი“) უწოდებენ და რომელიც ზედოზირების მაღალი რისკით ხასიათდება. (ნარკომანიასთან ბრძოლის სტრატეგია, 2013)

2015 წლისათვის ქვეყანაში ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით დაინფიცირებულთა 48%-მდე ნარკოტიკების ინექციური მიღების გზით აქვს გადაცემული. (ეპიდსიტუაცია, 2015) ვირუსული C ჰეპატიტის გავრცელება

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში 60-70%-ს აღწევს. ამ ფონზე, ზიანის შემცირების პროგრამების მოცვა ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში (ნიმ) მხოლოდ 5-10% წარმოადგენს, მაშინ როდესაც აღნიშნული პროგრამების ერთ-ერთ ძირითად მიზანს სწორედ ნიმ პოპულაციაში ინფექციური დაავადებების გავრცელების პრევენცია წარმოადგენს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის თანახმად, თუ შპრიცების გაცვლისა და ნებაყოფლობითი კონსულტირებისა და ტესტირების პროგრამების დაფარავა ნიმ პოპულაციის 20%-ზე ნაკლებს შეადგენს, ეს დაბალი მაჩვენებელია (საშუალო მაჩვენებელს წარმოადგენს 20%- დან 60%-მდე). (Des Jarlais, D., Hagan, H., Friedman, S., 1998)

ფსიქოაქტიურ ნივთიერებაზე დამოკიდებულება და მისი მოხმარება წარმოადგენს კომპლექსურ და მულტისექტორულ პრობლემას და შესაბამისად საჭიროებს სამთავრობო უწყებებს შორის ეფექტურ კოორდინაციასა და მჭიდრო თანამშრომლობას. საჭიროა ქვეყანაში არსებობდეს ეფექტიანი უწყებათაშორისი საკოორდინაციო მექანიზმი, რომელიც უზრუნველყოფს ყველა დაინტერესებული მხარის მონაწილეობას და ეროვნული ნარკოსტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმების განხორციელების მონიტორინგს. კოორდინაცია აუცილებელია მულტისექტორული მიდგომების განვითარებისათვის, რაც თავის მხრივ წარმოადგენს შედეგზე ორიენტირებული ბრძოლის წინაპირობას. შესაბამისი სამთავრობო უწყებების გარდა, აუცილებელია სამოქალაქო სექტორის ჩართულობა ნარკოტიკების პრობლემის გადაჭრის საკითხში.

2011 წლის 22 ნოემბერს საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებით (საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №751, 2011) შეიქმნა ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო. საბჭოს თავმჯდომარედ ბრძანების მიხედვით განისაზღვრა იუსტიციის მინისტრი. საბჭოს შემადგენლობაში შედიან ყველა მნიშვნელოვანი უწყებების თანამდებობის პირები და ასევე ექსპერტების სახით მოწვეულნი არიან საერთაშორისო ორგანიზაციების წარმომადგენლები.

საბჭოს მიზანია ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის ადამიანის უფლებათა დაცვის პრინციპებზე აგებული ზოგადი პოლიტიკის განსაზღვრა; ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლის სახელმწიფო სტრატეგიისა და შესაბამისი სამოქმედო გეგმების

შემუშავება, მისი პერიოდული განახლება და შესრულების მონიტორინგი; აღნიშნული სტრატეგიის განვითარების მიზნით წინადადებებისა და რეკომენდაციების მომზადება; სტრატეგიის განხორციელების პროცესში უწყებათაშორისო კოორდინაციის უზრუნველყოფა. საკოორდინაციო საბჭოს შემადგენლობაში შედიან როგორც სამთავრობო, ისე არასამთავრობო სექტორის წარმომადგენლები. საბჭოს სამდივნოს ფუნქციას ასრულებს იუსტიციის სამინისტროს საერთაშორისო საჯარო სამართლის დეპარტამენტი. (საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №751, 2011)

საკოორდინაციო საბჭო უფლებამოსილია სახელმწიფო ორგანოებიდან და დაწესებულებებიდან დადგენილი წესით გამოითხოვოს საბჭოს საქმიანობისათვის საჭირო ინფორმაცია, შეიმუშაოს წინადადებები და რეკომენდაციები კანონმდებლობის და სტრატეგიის განახლების მიზნით, შექმნას სამუშაო ჯგუფები და მოიწვიოს ექსპერტები, ასევე ითანამშრომლოს საქართველოში შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის (The Global Fund) პროექტების სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭოსთან (CCM), ნარკომანიის პრევენციისა და ნარკოტიკებზე დამოკიდებულ პირთა რეაბილიტაციის მიმართულებით მის კომპეტენციაში შემავალ საკითხებზე, ინფორმაციის გაცვლისა და ერთობლივი ღონისძიებების გატარების გზით, საქმიანობის კოორდინაციის გაუმჯობესების, ერთობლივი მოქმედების ხელშეწყობისა და არსებული რესურსების ეფექტიანად გამოყენების მიზნით. (საქართველოს მთავრობის დადგენილება №342, 2014)

2012 წლის 13 მარტს ხელი მოეწერა ურთიერთგაგების მემორანდუმს ნარკომანიასთან ბრძოლის საბჭოსა და საქართველოში შიდსთან, ტუბერკულოზსა და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდის პროექტების სახელმწიფო საკოორდინაციო საბჭოს შორის, რომლის თანახმადაც გაძლიერდება თანამშრომლობა ნარკომანიის წინააღმდეგ ბრძოლისა და ნარკომანიის პრევენციის მიზნით. მემორანდუმი მიზანად ისახავს მოხდეს ამ ორი საბჭოს ერთობლივი საქმიანობების და პროგრამების უკეთესი კოორდინაცია, ორივე მხრიდან ადამიანური და მატერიალური რესურსების ეფექტური გამოყენება. (ანტინარკოტიკული პოლიტიკა, 2013)

2012 წლის 15 მარტს, საქართველოს იუსტიციის სამინისტროში ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭოს პირველი სხდომა გაიმართა. (საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო, 2012) საბჭოს წევრები შეთანხმდნენ, რომ

ჩამოყალიბებინათ სამუშაო ჯგუფები ეროვნული ანტინარკოტიკული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შესამუშავებლად შემდეგი ოთხი ძირითადი მიმართულებით:

1. ინფორმაციის შეგროვება, კვლევა და შეფასება;
2. მიწოდების შემცირება;
3. მოთხოვნა/ზიანის შემცირება;
4. საერთაშორისო თანამშრომლობა და შიდა კოორდინაცია.

