

Влатко Деков  
Лилјана Игњатова

**ВОДИЧ ЗА  
ТРЕТМАН И ЗА ГРИЖА НА ДЕЦАТА  
КОИ УПОТРЕБУВААТ ДРОГИ**



**ХОПС**  
ОПЦИИ ЗА ЗДРАВ ЖИВОТ СКОПЈЕ

Скопје, 2014 година

**Издавачи**

Здружение ХОПС-Опции за здрав живот Скопје

**За издавачите**

Христијан Јанкулоски, извршен директор, Здружение ХОПС-Опции за здрав живот Скопје

**Наслов**

Водич за третман и за грижа на децата кои употребуваат дроги

**Автори**

Влатко Деков  
Лилјана Игњатова

**Лектура**

Весна Костоска

**Дизајн**

Screaming Snails Production (SSP)

**Печати**

POLYESTERDAY DIGITAL IMAGING

**Цитирајте ја оваа публикација на следниов начин:**

Деков, Влатко и Игњатова, Лилјана. Водич за третман и за грижа на децата кои употребуваат дроги. Скопје: Здружение ХОПС – Опции за здрав живот Скопје, 2014.

CIP - Каталогизација во публикација

Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје

364.692:615.212.7-053.5/.6(036)

613.83-053.5/.6:364.4(36)

ДЕКОВ, Влатко

Водич за третман и за грижа на децата кои употребуваат дроги /

Влатко Деков, Лилјана Игњатова. - Скопје : ХОПС - опции за здрав живот, 2014. - 32  
стр. : илустр. ; 30 см

Фусноти кон текстот. - Библиографија: стр. 31. - Содржи и: Анекс

ISBN 978-608-4701-08-8

1. Игњатова, Лилјана [автор]

а) Деца кои употребуваат дроги - Третман - Водичи

COBISS.MK-ID 95904266



## Признание

Овој Водич е резултат на иницијативата на Здружението ХОПС – Опции за здрав живот Скопје за воведување третман за децата кои употребуваат дроги, а реализиран со финансиска поддршка од Фондацијата „Отворено општество“ Македонија.

Посебна заслуга за изработката на овој извештај имаат:

д-р Аспазија Софијанова, директорка на Универзитетска клиника за детски болести, Ирена Тодороска, раководителка на Одделението за социјално вклучување при Министерството за труд и социјална политика, д-р Наташа Симоновска од ЈЗУ Клиника за токсикологија, д-р Насер Дурмиши од Универзитетска клиника за психијатрија, како и Вања Димитриевски, Наташа Бошкова и Хајди Штерјова Симоновиќ од ХОПС - Опции за здрав живот Скопје, чии сугестии помогнаа за финалната верзија на овој Водич

## РЕЗИМЕ

Употребата на дроги меѓу децата<sup>1</sup> во Македонија е проблем кој е сè повидлив и кој бара сериозен пристап и многу брза реакција како на професионалците кои работат на ова поле така и на носителите на одлуки во воспоставувањето на промени во здравствениот и во системот на социјалната заштита. Она што е клучно во овој момент е надлежните министерства, пред сè, Министерството за здравство и Министерството за труд и социјална политика заеднички да работат на отворање програми за третман и за грижа на децата кои употребуваат дроги. Вакви програми во овој момент не постојат во Република Македонија.

Овој Водич е наменет, пред сè, за професионалците вклучени во третманот и кои се грижат за децата кои употребуваат дроги, но исто така има цел да даде насоки за креирање на политиките поврзани со третманот и со грижата на децата кои употребуваат дроги, па затоа него можат да го користат и носителите на одлуки.

Насоките дадени во Водичот се однесуваат на сите видови програми за третман и за грижа на децата кои употребуваат дроги, вклучувајќи ги и програмите за ресоцијализација и за рехабилитација. Најдобро е овие програми да бидат комплементарни и што повеќе услуги да се добијат на едно место. Исто така е потребно да се формира функционален систем за соработка и за препраќање.

### *Легални и етички аспекти:*

1. За успешен третман на децата примарно е вклучување на родителите и на семејството. Сепак во одделни случаи вклучување на семејство-то/старателот, како и обезбедување на согласност од нив нема да биде возможно. Според експертите од НТА - Англиската агенција за третман на злоупотреба на дроги, во случаите кога децата не сакаат нивните родители/старатели да знаат дека тие бараат асистенција и помош поради употреба на дроги, и тоа е за нивен најдобар интерес, тогаш нивната желба треба да се земе предвид и третманот да го добиваат во потполна анонимност и доверливост (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2007). Ова прашање подетално треба да се уреди со националните протоколи за третман. Во случаите кога на третман треба да биде примено дете кое потекнува од нефункционално семејство, тимот треба да го пријави случајот во Центарот за социјална работа кој ќе процени дали е потребно одземање на стрателството на родителите и одредување на друг старател.
2. За малиот број на деца за кои е потребен хоспитален третман, треба да се обезбедат безбедни резиденцијални услови. Хоспитализацијата е 24-часовна интензивна медицинска, психијатриска и психосоцијална грижа која се спроведува во резиденцијални услови. Ваквиот третман вообичаено треба да трае 6 до 14 дена, односно што е можно пократко (Nesrin Diblas, Vincent Hendriks, 2006).
3. Супституциски третман за лица под 18 години треба да биде воведен само од страна на специјалист психијатар.

### **Видови третмани**

Програмите за третман и за грижа можат да бидат различни. Според третманскиот амбиент и видот на третманот можат да бидат:

1. Амбулантски програми за третман;
2. Болнички/резиденцијални програми за третман.

<sup>1</sup> Во согласност со член 1 од Конвенцијата за правата на децата, во овој документ под терминот деца се подразбираат сите лица под 18-годишна возраст.

Овие програми можат да бидат за:

- детоксикација која нормално завршува за 6 до 14 дена и содржи 24-часовна интензивна медицинска и психолошка грижа;
  - психосоцијална рехабилитација и социјална реинтеграција, како терапевска заедница која, пред сè, е наменета за деца со повеќе проблеми и третманот може да трае од 3 до 18 месеци;
3. Програми кои користат лекови при третман (супституциска терапија, антидепресиви, психостабилизатори, психомоторни стимуланти);
4. Програми за континуирана грижа. Овие програми се клучни и во голема мера успехот на третманот ќе зависи од нивната достапност. Имено, периодот по завршување на кој било третман е период со висок ризик за рецидив, затоа е потребна продолжена, континуирана грижа по завршувањето на секој третман. Вакви програми можат да бидат групи за самопомош, групи за личен развој, групи за превенција на рецидиви, АА и НА групи (алкохол и наркотикс анонимус групи), групи за професионален и за личен развој, програми за домување и сл. (Jolanta Lazunga-Koczurowska, Piotr Jablonski, Toni Berthel, 2006).

## Процена

При првиот контакт со детето се врши сеопфатна проценка со која треба да се одредат: острината на зависноста, ризик-факторите, коморбидните психи-јатриски растројства и други проблеми. Децата треба да добијат третман и интервенции веднаш по процената.

## План за третман

При приемот на третман, без оглед дали станува збор за медицински, психосоцијален или комбиниран третман, целиот тим заеднички подготвува план за третман. Во подготовката на планот учествува и детето кое се прима на третман, како и неговите родители, односно старател кога е тоа возможно.

