

Jako biblioteka, NLM zapewnia dostęp do literatury naukowej. Umieszczenie w bazie danych NLM nie oznacza poparcia ani zgody NLM lub Narodowego Instytutu Zdrowia na zawartość tych materiałów.

Więcej informacji: [Zastrzeżenie PMC](#) | [Informacja o prawach autorskich PMC](#)

Author Manuscript

Peer reviewed and accepted for publication by a journal



J Subst Abuse Treat

. Manuskrypt autora; dostępny w PMC: 1 października 2022 r.

Opublikowano w ostatecznej wersji redakcyjnej jako: J Subst Abuse Treat. 14 kwietnia 2021 r.; 129:108402. doi:

[10.1016/j.isat.2021.108402](https://doi.org/10.1016/j.isat.2021.108402)

Zaangażowanie rodziny w leczenie i powrót do zdrowia osób młodych w wieku przejściowym uzależnionych od substancji psychoaktywnych: podstawy badawcze i możliwości

Aaron Hogue¹, Sara J Becker², Kevin Wenzel³, Craig E Henderson⁴, Molly Bobek⁵, Sharon Levy⁶, Marc Fishman⁷

- Informacje o autorach
- Uwagi dotyczące artykułu
- Informacje o prawach autorskich i licencji

PMCID: PMC8380649 NIHMSID: NIHMS1693615 PMID: [34080559](#)

Wersja tego artykułu wydana przez wydawcę jest dostępna pod adresem [J Subst Abuse Treat](#)

Streszczenie

Artykuł przedstawia przegląd narracyjny i ramy koncepcyjne badań dotyczących zaangażowania rodziny w procesie leczenia zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) u młodzieży w wieku przejściowym (15–26 lat). Chociaż rodziny stanowią potężne źródło wsparcia w leczeniu i powrocie do zdrowia młodzieży z zaburzeniami SUD, nie są one rutynowo uwzględniane w praktyce klinicznej. Artykuł podsumowuje częstość występowania zaburzeń SUD wśród młodzieży oraz wskaźniki korzystania z usług i przedstawia empiryczne uzasadnienie zwiększenia zaangażowania rodziny w proces leczenia. Następnie opisuje kluczowe kwestie badawcze dotyczące zaangażowania rodziny w całym procesie leczenia SUD: identyfikację problemu, zaangażowanie w leczenie, aktywne leczenie, wsparcie w powrocie do zdrowia. W ramach każdej fazy podkreśla podstawowe wyniki badań i sugeruje obiecujące możliwości poszerzenia wiedzy naukowej na temat zaangażowania rodziny. Głównym celem jest poparcie praktyk zorientowanych na rodzinę, które można natychmiast wdrożyć w rutynowej opiece, oraz zidentyfikowanie obszarów innowacji badawczych, które mogłyby znacznie poprawić jakość usług dla młodzieży z SUD.

Słowa kluczowe: zaangażowanie rodziny, używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież, leczenie, powrót do zdrowia, badania

Poprawa jakości usług w zakresie leczenia i wsparcia w powrocie do zdrowia dla młodzieży w wieku przejściowym (15–26 lat) z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) pozostaje pilnym priorytetem w zakresie zdrowia publicznego. Zarówno badania empiryczne, jak i rozwojowe wskazują, że rodziny są potężnym zasobem zwiększającym skuteczność leczenia i powrotu do zdrowia młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD). Jednak rodziny nie są rutynowo uwzględniane ani systematycznie włączane do powszechnej praktyki klinicznej. Aby

zaradzić tej istotnej niedoskonałości, przedstawiamy przegląd narracyjny i ramy koncepcyjne badań nad zaangażowaniem rodziny w całym spektrum usług związanych z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) dla młodzieży w wieku przejściowym. Najpierw podsumowujemy częstość występowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) wśród młodzieży oraz wskaźniki korzystania z usług, a następnie opisujemy rozwojowe i empiryczne uzasadnienie. Następnie omawiamy kluczowe kwestie badawcze dotyczące zaangażowania rodziny w czterech fazach ciągłości usług związanych z SUD: identyfikacja problemu, zaangażowanie w leczenie, aktywne leczenie i wsparcie w powrocie do zdrowia. W każdej fazie podkreślamy podstawowe wyniki badań i sugerujemy obiecujące możliwości poszerzenia bazy wiedzy naukowej na temat zaangażowania rodziny. Twierdzimy, że takie postępy w całym zakresie usług mogą pomóc w poprawie jakości opieki nad młodzieżą z SUD.

Częstość występowania uzależnień i korzystania z usług wśród młodzieży w wieku przejściowym

W ostatnich latach młodzież w wieku przejściowym doświadczyła bezprecedensowego poziomu konsekwencji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, a w szczególności konsekwencji związanych z opioidami. Według najnowszych danych krajowych (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [\[SAMHSA, 2020a\]](#)) około 6,4 miliona młodych ludzi w wieku poniżej 26 lat spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD), a ponad 300 000 młodych ludzi spełnia kryteria zaburzeń związanych z używaniem opioidów. Każdego dnia prawie 1800 młodych ludzi zaczyna nadużywać heroiny lub środków przeciwbólowych ([SAMHSA, 2020a](#)), a 8–12% osób nadużywających opioidów rozwija zaburzenia związane z używaniem opioidów ([Vowles et al., 2015](#)). Najbardziej niepokojące jest to, że odsetek śmiertelnych przedawkowań związanych z opioidami znacznie wzrósł w tej grupie wiekowej, z 3,4 zgonów do 5,3 zgonów na 100 000 osób w latach 2006–2015 ([Ali i in., 2019](#)).