ნარკოტიკულ საშუალებებზე ინფორმაციის შეგროვება, ანალიზი, ინტერპრეტაცია და ამის საფუძველზე მტკიცებულებაზე დაფუძნებული სტრატეგიის შემუშავება და შეფასება ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი სტრატეგიული მიმართულებაა, რომელიც პოლიტიკის განმსაზღვრელ პირებს სათანადოდ ინფორმირებული და მართებული გადაწყვეტილებების მიღების საშუალებას უქმნის.

ნარკოტიკულ საშუალებებზე ინფორმაციის შეგროვება, ანალიზი და გავრცელება სავალდებულოდ იქნა მიჩნეული საერთაშორისო კონვენციების მიერ¹⁵. ნარკოტიკულ საშუალებებზე ინფორმაციის კოორდინაცია საჭიროებს სათანადო ინსტიტუციურ მექანიზმებს. ევროკავშირში 1993 წლიდან შეიქმნა და მოქმედებს ევროპის ნარკოტიკებისა და ნარკომანიისა მონიტორინგის ცენტრი (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA), რომელიც ამჟამად ევროკავშირის ყველა წევრ ქვეყანას აერთიანებს ერთიან ნარკო-საინფორმაციო სივრცეში. EMCDDA-სთან შექმნილია ევროკავშირის წევრი ქვეყნების, კანდიდატი ქვეყნებისა და სამეზობლო პოლიტიკის წევრი ქვეყნების ნარკო-ინფორმაციის ეროვნული კოორდინატორების (National Focal Point, NFP) ქსელი. ამ ქსელში გაწევრიანება შეუძლიათ, იმ ქვეყნებსაც, რომელთაც ევროკავშირთან ნარკოტიკების პრობლემის დაძლევის საკითხში თანამშრომლობის სურვილი აქვთ. რამდენადაც საქართველოს აღებული აქვს კურსი ევროინტეგრაციისკენ, ქვეყანაში ნარკო-საინფორმაციო სისტემის შექმნა და მოქმედება დაფუძნებული უნდა იყოს EMCDDA-ის სტანდარტებზე. (EMCDDA, 1998)

¹⁵ The United Nations Single Convention on Narcotic Drugs, 1961 (http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf); The United Nations Convention on Psychotropic Substances, 1971 (http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf); The United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988 (http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf).

თავი IV ზიანის შემცირება და საველე სამუშაო

ზიანის შემცირების პრინციპის ქვეშ კომპლექსური ღონისძიებები მოიაზრება, რომელთა მიზანია ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებით გამოწვეული მავნე შედეგების თავიდან აცილება/მინიმუმამდე დაყვანა და ამ მოვლენის სრულად აღმოფხვრისთვის ხელსაყრელი ნიადაგის მომზადება. აღნიშნული მიდგომა ეფუძნება იმ ფაქტის პრაგმატულ გააზრებას, რომ მიუხედავად მრავალწლიანი მცდელობებისა, დღემდე ვერც ერთმა ქვეყანამ თუ საზოგადოებამ ვერ მოახერხა ნარკოტიკების მოხმარების სრული აღმოფხვრა ან ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრის ეფექტური გზების მოძიება.

მოცემული პოლიტიკა, სტრატეგიები თუ ქმედებები არ ისახავს აუცილებელ მიზნად ნარკოტიკის მოხმარების შეწყვეტას. ზიანის შემცირების სტრატეგია საბოლოო გამარჯვებაზე გათვლილი, განვითარებადი მოდელია, რომელიც გზადაგზა ახალი, სასარგებლო მეთოდების მოძიებას, აპრობაციასა და დანერგვას ითვალისწინებს. ზიანის შემცირების სტრატეგიის ძირითადი პრინციპებია:

- პრაგმატიზმი – როდესაც "კარგი" რეალურად ჯერჯერობით მიუღწეველია, დროებით "ნაკლებად ცუდის" არჩევა "კარგისთვის" საფუძვლის მოსამზადებლად.
- ჰუმანიზმი – ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლის მოქალაქეობრივი უფლებების აღიარება. "მუშტის პოლიტიკის" პრინციპს - "დავცხოთ ნარკომანს!", ენაცვლება პრინციპულად ახალი მიდგომა: "დავეხმაროთ ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელს!", რაც ნიშნავს არა მის გამართლებას, არამედ თანაგრძნობითა და დახმარებით ხსნის გზისკენ რბილად შემოტრიალებას.
- ზიანის შემცირებაზე ორიენტაცია – თუ ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებელს უჭირს ან არ სურს ნარკოტიკზე უარის თქმა, ვთავაზობთ ალტერნატივას, რომელიც მისი ჯანმრთელობისთვის ნაკლებად დამანგრეველი იქნება და შესაძლებელი გახდება სამედიცინო, ფსიქოლოგიური და სოციალური პრობლემების მინიმუმამდე დაყვანა.