Во планот јасно се дефинира кој член од тимот ќе биде ментор на детето кој ќе овозможува третманот да биде координиран низ програмите и организациите/институциите, и чии надлежности му се познати и на детето и на сите оние кои се вклучени во третманот.

## Функционален систем за соработка и за препраќање

За поддршка на придобивките од третманот, децата и нивните родители/старатели во согласност со потребите треба да се препраќаат во соодветните програми на институциите, како и локалните здруженија на граѓани, групи на врсници, групи за самопомош, вклучувајќи ги и културно специфичните групи и организации. Затоа е потребно креирање на соодветна мрежа на организации и институции кои работат со деца.

## Трансфер од програма за деца во програма за возрасни

Програмите за деца треба да бидат одвоени од програмата за возрасни и да овозможуваат тие да не доаѓаат во контакт со возрасните корисници.

За оние деца кои се приближуваат кон возрасниот лимит на програмата (на пример, пополнуваат 18 години и треба да преминат во програма за возрасни) потребно е да се направи заеднички план за трансфер во програма за возрасни, кој ќе опфати период од 6 месеци (Gilvarry et al. 2012). Сепак треба да постои можност трансферот да не биде направен во овие 6 месеци. Тимот врз основа на проценка може да одлучи лицето да остане подолго време во програмата за малолетни и покрај неговата полнолетност ако тоа е во најдобар интерес за него.

## Содржина

РЕЗИМЕ	5
ВОВЕД	8
ПОСТОЕЧКИ ПОДАТОЦИ	9
Епидимиолошки податоци	9
Здруженија на граѓани	11
ВОДИЧ	13
ТРЕТМАНСКИ МОДЕЛИ	14
ПРИСТАП ДО ПРОГРАМИТЕ	15
Прв контакт – процена	15
Сеопфатен модел за процена	15
Професионалци кои се вклучени во процената	16
ИНТЕГРИРАН ПЛАН ЗА ТРЕТМАН	18
ФУНКЦИОНАЛЕН СИСТЕМ ЗА СОРАБОТКА И ЗА ПРЕПРАЌАЊЕ	22
ПСИХОСОЦИЈАЛЕН ТРЕТМАН	23
ФАРМАКОЛОШКИ ТРЕТМАН	23
ОСНОВНИ НАСОКИ ЗА ТИМОВИТЕ КОИ ГИ СПРОВЕДУВААТ ПРОГРАМИТЕ ЗА ТРЕТМАН И ЗА ГРИЖА	26
ТРАНСФЕР ОД ПРОГРАМА ЗА ДЕЦА ВО ПРОГРАМА ЗА ВОЗРАСНИ	29
ОЦЕНА НА ПРОГРАМАТА ОД КОРИСНИЦИТЕ	30
БИБЛИОГРАФИЈА	31
АНЕКС 1	33

## ВОВЕД

Употребата на дроги меѓу децата<sup>1</sup> во Македонија е проблем кој е сè повидлив и кој бара сериозен пристап и многу брза реакција како на професионалците кои работат на ова поле така и на носителите на одлуки во воспоставувањето на промени во здравствениот и во системот на социјалната заштита. Промени кои историски гледано бараат политичка волја и финансиски средства. Затоа овој Водич има цел да биде иницијална точка за овие промени да почнат да се реализираат. Она што е клучно во овој момент е надлежните министерства, пред сè, Министерството за здравство и Министерството за труд и социјална политика заеднички да работат на отворање на програми за третман и за грижа на децата кои употребуваат дроги бидејќи во согласност со член 33 од Конвенцијата за правата на детето државата е должна да ги преземе сите соодветни мерки вклучувајќи ги правните, административните, општествените и образовните за да ги заштитат децата од незаконска употреба на наркотици и психотропни супстанции (UN, 1989). Својата загриженост во однос на немањето на можност за рехабилитација на лицата под 18-годишна возраст ја изразува и Комитетот за заштита на правата на детето, па во препораките за Република Македонија препорачува развивање на превентивни мерки и служби за рехабилитација за децата кои употребуваат дроги (Димитриевски, В, Бошкова, Н, 2013).

Водичот е наменет, пред сè, за професионалците вклучени во третманот и кои се грижат за децата кои употребуваат дроги, но исто така има цел да даде насоки за креирање на политиките поврзани со третманот и со грижата на децата кои употребуваат дроги, па затоа него можат да го користат и носителите на одлуки.

Децата употребуваат дроги поради најразлични причини, но не сите ќе станат зависни. Како и да е, континуираната употреба на дроги може да доведе до пречки во развојот на децата, проблеми со семејството, пријателите и пошироката околина, проблеми со законот итн. Тоа всушност значи дека ќе треба да развиеме програми кои овозможуваат широк спектар на активности: од универзална и селективна превенција за специфични групи и/или групи кои се изложени на ризик преку раното откривање со брза интервенција до кратки интервенции, долгорочни лекувања, подоцнежна грижа, реинтеграција и рехабилитација. Со цел да се намалат здравствените и социјалните ризици на лицата зависни од дрога потребно е лекување врз основа на докази, социјална грижа и реинтеграција.

Националната стратегија за дроги на Република Македонија 2006-2012 ја зема предвид возраста при лекувањето и социјалната помош и реинтеграција. „Лекувањето на лица зависници од дрога треба да биде во согласност со научни и експертски потврдени терапевтски постапки и приспособено кон специфичните потреби на одредени целни групи, чувствителни кон род и возраст, со претставување на многу терапевтски модели според медицина која се заснова врз докази.“ (Министерство за здравство, 2007).

---

1 Во согласност со член 1 од Конвенцијата за правата на децата, во овој документ под терминот деца се подразбираат сите лица под 18-годишна возраст.



## ПОСТОЕЧКИ ПОДАТОЦИ

Ако се има предвид дека во Македонија не постои добра статистика и процени за вкупниот број на лица кои користат дроги, вклучително и структурата на тие лица според возраста, при описот на ситуацијата со деца кои употребуваат дроги ни останува да користиме податоци од истражувањето на ЕСПАД, епидемиолошките податоци од постоечките програми на здравствени институции, како и податоците од социјалните институции и здруженијата на граѓани кои работат на ова поле.

Според истражувањето ЕСПАД (Ончева, 2012), направено во градот Скопје во 2012 година помеѓу 1146 ученици од 20 средни училишта на возраст од 16 години, се добиени следниве резултати:

### *Употреба на марихуана*

8,7% изјавиле дека имаат користено марихуана во текот на животот, а 6,7% користеле во последните 12 месеци и 3,9% во последниот месец.

### *Употреба на екстази*

3,75% испитаници изјавиле дека имаат користено екстази во текот на животот, 1,6% во текот на последната година и 0,96% во последниот месец.

### *Употреба на инхаланти*

2,18% од испитаниците изјавиле дека имаат користено инхаланти во текот на животот, 1,5% во текот на последната година и 0,96% во последниот месец.

### *Употреба на останати видови дроги во текот на животот*

Амфетамини – 1%, ЛСД 0,8%, кокаин 0,8%, хероин 0,9%, алкохол со таблети 1,8%.

Дроги инјектирале 0,6%.

## Епидемиолошки податоци

Според податоците од центрите за превенција и за третман на лица кои употребуваат дроги, во последниве 3 години ниедно лице под 18 години не било на лекување со метадон и бупренорфин. Сепак, на Клиниката за токсикологија во периодот 2001 – 2005 година од вкупно 1436 интервенции при предозирање, 606 или 42,2% се интервенции кај деца, односно на возраст помала од 18 години (ХОПС, 2006).