- გადაუდებელი (უახლოესი) მიზნების პრიორიტეტი – მაქსიმალური ეფექტის მისაღებად კონკრეტულ სიტუაციებში ოპტიმალური მეთოდების დანერგვა. (Heather, 1993)

მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში შექმნილი ვითარების გათვალისწინებით, გამართლებულია შემდეგი მიდგომა - თუ გვსურს ზიანის შემცირების პრინციპის პრაქტიკაში გატარება, საჭიროა, უკუვაგდოთ ფესვგადგმული იდეალისტური აზრი ნარკოტიკების მოხმარების ფენომენის აღკვეთის შესახებ.

უდავოა, რომ ზიანის შემცირების მიდგომა ითვალისწინებს, თუ რამდენად დიდი მნიშვნელობა აქვს, ადამიანმა საბოლოოდ თქვას უარი ნარკოტიკზე ან ასეთი სურვილი გაუჩნდეს. ეს მიდგომა აღიარებს, რომ ამგვარი რამ ნარკოტიკული საშუალებების მრავალი მომხმარებლისთვის ჯერ კიდევ შორეული მიზანია და ამდენად, შუალედურ პერიოდში გაწეული მომსახურება, რომელიც რისკის შემცირებას ემსახურება, მნიშვნელოვანია პირადი თუ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პრობლემების თავიდან ასაცილებლად.

ნარკოტიკული საშუალებების ინიექციური მოხმარებით გამოწვეული ზიანის შემცირების ძირითადი მახასიათებლები და პრინციპებია:

- აქცენტი მოკლევადიანი პრაგმატული მიზნების მიღწევაზე, რისკის იერარქიის გათვალისწინებით;
- ორიენტაციის აღება იმ ზიანის შემცირებაზე, რომელსაც იღებს ცალკეული პირი თუ საზოგადოება ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების შედეგად;
- სხვადასხვა მიზნის მისაღწევად კომპლექსური სტრატეგიების გამოყენება;
- ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლების ჩართვა მათთვის განკუთვნილი პროგრამების დაგეგმვისა და განხორციელების პროცესში. (O'Hare, 1992)

ზიანის შემცირების ტიპური იერარქია:

- საინიექციო მოწყობილობის გაზიარების შემთხვევების შემცირება;
- ინიექციის შემთხვევების შემცირება;
- ნარკოტიკული საშუალებების გამოყენების შემცირება.

ზიანის შემცირების მიზნები და სტრატეგია

1. ზიანის მინიმუმამდე დაყვანა პიროვნულ ჭრილში (ჯანმრთელობის და ფსიქიკური პრობლემების შემცირება, სოციალური კონტაქტების აღდგენა, შრომით საქმიანობაში ჩაბმა);
2. ზიანის მინიმუმამდე დაყვანა საზოგადოებრივ ჭრილში (ოჯახის ნგრევის თავიდან აცილება, ასოციალური ქცევის პროფილაქტიკა, საზოგადოებისთვის მისი წევრის დაბრუნება);
3. ნარკოტიკული საშუალებების არალეგალური ბრუნვისა და მოხმარების შემცირებისთვის ნიადაგის მომზადება. ზიანის შემცირების სტრატეგია მიზნად ისახავს ნარკოტიკულ საშუალებებზე მოთხოვნის შემცირებას, რაც პერსპექტივაში მათ წარმოება-გასაღებას უაზრობად აქცევს.

ზიანის შემცირების სტრატეგია დღესდღეობით სამ ტაქტიკურ პროგრამას გვთავაზობს (თუმცა არსებობს სხვებიც): შპრიცების გაცვლა, ჩანაცვლებითი თერაპია, ნებაყოფლობითი კონსულტირება-ტესტირება და საველე ღონისძიებები. (Heather, 1993)

შპრიცების გაცვლა - ნემსისა და შპრიცის გაცვლის პროგრამების სახეები

არსებობს ნემსისა და შპრიცის გაცვლის პროგრამის შემდეგი ძირითადი სახეები:

- სტაციონარული – მომსახურება სპეციალურ დაწესებულებაში ან ოფისში, სადაც ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელს ნახმარი საინიექციო მოწყობილობის სანაცვლოდ შეუძლია ახალი მიიღოს;
- მობილური – მომსახურება ფურგონის ან ავტობუსის მეშვეობით, რომელიც დადგენილი მარშრუტით მოძრაობს და განსაზღვრულ ადგილებზე ჩერდება;
- აუთრიჩი/ბექპეკი – მუშაკები დადიან ქუჩებსა და სხვა ადგილებში (მაგ. ბინებში), არიგებენ სუფთა ნემსებსა და შპრიცებს და აგროვებენ ნახმარ საინიექციო მოწყობილობას, რომელსაც შემდეგ ანადგურებენ.
- გამანაწილებელი ავტომატი (აპარატი) – გარკვეულ ადგილებში დამონტაჟებულია ნემსებისა და შპრიცების გამანაწილებელი აპარატები. ნებისმიერ მსურველს შეუძლია სიმბოლურ ფასად იყიდოს ან უსასყიდლოდ მიიღოს სასურველი ზომის შპრიცი ან ნემსი, ხოლო ნახმარი - იქვე მდგომ კონტეინერში ჩააგდოს.

საქართველოში მოქმედი ნემსებისა და შპრიცების გაცვლის პროგრამების უმეტესობა კომბინირებული ტიპისაა: სტაციონარულადაც მუშაობს და აუთრიჩ-მუშაობის მეთოდებსაც იყენებს.

არსებობს ნემსებისა და შპრიცების მიწოდების კიდევ ერთი "მეთოდი", რომელიც ცნობილია, როგორც ნემსებისა და შპრიცების აქტივისტური ანუ "არალეგალური" მიწოდება. ეს პროგრამები ისეთ ქვეყნებში შეიქმნა, როგორცაა, მაგალითად, აშშ, სადაც ზოგიერთ შტატში მოქმედი კანონები ჯერ კიდევ კრძალავს საინიექციო მოწყობილობის ლეგალურად გავრცელებას. ეს ტაქტიკა ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების წახალისებას არ იწვევს, რაც დადასტურებულია მრავალწლიანი და მრავალჯერადი კვლევებით. (Battjes, 1988)

ჩანაცვლებითი თერაპია – გულისხმობს, გარკვეული სამკურნალო მიზნების მისაღწევად, წამალდამოკიდებული პირის მიერ დამოკიდებულების გამომწვევი ნივთიერებების მიღებას ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებელს ჯანმრთელობისთვის ნაკლებად საზიანო პრეპარატებს (მეთადონი, ბუპრენორფინი (სუბუტექსი) და სხვა) სთავაზობენ. აღნიშნული პრეპარატები სპეციფიკური თვისებებით ხასიათდება: ხანგრძლივი მოქმედება, ნაკლებად მაიფორიზებული ეფექტი და სხვა, ამიტომ ორგანიზმზე სტაბილურ ზემოქმედებას ახდენენ, დღე-ღამის განმავლობაში პაციენტის გუნება-განწყობისა და ზოგადი მდგომარეობის მკვეთრი ცვლილების გარეშე. ეს კი, პროგრამებში არსებულ ფსიქო-სოციალურ და სამედიცინო ინტერვენციებთან ერთად, ხელსაყრელ ნიადაგს ქმნის იმისთვის, რომ პაციენტი ნორმალური ცხოვრების რეჟიმს დაუბრუნდეს.

ზოგიერთ ქვეყანაში, მაგალითად ინგლისში, ჰოლანდიაში, შვეიცარიაში და სხვაგან, ხანგრძლივმოქმედ პრეპარატებთან ერთად, ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის გამოიყენება ხანმოკლე მოქმედების ნარკოტიკული პრეპარატებიც (მათ შორის, ზოგან საინიექციო ხსნარებიც). ამ პროგრამების ძირითადი მიზანი ქუჩის ნარკოტიკებზე უარის თქმაა, რითაც აივ/შიდსისა და სხვა ინფექციური დაავადებების გავრცელების პროფილაქტიკას უწყობენ ხელს.

ჩანაცვლებითი პროგრამების ძირითად მიზნებს განეკუთვნება აგრეთვე: ოპიოიდებზე დამოკიდებულ პირთა დეკრიმინალიზაცია და სამედიცინო-ფსიქო-

სოციალური რეაბილიტაცია. ჩანაცვლებითი თერაპიისთვის გამოყენებული საშუალებები სიროფების ან აბების სახით მზადდება, რაც ინტრავენური მანიპულაციების შემცირებას უწყობს ხელს და ინფიცირების რისკს მკვეთრად ამცირებს. (Buning, E., Van Brussel, G., and Van Santen, G., 1990)

ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება – არის პიროვნებაზე ორიენტირებული, რაც იმას ნიშნავს, რომ პიროვნება თავისი სურვილით (ექიმის შეთავაზების გარეშე) იტარებს კონსულტირებას და ტესტირებას აივ-ინფექცია/შიდსზე. ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება აივ ინფექციის პრევენციის ერთ-ერთ საუკეთესო გზად არის მიჩნეული. ამიტომ ნებაყოფლობითი კონსულტირების და ტესტირების პროპაგანდა ნებისმიერ მიზნობრივ პოპულაციაში (აივ ინფექციის სტატუსის შესაფასებლად) საკმაოდ მნიშვნელოვანია.

ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება ითვალისწინებს ტესტის წინა კონსულტაციას, ნებაყოფლობით ტესტირებას აივ ინფექციაზე და ტესტის შემდგომ კონსულტაციას. ყველას აქვს უფლება მიიღოს ინფორმაცია აივ-ინფექციის შესახებ და შემდეგ თავად მიიღოს გადაწყვეტილება, ჩაიტაროს ტესტირება თუ არა. კონსულტირების ძირითადი მიზანია პიროვნებისთვის აივ-ინფექციაზე ინფორმაციის მიწოდება, მისი მოვლისა და მკურნალობის საკითხების გაუმჯობესება.

საველე ღონისძიებები (აუთრიჩი, სოციალური სამუშაო) – გულისხმობს ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებთან მათთვის ჩვეულ გარემოში სოციალურ მუშაობას, ზიანის შემცირების სტრატეგიის არეალში მათ მოსაქცევად, რაც ზემოხსენებული ტაქტიკების წარმატებისთვის დამხმარე ფონს წარმოადგენს. (Stimson GV et al., 2010)

სოციალური სამუშაო ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებთან პრინციპები და პრაქტიკა

ქვეყნის ცვლილების ხელშეწყობა წინამდებარე მითითებები აღწერს ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებთან სოციალური მუშაკის საველე მუშობის მუშაობის პრინციპებსა და პრაქტიკულ საქმიანობას. ისინი

გათვალისწინებულია იმ ადამიანებისთვის, რომელთაც აივ-ინფექციის პრევენციისა და ჯანდაცვის კუთხით საგანმანათლებლო საქმიანობის დაგეგმვა-ჩატარება უწევთ.

ჯანსაღი ქცევის ხელშეწყობა

სოციალური მუშაკი პირველ რიგში ახორციელებს დახურული სოციალური ჯგუფებისთვის (ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლები, კომერციული სექსმუშაკები) ინფორმაციის მიწოდებას, მათ კონსულტირებასა და პროფილაქტიკური საშუალებების გავრცელებას იმ ადგილებში, სადაც ისინი იკრიბებიან ან ცხოვრობენ. სოციალური მუშაკი არის ჯანმრთელობის პრობლემების შესახებ ინფორმირებისა და მომსახურების გაწევის ერთ-ერთი ინსტრუმენტი. ჯანდაცვის დარგში გამოყენებული ინტერვენციების სხვა სახეების მსგავსად, მისი მიზანიც ჯანსაღი ქცევის ხელშეწყობაა, რაც შემდეგი სამი ხერხით მიიღწევა:

- ინფორმირებულობის დონის ამაღლება ჯანმრთელობის რისკის სახეების შესახებ;
- სარისკო ქმედებებისგან თავის შეკავებისთვის საჭირო ცვლილებების ხელშეწყობა;
- პოზიტიური ქცევითი ცვლილების შენარჩუნება.