Во периодот јануари 2005 – април 2012 година, на Одделот за деца и адолесценти при Универзитетската клиника за психијатрија во Скопје биле хоспитализирани вкупно 38 млади лица кај кои имало коморбидна употреба на дроги. 22 од нив биле малолетни лица, а 16 биле на возраст од 18 години. Од нив 15, односно 39% се од женски пол.

Возраст во години	Број на пациенти
18	16
17	7
16	7
15	3
14	5
<b>Вкупно</b>	<b>38</b>

*Табела 1.*

Број на хоспитализации реализирани во Универзитетската клиника за психијатрија, Оддел за деца и адолесценти во периодот од јануари 2005 до април 2012<sup>1</sup> година

1 Извор: Drug use among youngster under 18 and treatment system overview for young drug users in the Macedonia, Ignjatova, Raleva, SEE Cooperation meeting Belgrade 14-15 July, 2012.

Табела 2.

Број на малолетни пациенти третирани поради употреба на дроги во рамките на Институтот за ментално здравје на деца и адолесценти „Младост“ Скопје во 2011 година<sup>1</sup>.

Возраст во години	Број на пациенти	Пол	Супстанција	Коморбидитет
17	4	ж	Опиоиди	Адолесцентна криза
15	3	м	Повеќе дроги	Адолесцентна криза, дисфункционално семејство
15	1	м	Алкохол	Нервоза
Вкупно	<b>3</b>			

- Клиниката за педијатрија има третирано едно машко лице на возраст од 15 години поради употреба на хероин и соматски проблеми поврзани со употреба на дроги.

### Број на деца кои употребуваат дроги во воспитно-поправни домови во 2011 година

- Во Воспитно-поправниот дом „Тетово“, кој привремено се наоѓа во Велес, во 2011 година биле регистрирани 13 млади корисници на дроги од кои 7 биле деца. 4 користеле канабис, а 3 хероин<sup>2</sup>.

### Број на деца кои употребуваат дроги во рамките на социјалните сервиси во 2011 година

- Одделението за социјално вклучување при Министерството за труд и социјална политика во 2011 година има евидентирано 20 деца кои употребуваат дроги во градот Скопје<sup>3</sup>. 3 од нив се женски и 14 или 70% употребуваат хероин, додека останатите инхаланти.
- Во Јавната установа за згрижување, воспитување и образование на деца и адолесценти „Ранка Милановиќ“ Скопје досега се евидентирани вкупно 15 деца кои употребуваат дроги. Сите се машки, и од нив 8 користат канабис и метадон, а останатите 7 користат хероин.

1 Извор: Drug use among youngster under 18 and treatment system overview for young drug users in the Macedonia, Ignjatova, Raleva, SEE Cooperation meeting Belgrade 14-15 July, 2012.

2 Извор: Drug use among youngster under 18 and treatment system overview for young drug users in the Macedonia, Ignjatova, Raleva, SEE Cooperation meeting Belgrade 14-15 July, 2012.

3 Извор: Drug use among youngster under 18 and treatment system overview for young drug users in the Macedonia, Ignjatova, Raleva, SEE Cooperation meeting Belgrade 14-15 July, 2012.

Возраст	Број	Вид дрога
13	4	<i>Канабис, метадон</i>
14	3	<i>Канабис, метадон</i>
17	1	<i>Канабис, метадон</i>
14	3	<i>Хероин</i>
17	4	<i>Хероин</i>
Вкупно	<b>15</b>	

Табела 3.

Број на малолетни корисници на дроги во Јавната установа за згрижување, воспитување и образование на деца и адолесценти „Ранка Милановиќ“ Скопје<sup>1</sup>.

### Здруженија на граѓани

ХОПС – Опции за здрав живот Скопје во периодот од 1999 година, заклучно со 31.12.2013 година, во базата на податоци има евидентирано вкупно 44 лица кои во времето на првиот контакт биле деца, односно под 18 години. ХОПС, исто така, контактира и им дава услуги преку родителите на деца кои употребуваат дроги или лепак. Овие деца не се евидентирани во базата на податоци како посебни клиенти. Бројот на овие деца е седум, 4 женски и 3 машки. Вкупниот број на деца кои употребуваат дроги со кои ХОПС остварил контакт до завршувањето на овој документ изнесува 51 лице.

Возраст при прв контакт	Број на деца
17	18
16	6
15	7
14	5
13	4
12	1
11	3
Вкупно	<b>44</b>

Табела 4.

Број и возраст на деца кои употребуваат дроги регистрирани од Здружението на граѓани ХОПС – Опции за здрав живот Скопје.

1 Извор: Drug use among youngster under 18 and treatment system overview for young drug users in the Macedonia, Ignjatova, Raleva, SEE Cooperation meeting Belgrade 14-15 July, 2012.

Според извештаите на ХОПС, во 2011 година се контактирани 15 различни деца кои употребуваат дроги на возраст од 5 до 16 години, и тоа 11 машки, 4 женски. Според податоците од 2011 година, 2 лица починале, а 2 лица биле во Воспитно-поправниот дом „Тетово“, моментално лоциран во Велес, 1 во Јавна установа за згрижување на деца со воспитно-социјални проблеми „25-ти мај“ Скопје и 1 дете е сместено на Клиниката за педијатрија во Скопје. Според видот на дрога која ја користат, 3 употребуваат лепак, 12 редовно употребуваат хероин, а повремено користат лепак, метадон и бензодиазепини. Во 2012 година ХОПС исконтактирал со 9 различни деца кои употребуваат дроги на возраст од 5 до 17 години, и тоа пет женски и четири машки. Во текот на 2012 година едно лице починало. Според видот на дрогата која ја користат, 3 употребуваат лепак, 6 редовно употребуваат хероин, а повремено користат лепак, метадон и бензодиазепини (Македонска национална коалиција на невладини организации за правата на детето, 2013).

## ВОДИЧ

Насоките дадени во овој дел се однесуваат на сите видови програми за третман и за грижа на децата кои употребуваат дроги вклучувајќи ги и програмите за ресоцијализација и за рехабилитација. Најдобро е овие програми да бидат комплементарни и што повеќе услуги да се добијат на едно место. Исто така е потребно да се формира функционален систем за соработка и за препраќање.

### Принципи

Основните принципи што треба да ги почитуваат програмите за третман и за грижа на децата кои употребуваат дроги се:

1. Специфичност - насочени кон потребите на децата/младите.  
Програмите треба да ги следат специфичните потреби на децата, нивната возраст и зрелост, да го олеснуваат пристапот до услугите и да ги вклучуваат и нивните родители / старатели во третманот. Потребите на многу деца имплицираат да се понудат услуги специфични за дрогата која ја употребуваат, како и услуги кои се специфични за возраста.
2. Сеопфатност  
Сеопфатноста е од суштинско значење и затоа е потребен цел спектар на интервенции поврзани со дрогата за да се исполнат потребите на децата (едукација за дрога, превенција и третман).
3. Компетентност  
Постојат комплексни правни и етички прашања за обезбедување на третман со лекови за деца. Давателите на услуги треба да бидат свесни за законските барања, прашањата за заштита на правата на децата, процедурите за доверливост и други прашања. Персоналот треба да биде компетентен за работа со деца и да имаат пристап до релевантна експертиза во однос на употребата на супстанции (Department of health and children, September 2005).
4. Флексибилност  
Флексибилноста во спроведувањето на третманот и грижата за децата кои употребуваат дроги е од суштинско значење. Имено, честопати децата треба да добиваат интервенција и грижа не само во центрите за лекување туку и во нивните домови, здруженија на граѓани, младински центри итн.

### *Легални и етички аспекти:*

1. За успешен третман на децата примарно е вклучување на родителите и на семејството. Сепак во одделни случаи вклучувањето на семејството/старателот, како и обезбедувањето на согласност од нив нема да биде возможно. Според експертите од НТА – Англиската агенција за третман на злоупотреба на дроги, во случаите кога децата не сакаат нивните родители/старатели да знаат дека тие бараат асистенција и помош поради употреба на дроги, и тоа е за нивен најдобар интерес, тогаш нивната желба треба да се земе предвид и третманот да го добиваат во потполна анонимност и доверливост (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2007). Ова прашање подетално треба да се уреди со националните протоколи за третман. Во случаите кога на третман треба да биде примено дете кое потекнува од нефункционално семејство, тимот треба да го пријави случајот во Центарот за социјална работа кој ќе процени дали е потребно одземање на стрателството на родителите и одредување на друг старател.
2. За малиот број на деца за кои е потребен хоспитален третман, треба да се обезбедат безбедни резиденцијални услови. Хоспитализацијата е 24-часовна интензивна медицинска, психијатриска и психосоцијална грижа која се спроведува во резиденцијални услови. Ваквиот третман вообичаено треба да трае 6 до 14 дена, односно што е можно пократко (Nesrin Diblas, Vincent Hendriks, 2006).
3. Супституциски третман за лица под 18 години треба да биде воведен само од страна на специјалист психијатар.

## ТРЕТМАНСКИ МОДЕЛИ

**Според кадарот кој работи во програмите за третман и за грижа, третманските модели можат да бидат:**

1. Програми без специјалист (нема специјалист од областа на ментално здравје на деца и на адолесценти, ниту специјалист од областа на зависност);
2. Програми со еден специјалист: од областа на ментално здравје на деца и на адолесценти или специјалист од областа на зависност;
3. Програми со специјалисти од двете области, односно мултидисциплинарни тимови кои опфаќаат персонал со специјалност за адолесцентна зависност;
4. Програми кои имаат специјалистичка експертиза во двете области, менталното здравје на деца и на адолесценти и зависноста, и имаат капацитет да даваат кратко, но многу интензивно лекување, пример болничко и дневно-болничко лекување.

Во рамките на оваа целокупна структура од суштинско значење е тесната соработка помеѓу четирите модели за третман на деца кои употребуваат дроги. Детето ќе напредува преку различни нивоа, во зависност од неговата / нејзината состојба и потреба за третман (Department of health and children, 2005).

**Програмите за третман и за грижа според третманскиот амбиент и видот на третманот можат да бидат:**

1. Амбулантски програми за третман;
2. Болнички/резиденцијални програми за третман.  
*Овие програми можат да бидат за:*
  - а. детоксикација која нормално завршува за 6 до 14 дена и содржи 24-часовна интензивна медицинска и психолошка грижа;
  - б. психосоцијална рехабилитација и социјална реинтеграција, како терапевска заедница која, пред сè, е наменета за деца со повеќе проблеми и третманот може да трае од 3 до 18 месеци;
3. Програми кои користат лекови при третман (супституциска терапија, антидепресиви, психостабилизатори, психомоторни стимуланти);
4. Програми за континуирана грижа. Периодот по завршување на кој било третман е период со висок ризик за рецидив, затоа е потребна продолжена, континуирана грижа по завршувањето на секој третман. Вакви програми можат да бидат групи за самопомош, групи за личен развој, групи за превенција на рецидиви, АА и НА групи (алкохол и наркотикс анонимус групи), групи за професионален и за личен развој, програми за домување и сл. (Jolanta Lazunga - Koczurowska, Piotr Jablonski, Toni Berthel, 2006).

## ПРИСТАП ДО ПРОГРАМИТЕ

Програмите за деца треба да исполнуваат повеќе критериуми кои ќе овозможат пристапност и ќе бидат прифатени од децата.

- Програмите треба да бидат специфични за деца. Тие треба да бидат одделени од програмите за возрасни, односно да овозможат младите да не доаѓаат во контакт со возрасните корисници од програмите за возрасни (Brighton and Hove Community Safety Partnership, 2013);
- да бидат локални и лесно пристапни;
- да имаат повеќе услуги достапни на самото место и
- да имаат можност да понудат проценка, третман и грижа (Department of health and children, 2005).

### Прв контакт – проценка

Процената е процес за дефинирање на природата на проблемот и развивање на специфични препораки за третман за решавање на проблемот. Таа е сеопфатен процес кој опфаќа широк спектар на биопсихосоцијални компоненти. Процената вклучува клинички испитувања на функционирањето и состојбата на детето, како и многу тестови, писмени и уснени вежби.

Информациите треба да се состојат од податоци за три категории – семејство, употреба на супстанции и психичка состојба.

Семејство – информации за: семејно насилство, историја на траума, психички статус, проблеми со законот, финансиска состојба, здравствена состојба, образование, домување, вработување.

Употреба на супстанции – потребни се информации за возраста на прва употреба, прва употребена супстанција, начин на употреба, лекувања поради употреба на супстанција и семејна историја за зависност.

Психичката состојба – потребни се информации за психички болести во семејството, психички проблеми кај клиентот, дијагнози, хоспитализации или друг третман, сегашни симптоми и сегашен психички статус, употреба на лекови и придржување на препораките за употреба на лековите.

### Сеопфатен модел за проценка

Со процената треба да се одреди острината на зависноста, ризик - факторите, коморбидните психијатриски растројства и други проблеми.

Методите кои се користат се: интервју и прашалници за самопол-нување, опсервација и лабораториски тестови.

При процената како извор на информации треба да се користат: родители, наставници, врсници, возрасни пријатели, претставници од училиште, адвокати, социјални работници, стручни лица кои претходно правеле проценка или го третирале, односно се запознаени со ситуацијата на детето. Пишаните извештаи или евиденцијата од училиштето, од институции каде што претходно било третирано, како и од затворите за деца, се исто така корисни. За да ги намалат или елиминираат можностите за неточна проценка, проценувачите треба да користат повеќе извори за информација. Затоа добро е процената и дијагнозата да се направат врз база на повеќе извори за информација за да се предвиди и план за третман адекватен на состојбата.

Вообичаено децата самоиницијативно и по своја волја не бараат помош поврзана со нивната употреба на дрога, туку тие се принудени да дојдат во сервисите најчесто од нивните родители. Затоа не ретко тие го негираат или минимализираат проблемот со употреба на дрога или при првите контакти манифестираат отпор кон терапевтот, институцијата, третманот и сл. Во таквите случаи процената треба да започне најпрво со справување со негацијата, минимализацијата и отпорот на адолесцентот.