გარდა სოციალური მუშაკისა, მნიშვნელოვანია აუთორიტის საქმიანობაც. მისი საქმიანობა ოფისს გარეთ, სამედიცინო დაწესებულებების მიღმა ხორციელდება, უშუალოდ ბენეფიციარებთან. თუმცა, საჭიროა გაცნობიერება, რომ აუთორიტი ჯანდაცვის სხვა ინტერვენციების დამატებითი ზომია, იგი არ ცვლის და არ იმეორებს ინტერვენციის არსებულ ზომებს, არ უარყოფს მათ აუცილებლობას, არამედ წარმოადგენს მათ დამატებას. აუთორიტი არ შეიძლება განვიხილოთ, როგორც მარტივი გადაწყვეტა ან უნივერსალური საშუალება, რომლითაც გადაიჭრება ქცევითი ცვლილების ხელშეწყობის საკითხები ან ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემები. ნაცვლად ამისა, აუთორიტი უნდა განვიხილოთ, როგორც ჯანდაცვის უფრო მასშტაბური სტრატეგიების შემადგენელი ნაწილი. ეს იმას ნიშნავს, რომ ყველა ორგანიზაციისთვის არ არის სავალდებულო აუთორიტის მეთოდების გამოყენება. აუთორიტის საჭიროების განსასაზღვრად ზედმიწევნით უნდა შეფასდეს კონკრეტული სამიზნე პოპულაციების საჭიროებები და დადგინდეს, რამდენად ეფექტურად მუშაობს ინტერვენციის სხვა არსებული ზომები. (Koester, 1992)

აუთორიზის მიზანია, "მისწვდეს" სამიზნე პოპულაციებს. მაშინ, როდესაც ინტერვენციები ძირითადად დაწესებულების ბაზაზე ხორციელდება და დამოკიდებულია ინდივიდებზე, რომლებიც თავად "ემებენ დახმარებას", აუთორიზი სამიზნე პოპულაციებთან კონტაქტს დაწესებულების კედლებს მიღმა ამყარებს. არ უცდის, როდის მიმართავს დაწესებულებას დახმარებისათვის ნარკოტიკული საშუალებების მორიგი მომხმარებელი, რომელიც მიხვდა, რომ თავი იჩინა ნარკოტიკთან დაკავშირებულმა და ჯანმრთელობის პრობლემებმა. აუთორიზი თავად ემებს და პოულობს პირებს, რათა გაანათლოს ისინი და გაუწიოს მათ მომსახურება უშუალოდ საზოგადოებაში ყოფნისას. ეს ნიშნავს იმას, რომ აუთორიზი შეიძლება ჩაერთოს ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების ადრეულ ეტაპზევე, სანამ მომხმარებელი ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების უფრო სახიფათო და საზიანო საფეხურს მიაღწევს. (Rhodes T. a., 1992)

განსხვავებით აუთორიზისა, სოციალური მუშაკის მოქმედების არეალი უფრო ფართოა და სამედიცინო მომსახურებისა და ინფორმირების გარდა, იგი ბენეფიციარისა და მისი ოჯახის წევრისთვის ახდენს სოციალური, ფსიქოლოგიური და იურიდიული საკითხების მოგვარებას. რაც ნიშნავს იმას, რომ სოციალური მუშაკი მიკრო სისტემის გარდა წარმატებით მოღვაწეობს მეზო და მაკრო სისტემაშიც. აუთორიზის საქმიანობა სოციალური მუშაკის საქმიანობასთან მისი მოქმედების არეალიდან გამომდინარე შედარებით შეზღუდულია, მიუხედავად იმისა, მისი როლი წამალდამოკიდებულ პირებთან მუშობისას განსაკუთრებული და უნიკალურია.

ფაქტორები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ქცევის ცვლილებაზე

ჯანსაღი ქცევის ხელშეწყობაზე გავლენას ახდენს ცალკეული სოციალური და მატერიალური ფაქტორები. შეიძლება ჩაითვალოს, რომ ჯანდაცვის ისეთი ინტერვენციების მიზნებზე, როგორცაა ცვლილებების ხელშეწყობა და შენარჩუნება ჯანსაღი ქცევის გამოსამუშავებლად, ოთხ დონეზე ხდება ზემოქმედება. ეს არის: ინდივიდუალური, ინტერპერსონალური (ანუ ინდივიდთა შორის), საზოგადოებრივი (მაგალითად, თანასწორთა აზრი) და შედარებით მასშტაბური სოციალურ-პოლიტიკური გარემო (კანონი და პოლიტიკა).

ინდივიდუალური

ქვევის ცვლილებაზე გავლენას ახდენს ინდივიდების ინფორმირებულობა და შეხედულებები მათი ჯანმრთელობის რისკების შესახებ, მათი განზრახვები და მოტივაცია, შეცვალონ ქცევა და ასევე - რამდენად შეუძლიათ, ხელი შეუწყონ ქვევის ცვლილებას.

ინტერპერსონალური

ქვევის შეცვლის ინდივიდუალურ მცდელობებზე გავლენას ახდენს სხვა ინდივიდების შეხედულებები და მოქმედებები. მაგალითად, პრეზერვატივის გამოყენების საკითხს წყვეტს არა მხოლოდ ერთი ინდივიდი, არამედ ეს საკითხი, როგორც წესი, წყდება ორი ადამიანის ინტერპერსონალური შეთანხმებით.