### Целите на сеопфатна проценка се:

1. Да ги идентификува децата на кои им е потребен третман;
2. Да процени дали постои употреба или зависност од супстанција, да ја процени острината на зависност и да ги определи специфичните потреби за третман на детето;
3. Да научи повеќе за природата, релациите и последиците од однесувањето поврзано со употребата на дрога;
4. Да ги идентификува проблемите поврзани со медицинскиот статус, психолошкиот статус, социјалното функционирање, семејните релации, достигнувањата во училиште, исхраната и деликвентното однесување;
5. Да ги испита можноста и подготвеноста за вклучување на семејството во процената и во можните интервенции;
6. Да ги идентификува специфичните јаки страни на детето, семејството и друга социјална поддршка кои можат да се употребат во развивање на планот за третман;
7. Да се состави пишан извештај кој:
  - ја идентификува и точно ја дијагностицира острината на употребата на супстанцијата;
  - ги идентификува факторите кои придонесуваат за растројството од употреба на супстанција;
  - го идентификува планот за третман за овие проблеми;
  - деталзира план кој ќе осигури планот за третман да се имплементира и следи до негово завршување;
8. Да дава препораки за препраќање во други програми за третман на зависноста или други придружни проблеми.

Во зависност од фазата на употребата на дрога, стручните лица треба да преземат соодветна интервенција. Предложените интервенции за секоја фаза се детално дадени во анекс 1.

### Професионалци кои се вклучени во процената

Проценувачите треба да бидат добро обучени професионалци како: психијатри, психолози, училишни психолози и социјални работници кои имаат искуство за работа со деца, кои употребуваат дрога. Едно лице треба да биде одговорно за собирање и за интерпретирање на податоците од процената. Проценувачот треба да е вклучен од самиот старт на процената до третман и треба да учествува во планирање на третманот. Тој треба да осигури детето да ги добие сите услуги кои му се потребни.

Инструменти (прашалници и интервјуа) кои се користат за проценка се: Teen ASI (Teen Addiction Severity Index; Kaminer et al. 1989; 1991; 1993); ADAD (Adolescent Drug Abuses Diagnosis, Frideman & Utada. 1989); PEI (Personal Experience Inventory, Winters & Henly. 1989); GAIN (Global Aparisal of Individual Needs, Dennis. 1998, 2000, 2003); ADI (Adolescent Diagnostic Inerview, Winters & Henly. 1993) и др. (Nesrin Diblas, Vincent Hendriks. 2006).



Графикон 1.

Проверка / скрининг и процена (Преземено од: Council of Europe, Young People and Drugs, Care and Treatment. 2006: 113)



## ИНТЕГРИРАН ПЛАН ЗА ТРЕТМАН

При приемот на третман, без оглед дали станува збор за медицински, психосоцијален или комбиниран третман, целиот тим заеднички подготвува план за третман. Во подготовката на планот учествува и детето кое се прима на третман, како и неговите родители, односно старател кога е тоа возможно. Планот вклучува дали детето сака и на кој начин би сакало неговите родители, старатели или друг член на семејството да бидат вклучени во неговиот третман.

Во планот јасно се дефинира кој член од тимот ќе биде ментор на детето кој ќе овозможува третманот да биде координиран низ програмите и организациите/институциите, и чии надлежности му се познати и на детето и на сите оние кои се вклучени во третманот.

Планот за третман треба да одговори на потребите на детето, земајќи ги предвид неговото физичко и ментално здравје, неговите лични, општествени, економски и образовни околности, како и неговото етничко, културно и родово потекло.

Исто така важно е да се посвети внимание на културата, верувањата и убедувањата на детето и неговото семејство во сите аспекти на планот за третман.

### **Плановите за третман на деца треба да се сеопфатни и ефикасно координирани за да ги задоволат нивните потреби.**

1. За секое дете кое се прима на третман треба да биде изработен пишан план за третман кој ги содржи сите планирани интервенции.
2. Планот треба да е надгледуван од страна на професионалец кој има вештини да обезбеди сеопфатен пристап на потребите на детето идентификувани со процената.
3. Планот за третман треба да се развива во соработка со детето и вклучува дали и како тоа би сакало неговите родители, старатели или друг член на семејството да бидат вклучени во неговиот третман.
4. Планот за третман треба да ги бележи договорените цели на младото лице и посакуваните резултати.
5. Планот треба да го опфаќа целиот период на третман, вклучувајќи пост третман, планови за префрлање во друга програма, како и активностите за блиска соработка со семејството, образованието и други соодветни области.
6. Планот треба да поддржува вклучување на родители/старатели во неговата подготовка, како и негово разгледување за евентуална промена.
7. Планот треба да ги истакнува активностите договорени со други служби и организации за да обезбеди исполнување на потребите на детето за образование, вработување, домување и социјална заштита.
8. Планот треба да ги содржи сите области, институции и организации со капацитет и подготвеност за поддршка на планираните интервенции (на пример, персоналот може да разговара со училиштата, со здруженија на граѓани, со социјални сервиси за поддршка итн.).
9. Треба да се водат писмени белешки за сите професионални дисциплини и за сите организации / институции кои заеднички се договараат за плановите за третман и кои треба да ги исполнат идентификуваните потреби на детето.
10. Младите луѓе треба да имаат одговорен професионалец/ментор кој обезбедува нивниот третман да биде координиран низ програмите и организациите/институциите, и чии надлежности му се познати и на детето и на сите оние кои се вклучени во третманот (Gilvarry et al. 2012).

Табела 5.

План за третман (модификувана верзија на табела преземена од National Treatment Agency for Substance Misuse. Assessing young people for substance misuse. February 2007:16-17)

Цел	Активност	Одговорно лице	Индикатор за промената	Време за проверка
Да се намали ризикот од инјектирање	Да се едуцира и информира за ризикот од инјектирање, да се препрати во програма за намалување на штети.	Н.Н.	Инјектирањето не се врши ризично. Лицето посетува програма за намалување на штети.	1 недела
Воведување на третман со бупренорфин/ метадон	Почеток на терапијата и титража според потребите	Д-р М.М.	Супевизија на употребата на лекот секој ден.	2 недели
Престанок на инјектирање	Клиентот да се мотивира да престане да инјектира со воведувањето на третман.	Клиент	Намалување на потребата за приборот за инјектирање.	3 недели
Стабилизирање на терапијата – бупренорфин / метадон	Одржување на дозата откако вистинската доза е одредена.	Д-р М.М.	Супевизија на употребата на лекот секој ден.	8 недели
Намалување на употребата на хероин	Две сесии неделно на кои ќе се мотивира како да се редуцира употребата на хероин.	Психолог / социален работник	Престанок на идентификација како личност корисник на хероин. Поминување повеќе време со родителите или пријатели кои не користат дроги.	6 недели
Да се помогне на родителите да ги поддржат нивните деца во промената на нивното однесување.	Три сесии за родителска поддршка	Психолог / социален работник	Родителите ги поддржуваат нивните деца да го променат актуелното однесување на употреба на дроги.	6 недели
Подобрена улога во општеството	Мотивирање за завршување на училиште. Контактирање со училиштето. Контакти со агенција за вработување, наоѓање на работа.	Психолог / социален работник	Детето е мотивирано за промената, оди на училиште или бара работа.	8 недели

***Плановите за третман на децата треба редовно да се ажурираат и да се споделуваат со релевантни страни.***

1. Планот за третман треба редовно да се преиспитува, што вклучува дискусии со детето за тоа дали третманот му помага.
2. Во зависност од честотата на употребата на супстанцијата и процената на ризикот, потребно е редовно да се разгледуваат и придружните проблеми (на пример, на секои 3 до 6 месеци).
3. Договорените цели во планот за третман на детето и на неговите родители/старатели треба редовно да се следат.
4. Разгледаниот план за третман во писмена форма му се дава на детето, како и на останатите кои се вклучени во третманот – неговите родители/старатели, други релевантни партнери како што е неговиот матичен лекар и сл.
5. За децата кои се на горната граница на возраст и треба да преминат во програми за возрасни, плановите за премин треба да се заеднички договорени со програмата за возрасни и вклучуваат шест месеци преклопување (преоден период) помеѓу програмите за млади и програмата за возрасни во понудата за третман.
6. Кога дел од предвидените интервенции во планот не се реализирани, треба да се бележат причините за тоа и да се дискутираат со детето и со неговите родители или старатели кога и тие се вклучени во третманот (Gilvarry et all. 2012).