საზოგადოება

ქვევის შეცვლის ინდივიდუალურ მცდელობებზე ასევე გავლენას ახდენს იმ სოციალური ჯგუფის შეხედულებები და მოქმედებები, რომელსაც ინდივიდი განეკუთვნება. თანასწორთა ჯგუფის ნორმები შეიძლება გავლენას ახდენდეს ინდივიდების ქცევაზე. თუ არსებობს შპრიცის გამოყენების გარკვეული ნორმები თანასწორთა შორის, ნაკლებ სავარაუდოა, რომ ინდივიდებმა არ გამოიყენონ შპრიცის გაზიარების პრაქტიკა.

სოციალურ-პოლიტიკური გარემო

ქვევის შეცვლის ინდივიდუალურ და ჯგუფურ მცდელობებზე შეიძლება ასევე გავლენა მოახდინოს სოციალურმა და პოლიტიკურმა კლიმატმა. ქვეყნებში, სადაც მოქმედებს კანონები, რომლებიც ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებას დასჯად დანაშაულთა რიცხვს მიაკუთვნებენ ან სადაც მისაღებია მხოლოდ ნარკოტიკულ საშუალებებზე საბოლოოდ უარის თქმა, შეიძლება საკმაოდ რთული აღმოჩნდეს ზიანის შემცირების მიმართულებით ნებისმიერი ნაბიჯის გადადგმა. გარდა ამისა, თუ არსებობს ჯანმრთელობის რესურსებთან დაკავშირებული პრობლემები, ჩვეულებრივ, გაცილებით რთულია ქვევის ცვლილების ხელშეწყობა, განსაკუთრებით, თუ ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებასთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრა სამართალდამცავი მიდგომებით არის გათვალისწინებული. (Rhodes T. , 1993)

ინდივიდუალური ცვლილება

საჭიროა ინდივიდების ინფორმირებულობის, მათი შეხედულებების, განზრახვებისა და მოტივაციის ცვლილებები.

ინტერპერსონალური ცვლილება

საჭიროა ინდივიდების თვითეფექტურობისა და ინტერპერსონალური ურთიერთობების უნარ-ჩვევების ცვლილებები.

საზოგადოებრივი ცვლილება

საჭიროა ცვლილებები თანასწორთა ჯგუფში და იმ სოციალური "ნორმების" ცვლილებები, რომლებიც გავლენას ახდენენ ინდივიდუალურ ქცევაზე.

სოციალურ-პოლიტიკური ცვლილება

ცვლილებები საჭიროა საკანონმდებლო მიდგომასა და ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების მიმართ არსებულ პოლიტიკაში, ჯანდაცვის სფეროს ორგანიზაციაში.

ჯანდაცვის ხელშეწყობის ეფექტური სტრატეგიები, რომლის ნაწილსაც სოციალური მუშაკი და აუთორიჩი წარმოადგენს, უნდა უზრუნველყოფდეს ცვლილების ხელშეწყობასა და შენარჩუნებას. ინტერვენციის კონკრეტული ზომების, განსაკუთრებით კი სოციალური მუშკის და აუთორიჩის ინტერვენციის სტრატეგიების შერჩევა, დამოკიდებულია განსახორციელებელი ცვლილების ტიპსა და ხასიათზე. ჯანდაცვის ყველაზე ეფექტურ სტრატეგიებში გამოყენებულია სხვადასხვა დამატებითი (კომპლემენტარული) ინტერვენცია, რომელიც მიმართულია ცვლილების სხვადასხვა დონეზე განსახორციელებლად და მიზნად ისახავს არა მხოლოდ ინდივიდის ინფორმირებულობის დონის, არამედ მისი შეხედულებებისა და ქცევების ცვლილებებს. (Rhodes, T., 1994)

ცვლილებები ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებისას მისი "ჯანსაღად" გამოყენების მისაღწევად

ნარკოტიკული საშუალებების ნებისმიერი სახით გამოყენება შეიძლება ზიანის მომტანი იყოს. ზიანი შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ფაქტორი, რომელიც უარყოფით ზეგავლენას ახდენს ცალკეულ პირებზე, საზოგადოებასა და ჯანდაცვაზე.

საზოგადოებებში, სადაც ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარება და ნარკოტიკებთან

დაკავშირებული დანაშაულების რიცხვი მაღალია, ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებით გამოწვეული ზიანი გავლენას ახდენს როგორც თავად მომხმარებლებზე, ასევე არამომხმარებლებზე. ზემოაღნიშნული მიუთითებს ინტერვენციის სტრატეგიების დიდ მნიშვნელობაზე, რომლის სტრუქტურაც წარმოდგენილია მიზნებისა და ამოცანების იერარქიით. ამგვარი მიზნები, რომლებიც ამავდროულად შეიძლება აუთორიჩის მიზნებიც იყოს, შემდეგია:

- ავარიდოთ ადამიანებს ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების დაწყება;
- ავარიდოთ ადამიანებს ნარკოტიკული საშუალებების ინიექციის გზით მიღება;
- ხელი შევუწყოთ ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარების, განსაკუთრებით კი ინიექციური მოხმარების შეწყვეტას;
- მინიმუმამდე დავიყვანოთ ნარკოტიკული საშუალებების მოხმარებით გამოწვეული ზიანი.

იმისათვის, რომ აღნიშნული ინტერვენციები ეფექტური იყოს, ისინი უნდა იყოს პრაგმატული მომხმარებლებთან მიმართებაში და მოქნილი – ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლისათვის მომსახურების გაწევისას. როგორც წინამდებარე მითითებებიდან ჩანს, აუთორიჩი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ინტერვენციის ერთ-ერთი ყველაზე მოქნილი და პრაგმატული მეთოდია, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც აქცენტი აკრძალული ნარკოტიკული საშუალებების მომხმარებლებზე კეთდება.