## ФУНКЦИОНАЛЕН СИСТЕМ ЗА СОРАБОТКА И ЗА ПРЕПРАЌАЊЕ

За поддршка на придобивките од третман, децата и нивните родители/старатели во согласност со потребите треба да се препраќаат во соодветните програми на институциите, како и кај локалните волонтерски организации, здруженија на граѓани, групи на врсници, групи за самопомош, вклучувајќи ги и културно специфичните групи и организации. Затоа е потребно креирање на соодветна мрежа на организации и институции кои работат со деца. Во некои земји постои посебна комисија или агенција за деца која ги координира сите програми кои се однесуваат на децата (види Gilvarry et al. 2012).

Во Македонија посебно внимание треба да се обрне на воспоставување на програми за третман и за грижа на децата во рамките на затворите и на установите за згрижување на деца со воспитно-социјални проблеми како и нивна соработка со другите програми што ќе обезбедат континуитет на третманот и грижата и после излегувањето од овие институции. Во таа насока, значајна улога има Центарот за социјална работа кој треба да обезбеди грижа за детето за време на користење на викенди и слободни денови, пред сè, кога ги користи веднаш по завршувањето на третманот, односно после детоксикацијата.

Метаанализите сугерираат дека добрите интерперсонални вештини манифестирани со топлина, емпатија и искреност, како и обезбедување на прифатливо образложение за предвидените интервенции се многу важни при третманот (Karver et al. 2006). Корисни се ангажманите на терен, како на пример посета на децата во нивната средина наместо посети во клиниките од страна на децата, како и испраќање потсетници за состаноците. Децата треба да го доживеат третманот/грижата лесно колку што е тоа можно повеќе и треба да имаат редовен контакт со истиот терапевт кој, со поддршка на другите кога е тоа потребно, е одговорен за стекнување на довербата на детето, што претставува фундаментален квалитет на врската терапевт – клиент.

1. На децата и на нивните родители или старатели, кога е тоа возможно, потребно е да им се понудат интервенции базирани на докази за да се подобри нивното функционирање и нивните животни шанси.
2. Психосоцијални интервенции потребно е да им се нудат во согласност со нивните потреби од компетентни и квалификувани професионалци.
3. Фармаколошки интервенции потребно е да им се нудат во согласност со нивните потреби од компетентни и квалификувани професионалци (ова е само за мал број на деца), (Gilvarry et al. 2012).

## ПСИХОСОЦИЈАЛЕН ТРЕТМАН

Психосоцијалните интервенции при третманот на употребата/зависноста од супстанции кај децата е од суштинско значење. Потребата за поддршка и надминување на проблемите е посебно значајна во детската возраст. Затоа психосоцијалниот третман без оглед дали е комбиниран со фармаколошкиот или е единствен мора да опфаќа широк спектар на интервенции во насока на справувања со зависноста и со придружните проблеми, и тоа од когнитивна бихејвиорална терапија, семејна терапија и терапија за надминување на конфликти до креативна и работна терапија за стекнување на вештини и на знаења.

За децата со лимитирани коморбидитети и добра социјална поддршка им се дава индивидуална когнитивна бихејвиорална терапија, како и советување за развој на вештини.

За децата, пак, со сериозен коморбидитет и/или слаба социјална поддршка им се нудат мултикомпонентни програми како на пример – мултидимензионална семејна терапија, функционална семејна терапија или мултисистемска терапија (за повеќе видете Gilvarry et al. 2012: 38).

Кога е возможно на децата треба да им се понуди и врсничка поддршка, како и групна терапија која би вклучувала:

- Групна когнитивна бихејвиорална терапија;
- Психоедукативни интервенции;
- Минесота програма од 12 чекори.

За децата кај кои фармаколошкиот третман не дава резултати и постои силен процес на конфронтирање со средината, како и однесување спротивно на законите, потребно е да се понудат други третмански опции, вклучително и третман во терапевска заедница специјално дизајнирана за деца.





## ФАРМАКОЛОШКИ ТРЕТМАН

Фармаколошкиот третман за употреба/зависност од супстанција може да помогне во намалување на автоагресивното и суицидалното однесување, како и за третман на коморбидно растројство на вниманието (АДХД на пример) за подобрување на прилагодувањето во училиштето. За оној мал број на деца кои развиле зависност и се на заменителна (супституциска) терапија, исто така треба да се цели кон „drug free“, односно кон апсолутна апстиненција. За ова е потребно структуриран третман со цели кои ќе ја потпомогнат апстиненцијата.

Кај децата кои развиле зависност, фармаколошкиот третман треба да трае што е можно пократко.

Фармаколошкиот третман за употреба/ зависност од супстанција треба да биде:

- само една компонента од решавање на потребите поврзани со употребата на супстанцијата;
- прилагоден на сеопфатната процена на потребите на детето и понуден заедно со соодветни психосоцијални и психијатриски здравствени интервенции;
- во контекст на јасна клиничка рамка.

### При примената на фармакотерапија треба да се следат протоколите за фармакотерапија.

1. Децата и нивните родители/старатели треба да добијат информација за да се оспособат за правилна употреба на лековите, а персоналот треба да провери дали тие разбрале како да ги користат лековите.
2. Пропишувањето на лекови треба внимателно да се следи и редовно да се разгледува од компетентни и квалификувани стручни лица.
3. Каде што е можно (ако сериозноста на симптомите, домашните услови, искуството на персоналот и ресурсите дозволуваат) на децата може да им се понуди детоксикација, стабилизација и третман во амбулантски или домашни услови како алтернатива за хоспитален (резиденцијален) третман.
4. Децата со зависност од опијати треба да добиваат метадон или бупренорфин за детоксикација во соодветна доза според тежината и возраста.
5. При користење на бупренорфин или метадон за подолготраен третман за стабилизација се потребни чести контролни прегледи.
6. На децата кои се стабилизираат од зависноста од опијати е потребно да им се нудат и психосоцијални интервенции за да се дополни оваа интервенција, како и за поддршка на нивното учество и ангажман во третманот, а со цел да се постигне апстиненција.
7. Ако е потребен третман за превенција на рецидив од опијати со naltrexone кај деца над 16 години, треба да се обезбеди добра супервизија и поддршка од страна на членовите на семејството.
8. Терапевтите треба да ја следат должината на употреба на супстанции, ангажманот/вклученоста на детето, како и неговото придржување кон планот за лекување (Gilvarry et al. 2012).

## ОСНОВНИ НАСОКИ ЗА ТИМОВИТЕ КОИ ГИ СПРОВЕДУВААТ ПРОГРАМИТЕ ЗА ТРЕТМАН И ЗА ГРИЖА

Во зависност од видот на третманот, тимот може да биде составен од различни професионалци: доктор, психијатар, педагог, социјален работник, психолог, работен терапевт, правен советник. Клучно е тимот да биде мултидисциплинарен.

Психосоцијален и фармаколошки третман се нуди од страна на компетентни и квалификувани професионалци.

*Професионалните лица кои нудат грижа и третман треба да се:*

- Квалификувани и да имаат потребна компетентност за интервенциите кои тие ги нудат;
- Под супервизија на квалификувани и компетентни специјалисти, професионалци.

Психосоцијалните интервенции треба да се нудат од страна на професионалци надлежни за општи вештини кај децата. Пилинг и соработниците забележуваат дека постојат значителни разлики во подготвеноста, знаењето и учинокот на терапевтот што, според нив, најверојатно претставува најголема причина за различен резултат (успех) од психосоцијалните интервенции. Затоа треба да се укаже на важноста на општите компетенции на терапевтот како што се: градењето на односи со клиентот и управување со терапевтскиот процес (Piling. 2011).

**Децата и нивните родители/старатели (кога е тоа можно) треба да добиваат брзи интервенции и третман со флексибилен систем за закажување кој одговара на нивните потреби.**

1. Децата треба да добијат третман и интервенции веднаш по процената. Кај децата кај кои е потребно специјалистичко лекување, тоа треба да започне што е можно побрзо, но не подолго од 15 работни дена од упатувањето.
2. Младите луѓе и нивните родители/старатели треба да добиваат информации за тоа што да прават и каде да се обратат за поддршка и помош кога е потребно, особено во итни случаи по работното време на програмите.
3. Професионалците треба да се екипирани за да работат интензивно и флексибилно со децата и нивните родители/старатели за да ги исполнат нивните потреби и да се обезбеди и/или одржи нивниот ангажман во третманот.
4. Наместо временски ограничени интервенции за лицата со постојани и комплексни потреби потребно е продолжување на лекувањето и на поддршката, односно третманот и поддршката треба да траат сè додека постои потребата за интервенција.
5. Времето и локацијата на состаноците или контактите треба да се договораат и редовно да се проверуваат во консултација со детето и со неговите родители/старатели (доколку се вклучени во лекувањето), (Gilvarry et al. 2012).

**Професионалците треба да даваат приоритет на флексибилен пристап за ангажирање на децата и на нивните родители/ старатели во третманската интервенција.**

1. Децата треба да добиваат интервенција и грижа во нивните домови или други безбедни и неформални локации во заедницата (на пример, специјалистички центри за третман на употреба на супстанции, младински центри, здравствени центри, здруженија на граѓани итн.).
2. Персоналот упорно и со наметливи постапки треба да се обидува да ги вклучи децата кои не ги посетуваат договорените состаноци и не се вклучени во третманот (на пример, потсетници, СМС пораки, следење на пропуштени состаноци и посети во домот).
3. Вработените треба да ги информираат упатувачот и соодветните организации/ институции ако постојат ризици детето и покрај сите преземени чекори да не е вклучено во процената или во третманската интервенција.
4. Вработените во програмите за третман ги следат успешните и/или неуспешните вклучувања во нивните програми за интервенција и ги дискутираат научените лекции (Gilvarry et al. 2012).

**Професионалците обезбедуваат поддршка и насоки за тоа како децата и нивните родители/ старатели да си помогнат самите.**

1. Потребно е да се обезбеди поддршка на децата за да ги извршуваат плановите кои се однесуваат на нивниот личен развој и учење, како и исполнување на нивните стремежи и цели.
2. Децата треба да добиваат насоки за развивање на техники за самопомош, стратегии за справување со проблеми, насоки за намалување или апстиненција од употребата на супстанции и водење здрав начин на живот. Овие аспекти можат да вклучуваат развивање вештини и едукации во следниве области: справување со употреба на дроги, алкохол и цигари, сексуално и репродуктивно здравје, родов идентитет, начин на исхрана итн.

**Децата и нивните родители /старатели треба да добиваат конзистентна (складна) грижа.**

1. Децата и нивните родители/старатели (каде што е возможно) треба да имаат редовни дискусии со стручните лица од програмата за третман за нивниот напредок и за дијагнозата.
2. На децата и на нивните родители/старатели треба да им се даваат информации за докази, ризици, придобивки и несакани ефекти од интервенцијата или од евентуалното неинтервенирање.
3. Децата и нивните родители/старатели треба постојано да се консултираат со истите професионалци за која било дадена интервенција, освен ако нивниот избор или клиничката потреба бара поинаку (Gilvarry et all. 2012).

**Мерењето на исходот (резултатите) од третманот се врши рутински со користење на потврдени инструменти.**

1. Персоналот треба да ги следи клиничките и од детето пријавените резултати во редовни интервали со користење на потврдени инструменти кои се специфични за третман на употреба на супстанции, коморбидитет и други придружни проблеми (Teen ASI, ADAD, PEI, GAIN и др.).
2. Мерењето на исходот (резултатите) треба да се прави од перспектива на детето, на професионалецот кој обезбедува третман и на родителите/старателите.
3. Потребна е рутинска евалуација на исходот од третманот.
4. Индивидуалните податоци добиени од мерењето на исходот треба да се дискутираат со детето како дел од неговото планирање на третманот.
5. Информациите од мерениот исход треба да се:
  - споделуваат со детето, со родителите/старателите (кога е прифатливо), со персоналот и со професионалците кои обезбедуваат третман;
  - исто така овие информации треба да се користат за евалуација, за развој и за подобрување на квалитетот на програмите за третман (Gilvarry et all. 2012).

## ТРАНСФЕР ОД ПРОГРАМА ЗА ДЕЦА ВО ПРОГРАМА ЗА ВОЗРАСНИ

Програмите за деца треба да бидат одвоени од програмата за возрасни и да овозможат тие да не доаѓаат во контакт со возрасните корисници.

За оние деца кои се приближуваат кон возрасниот лимит на програмата (на пример наполнуваат 18 години и треба да преминат во програма за возрасни) потребно е да се направи заеднички план за трансфер во програма за возрасни кој ќе опфати период од 6 месеци (Gilvarry et al. 2012). Сепак треба да постои можност трансферот да не биде направен во овие 6 месеци. Тимот врз основа на процена може да одлучи лицето да остане подолго време во програмата за деца и покрај неговата полнолетност ако тоа е во најдобар интерес за лицето.



## ОЦЕНА НА ПРОГРАМАТА ОД КОРИСНИЦИТЕ

Децата и нивните родители/старатели се поттикнуваат да даваат повратни информации за програмата и нивните одговори се пријавуваат назад кон нив.

Оценувањето на програмата од страна на корисниците треба да биде системски вклучена во работата со децата и нивните родители/старатели.

- Децата и нивните родители/старатели треба активно да се охрабруваат за да даваат повратни информации за програмата и за интервенциите што ги добиваат.
- Децата треба активно да се вклучат во развојот на програмите.
- Повратните информации од децата и од нивните родители/старатели треба да се следат и да се користат за евалуација и за развој на програмите.
- Ставовите на децата за терапевтскиот однос со нивниот одговорен терапевт можат и треба да се следат преку нивниот контакт со програмата, преку мониторинг на нивниот ангажман и третман и преку информирањето за сопствениот план за третман.
- На децата и на нивните родители/старатели треба да им се даваат информации за тоа како можат да се жалат и да им се помага во тоа како да пристапат кон процедурата за жалба (Gil vary et all. 2012).