(Rhodes, T., 1994)

თრობაა ყველაფერი. ეგ არის ხსნა ერთადერთი,
რათა არ შეიგრძნო ამაზრზენი ტვირთი დროისა,
რომელიც დაგცემს, წელში გაგტეხს.
ჰოდა, ამადაც თრობას მიეძალე, გამოუნელებელს.
ჰო, მაგრამ რითი? ღვინით, პოეზიით, სიქველით,
რითიც გენებოს, ოღონდ იყავი მთვრალი.

(თრობას მიეძალე. ბოდლერი შ.)

დასკვნა

ადამიანის ბუნებისათვის ცნობიერების შეცვლისკენ მიდრეკილება ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც გადარჩენა და გამრავლების პროცესი და რაც უფრო ძლიერმოქმედია პრეპარატი, მით უფრო რთულია ტვინისათვის ქიმიური ბალანსის აღდგენა. ეს კი საბოლოოდ ნეიროქიმიური ცვლილებებს იწვევს. ისტორიის მანძილზე, ფსიქოაქტიურ ნივთიერებათა ავადმობხმარება და შემდგომ ამის ნიადაგზე განვითარებული ადიქცია, მთავრობის პოლიტიკაზე გავლენას ახდენდა, კმნიდა რა ახალ სოციალურ სტრუქტურებს და უგულუბელყოფდა პიროვნულ პრიორიტეტებს.

ადიქციის განვითარებამდე ხშირ შემთხვევაში არც ისე დიდი გზაა გასავლელი, თუმცა მსოფლიოში მიმდინარე მეცნიერული პროგრესი, რომელიც ფსიქოაქტიური ნივთიერებების კუთხით მიმდინარეობს, ამ გზას კიდევ უფრო ამოკლებს. ფსიქოაქტიური ნივთიერებების სინთეზირირების გზით შექმნა და მათი გამოყენების გზების მრავალფეროვნება ადამიანს უბიძგებს, მარტივად დაიკმაყოფილოს ის მოთხოვნები, რომელსაც მას ძველი, პირველყოფილი ტვინი კარნახობს არაცნობიერიდან.

გამომდინარე იქიდან, რომ ადიქცია სხვადასხვა დისციპლინებს კვეთს, ტრანსდისციპლინური სინთეზი უკიდურესად მნიშვნელოვანია რათა უზრუნველყოს მიზეზობრივი კავშირი განპირობებულობასთან. ეს მნიშვნელოვანია შემდგომში სხვადასხვა ქცევის ჩამოყალიბებასა თუ ცვლილებასთან.

დღესდღეობით, ფსიქოაქტიური ნივთიერებების ავადმობმარება მსოფლიოში მზარდია, თუმცა ასევე მზარდია იმ საპასუხო მიდგომებზე მუშაობა და გამოყენება, რომელიც წამოლდამოკიდებულ პირებს და მათ მიკრო, მეზო, მაკრო გარემოს, (როგორც ფიზიკური ისე ფსიქიკური) ჯანმრთელობის მაჩვენებლების ხარისხის გაუმჯობესებისაკენ არის მიმართული. მიდგომები მოიცავს, ფსიქოლოგიურ, სოციალურ, ეკონომიკურ, სამედიცინო და კიდევ მრავალხმრივ მიდგომას.

მიუხედავად მრავალწლიანი მცდელობებისა, დღემდე ვერც ერთმა ქვეყანამ ვერ მოახერხა ნარკოტიკების მოხმარების სრული აღმოფხვრა ან ნარკოტიკებთან დაკავშირებული პრობლემების გადაჭრის ეფექტური გზების მოძიება. თუმცა, ზიანის შემცირების პრინციპების განხორციელებით ხდება ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებით გამოწვეული მავნე შედეგების თავიდან აცილება/მინიმუმამდე დაყვანა და ამ მოვლენის სრულად აღმოფხვრისთვის ხელსაყრელი ნიადაგის მომზადება.

რამდენიმე წლის წინ ჩატარებული კვლევა (Baramidze, L. and Sturua, L., 2009) ცხადყოფს, რომ საქართველოში ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლების რიცხვი არასახარბიელოა (დაახლოებით 40 ათასი). ქვეყანაში ეფექტურად განხორციელებულმა ზიანის შემცირებისკენ მიმართულმა პროგრამებმა შედეგი გამოიღო, რაც გამოიხატება იმაში, რომ აივ-ის გადაცემის მხრივ, თუ ათი წლის წინ დაახლოებით 70%-ს შეადგენდა, დღეს ეს რიცხვი 48%-მდეა შემცირებული. შეიქმნა ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭო და ჩამოყალიბდა სამუშაო ჯგუფები ეროვნული ანტინარკოტიკული სტრატეგიისა და სამოქმედო გეგმის შესამუშავებლად.