## БИБЛИОГРАФИЈА

### Библиографија на кирилични изданија

1. *Димитриевски, Вања и Бошкова, Наташа. Подобрување на квалитетот на програмите за лекување на зависности од дроги во Скопје: Проценка на квалитетот на програмите за лекување на зависности од дроги заснована на мониторингот спроведен од/во заедницата на лицата што се лекуваат од зависност од дроги. Здружение ХОПС-Опции за здрав живот Скопје, Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“, 2012:40*
2. *Македонска национална коалиција на невладини организации за правата на детето. Извештај за остварување на правата на децата во Република Македонија, Прва детска амбасада во светот „Меѓаши“, 2013:45*
3. *Министерство за здравство. Национална стратегија за дроги на Република Македонија (2006-2012), Биро за лекови, Министерство за здравство 2007:19*
4. *Ончева, Силвана. ЕСПАД 2012 Скопје, Контакт 2012:6*
5. *ХОПС – Опции за здрав живот Скопје. Опијатно предозирање во Република Македонија, Преваленца, ризични фактори и интервенции. Здружение ХОПС-Опции за здрав живот Скопје, 2006: 16*

### Библиографија на латинични изданија

1. *Gilvarry, E., McArdle, P., O’Herlihy, A., Mirza, K., Bevington, D., Norman, M. Practice standards for young people with substance misuse problems. Royal College of Psychiatrists, June 2012:27-37.*
2. *Hamid R., Deren S., Beardsley M., Tortu S. Agreement between urinalysis and self-reported drug use. Substance use and misuse, 1999:34(11):1585-1592.*
3. *Karver, M., Handelsman, J., Fields, S. & Bickman, L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. Clinical Psychology Review; 2006, 26:50-65.*
4. *Lazunga-Koczurowska Jolanta, Piotr Jablonski, Toni Berthel. Treatment and treatment planning. In: Young people and drugs Care and treatment. Pompidou Group, 2006: 142-147.*
5. *Nesrin Diblas, Vincent Hendriks. Scrinig and assessment. In: Young people and drugs Care and treatment. Pompidou Group 2006:103-131.*
6. *Pilling, S., Yesufu-Udechuku, A., Taylor, C. & Drummond, C. (2011) Guideline Development Group. Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance. British Medical Journal 342:d700.*
7. *Department of health and children. Report of the Working Group on the treatment of under 18 year olds. Presenting to treatment services with serious drug problems..September 2005: 1-5.*
8. *Department of health and children. Report of the Working Group on the treatment of under 18 year olds. Presenting to treatment services with serious drug problems.September 2005: 44.*
9. *Brighton and Hove Community Safety Partnership, Independent Drugs Commission Report for Brighton and Hove. April 2013: 19*
10. *National Treatment Agency for Substance Misuse. Assessing young people for substance misuse. February 2007:8-20*
11. *UN. Convention on the rights of the child, 1989, article 33*

## АНЕКС 1

Табела 1.

Фази на употреба на супстанции (алкохол и дроги) и предложени интервенции: прагматична класификација (Mirza and Mirza, 2008, 2011, Gilvarry et al, 2001) Табела изменета и репродуцирана со дозвола на Mirza и Mirza, (2008), Elsevier Publishers, London

Фаза	Мотив	Честота	Емоционално влијание
Фаза на експериментирање	Љубопитност и потрага по ризици	Ретко	Ефектот на алкохолот или дрогите обично е многу краток.
Социјална фаза	Социјално прифаќање/потреба да се вклопи во друштвото	Повремено	Ефектите на промена на свеста од дрогите јасно се препознаваат.
Почетна фаза на ризик	Социјално прифаќање / притисок од врсниците / верувања, вреднувања на искуствата од супстанција, основани на претходни пријатни искуства	Често, но променливо во зависност од групата на врсници	Ефектите на промена на свеста од дрогите јасно се препознаваат и бараат.
Доцна фаза на ризик (употребата на супстанција не е доминантна ментална состојба)	Справување со негативни емоции или зголемување на задоволството преку пошироко експериментирање	Често/редовна употреба	Користење на алкохол или дрога за да се промени расположението или однесувањето.
Фаза на штетна употреба или злоупотреба на супстанција (слично на МКБ-10 или ДСМ-4)	Употребата на алкохол или дрога е основно средство за рекреација, за справување со стрес или и за двете	Редовна употреба покрај негативните последици	Негативни ефекти врз емоциите и врз способноста за функционирање.
Фаза на зависност (слично на МКБ-10 или ДСМ-4). Само мал дел на млади стигаат до оваа фаза	Справување со апстиненцијалната криза и прекин на копнежот за дрога	Компулсивна, редовна или често дневна употреба за справување со апстиненцијалните симптоми	Емоционалното влијание на дрогата и на алкохолот се многу значајни. Апстиненцијалната криза (симптоми) е значајна.



	Однесување	Влијание врз однесувањето	Потребни интервенции (Gilvarry et al, 2001)
	Нема активно однесување за барање на алкохол или на дрога.	Релативно мало, ретко може да доведе до опасни последици.	Универзална превенција (едукација за дрога и за алкохол, формална или неформална).
	Нема активно однесување за барање на алкохол или на дрога.	Обично нема значајни проблеми, но можное појава на некои кои се карактеристични за следната фаза.	Универзална превенција (едукација за дрога и за алкохол, формална или неформална).
	Нема активно однесување за барање на алкохол или на дрога, но развива редовна шема за употреба на алкохол/дрога.	Можност за значајни опасни проблеми поврзани со акутна интоксикација (на пример, несреќи поврзани со повторливо прекумерно пиење).	* Насочена интервенција / третман од неспецијалистички програми (матичен лекар, училиштен здравствен работник, советувашишта за млади, педијатри итн.).
	Активното однесување за барање на алкохол или на дрога е клучен индикатор на оваа фаза.	Можни слабости во функционирање во некои области (на пример, училиште, семејство).	Третман од специјалистички програми (види подолу) како за ментални здравствени проблеми така и заради прогресија на употребата на дрога во следна посериозна фаза.
	Активно однесување за барање на алкохол или на дрога и покрај негативните последици.	Ослабувања во повеќе области на животот и/или страдање во рамките на семејството или блиските врски.**	*Третман од специјалистички програми (на пример, третман од специјалистички програми за млади кои употребаат супстанции и специјалисти за употреба на супстанции).
	Активно однесување за барање на алкохол или на дрога, често без контрола на употребата, преокупација со употреба на алкохол/дрога, копнеж по дрога. **	Физички и психички компликации, проблеми или промени во повеќето области на животот. **	*Третман од специјалистички програми, вклучително детоксикација и за некои резиденцијална рехабилитација.

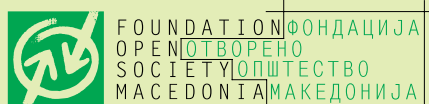
\* За некои лица кои користат супстанции може да е потребно вклучување и на други институции (агенции) освен програмите за употреба на супстанции (програми за образование, јакнење на семејните и социјалните релации итн.).

\*\* Текстот е модифициран од Деков, Игњатова.





Поддржано од:



[www.hops.org.mk](http://www.hops.org.mk)

Скопје, 2014