ინტენსიურად მიმდინარეობს მუშაობა მსოფლიოს წამყვან და ზიანის შემცირების სფეროში გამოცდილების მქონე ქვეყნებთან მუშაობა, მათ შორის აკადემიურ დონეზეც, რათა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებისგან გამოწვეული ზიანის შემცირება გახდეს უფრო მეტად ეფექტური. მიდგომებს შორის, აკადემიურ დონეს გამოვყოფ ცალკე, რადგან ამ ეტაპზე სოციალურ ჭრილში (სოციალური მუშაკი, აუთრიჩი, თემის წევრი/ლიდერი) იმ საკითხების მოგვარება, რომელიც დღემდე მიუღებელია საზოგადოებისთვის, ვფიქრობ, ყველაზე მნიშვნელოვანი იქნება.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ანტინარკოტიკული პოლიტიკა. (2013). Retrieved 2015, from საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო: <http://www.justice.gov.ge/Ministry/Department/308>
2. ეპიდსიტუაცია. (2015, ივნისი 20). Retrieved from ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი: http://aidscenter.ge/epidsituation_geo.html
3. ნარკომანიასთან ბრძოლის სტრატეგია. (2013). საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო . თბილისი. Retrieved from ნარკომანიასთან ბრძოლის სტრატეგია.
4. საქართველოს იუსტიციის სამინისტრო. (2012). Retrieved 2015, from ანტინარკოტიკული პოლიტიკა: <http://www.justice.gov.ge/Ministry/Department/308>
5. საქართველოს მთავრობის დადგენილება №342. (2014, მაისი 7). ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭოს დებულების. თბილისი.
6. საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულება №751. (2011, ნოემბერი 22). ნარკომანიასთან ბრძოლის უწყებათაშორისი საკოორდინაციო საბჭოს შემადგენლობისა და დებულების დამტკიცების შესახებ. თბილისი.
7. ჯავახიშვილი ჯ. (2010). ნარკოტიკების ავადმობმარების პრევენცია. თბილისი.
8. Baramidze, L. and Sturua, L. (2009). *Drug use among the general population and young people*. Retrieved 2015, from European Monitoring Centre For Drugs and Drug Addiction: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ge#gps>
9. Battjes, R. a. (1988). *Needle Sharing Among Intravenous Drug Abusers: National and International Perspectives*. Rockville.
10. Buning, E., Van Brussel, G., and Van Santen, G. (1990). The „methadone by bus“ project in Amsterdam. *British Journal of Addiction* .
11. Castro, F. G., Brook, J. S., Brook, D. W., & Rubenstone, E. (2006). Paternal, perceived maternal, and youth risk factors as predictors of youth stage of substance use: A longitudinal study. *Journal of Addictive Diseases* , 65–75.
12. Chakravarti, A. &. (2003). Nature, nurture and human disease. *Nature* , 412–414.
13. Childress, A. R. (2006). What can human brain imaging tell us about vulnerability to addiction and. *Guilford Press* .
14. Darryl S. Inaba,. (2014). *Uppers, Downers, All Arounders Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs*. Medford: CNS Publications, Inc.

15. Des Jarlais, D., Hagan, H., Friedman, S., (1998). Drug Injecting and HIV Infection: global dimensions and local responses. London.
16. EMCDDA. (1998). Retrieved 2015, from Standards and guidelines for practices: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/standards/prevention>
17. Glantz, M. D. (2010). Vulnerability to Drug Abuse; Biobehavioral Research Approaches to Drug Abuse Etiology; Resilience and Development: Positive Life Adaptations. Washington, D.C.
18. Grinspoon, L. & Bakalar, J.B. (1990). Drug abuse and dependence. The Harvard Medical School Mental Health Review Monograph.
19. Heather, N. a. (1993). Psychoactive Drugs and Harm Reduction. London.
20. Julien, R. A. (2010). A Primer of Drug Action: A comprehensive guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs.
21. Kauffman, J. S. (1992). The biological basics: drugs and their effects. In T.Bratter, S. Davidson & G. Forrest (Eds.)Current treatment of substance abuse and alcoholism.
22. Koester, S. (1992). New York.
23. Koob, G., & LeMoal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of*, 29–53.
24. Koob, G., & LeMoal, M. (2006). Neurobiology of addiction. London: Elsevier Academic.
25. Leshner, A. I. (1997). Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science* , 45-47.
26. Llewellyn, W. (2010). ANABOLICS.
27. Lubman, D. I., Yucel, M., & Pantelis, C. (2004). Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction* , 1491–1502.
28. Markou, A., Kosten, T. R., & Koob, G. F. (1998). Neurobiological similarities in depression and. *Neuropsychopharmacology* , 135–174.
29. Marsolek, M., White, N., & Litovitz, T. (2010). *Inhalant abuse: Monitoring trends by using poison control data, 1993–2008*.
30. McCusker, C. G. (2001). Cognitive biases and addiction: an evolution in theory and method. *Addiction* , 47–56.
31. McKim, W. (2003). Drugs and Behaviour: An Introduction to Behavioural Pharmacology.

32. Mills, K. L. (1985). *Developing countries, health, and health economics*. Oxford.
33. Moffitt, T. E. (2003). *Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda*. New York.
34. Nash, S. G. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: An examination of mediating and moderating effects. *Journal of Child and Family Studies* , 509–528.
35. O'Hare, P. A. (1992). *The Reduction of Drug Related Harm*. London.
36. Olds, J. (1956). Pleasure Centers' in the Brain. *Scientific American* , 105-116.
37. Parrott, A. M. (2004). *Understanding Drugs and Behaviour*.
38. Rhodes, T. a. (1992). *Outreach as a strategy for HIV prevention: aims and practice*. Oxford.
39. Rhodes, T. (1994). *Outreach, community change and community empowerment: Contradictions for public health and health promotion*. London.
40. Rhodes, T. (1994). Outreach, peer education and community change: developments and dilemmas. *Health Education Journal* , 92-99.
41. Rhodes, T. (1993). Time for community change: What has outreach. *Addiction* .
42. Scheier, L. M. (2010). *Social-cognitive models of drug use etiology*. Washington, D.C.
43. Sirbiladze T., T. L. (2012). *Estimating the Prevalence of Injection Drug Use in Georgia*. Tbilisi.
44. Stimson GV et al. (2010). *Three Cents a Day Is Not Enough. Resourcing HIV-Related Harm Reduction on a Global Basis*. London.
45. Stroop, J. R. (1935). *Journal of Experimental Psychology. Classics in the History of Psychology* , 643-662.
46. Tarter, R. E. (2002). Etiology of adolescent substance abuse: A developmental perspective. *American Journal of Addiction* , 171–191.
47. Vaughn, M.G. & Perron, B.E. (2013). *Contemporary Social Work Practice*. In *Social Work Practice in the Addictions*. New York.
48. Volkow, N. D. (2003). The addicted brain: Why such poor decisions? *NIDA Notes* , 1–15.