W przypadku braku leczenia lub nieskutecznego leczenia ryzykowne zażywanie substancji psychoaktywnych przez młodzież często utrzymuje się i przyczynia się do szeregu następstw trwających przez całe życie, w tym zaburzeń zdrowia psychicznego, chorób przenoszonych drogą płciową, niechcianych ciąży, wypadków i przestępstw z użyciem przemocy ([National Center on Addiction and Substance Abuse, 2011](#)). Ta wrażliwość rozwojowa podkreśla kluczowe znaczenie skutecznej interwencji w tej grupie wiekowej. Niestety, wskaźniki korzystania z usług w tej grupie wiekowej pozostają niskie. W 2019 r. mniej niż 9% młodzieży w wieku przejściowym, która spełniała pełne kryteria diagnostyczne SUD, otrzymało jakiegokolwiek leczenia uzależnień, a jeszcze mniej (7,2%) otrzymało leczenie w specjalistycznej placówce leczenia uzależnień ([SAMHSA, 2020a](#)). Wśród powodów, dla których młodzież nie poddała się leczeniu uzależnień pomimo odczuwanej potrzeby, wymieniono: brak gotowości do zaprzestania zażywania (39,9%), nieznajomość miejsc, gdzie można poddać się leczeniu (23,8%) oraz brak ubezpieczenia zdrowotnego lub innych środków na pokrycie kosztów leczenia (20,9%) ([SAMHSA, 2020a](#)). Wskaźniki wykorzystania są jeszcze bardziej alarmujące wśród młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem opioidów, dla której wczesna interwencja z zastosowaniem leków na zaburzenia związane z używaniem opioidów (MOUD), składających się z agonistów lub antagonistów opioidowych (buprenorfina, naltrekson lub metadon), jest jedyną opartą na dowodach naukowych metodą leczenia zmniejszającą ryzyko śmiertelnego przedawkowania ([Volkow et al., 2019](#)). Retrospektywna analiza kohortowa obejmująca 9,7 miliona młodzieży w wieku przejściowym wykazała, że mniej niż 1 na 4 ubezpieczonych klientów z zaburzeniami związanymi z używaniem opioidów otrzymało podstawowe usługi MOUD ([Hadland i in., 2017](#)). Jeszcze większe zaniepokojenie budzą znaczne dysproporcje: młodzież w młodszym wieku, kobiety, osoby rasy czarnej i/lub pochodzenia latynoskiego miały mniejsze szanse na skorzystanie z MOUD. Dlatego oprócz potrzeby wprowadzenia opartych na dowodach naukowych usług interwencyjnych istnieje pilna potrzeba opracowania skutecznych i sprawiedliwych strategii identyfikacji i angażowania pacjentów w leczenie.

Uzasadnienie zwiększenia zaangażowania rodziny w usługi SUD dla młodzieży

Zdrowie młodzieży opiera się na wspierających relacjach rodzinnych.

Nauki o rozwoju bezsprzecznie potwierdzają, że wspierające relacje rodzinne są kluczowym czynnikiem prognostycznym zdrowego rozwoju młodzieży. Jedną z oczywistych prawd dotyczących pozytywnego rodzicielstwa jest to, że opiekunowie nie mogą okazywać nastolatkom zbyt wiele miłości ani wsparcia, a królewską drogą do autonomii psychicznej i dobrego samopoczucia jest zaangażowanie i wrażliwość opiekunów ([Steinberg & Levine, 1997](#)). Spójna i zaangażowana sieć rodzinna jest również potężnym zasobem, który może zrównoważyć procesy rozwojowe na poziomie indywidualnym, predysponujące młodzież do SU i innych ryzykownych zachowań, w tym normatywnego nasilenia poszukiwania wrażeń, wrażliwości na nagrody i dyskontowania opóźnień, z ogólnymi trudnościami w zakresie kontroli wykonawczej, w tym odkładania gratyfikacji ([Christakou et al., 2013](#); [Steinberg et al., 2009](#)). Nauki rozwojowe potwierdzają również, że procesy dojrzewania regulujące ryzykowne zachowania – równowaga neurorozwojowa między motywacją/nagrodą a systemami kontroli poznawczej – nadal ulegają rekonfiguracji i udoskonalaniu od wczesnej młodości do połowy dwudziestego roku życia ([Casey i in., 2011](#); [Steinberg, 2014](#)). Na poziomie społecznym wskaźniki niezależności młodzieży sygnalizują zmianę pokoleniową w funkcjonalnym okresie zależności młodzieży od rodzin: w porównaniu z sytuacją sprzed zaledwie pięćdziesięciu lat, wśród młodzieży w wieku 25 lat dwa razy więcej osób nadal jest studentami, o połowę mniej jest osób pozostających w związkach małżeńskich, o 50% więcej mieszka z rodzicami, a prawie 50% otrzymuje wsparcie finansowe od opiekunów ([Steinberg, 2014](#)). Ta dynamika przedłużonej współzależności rodzinnej rodzi nową prawdę o współczesnym rodzicielstwie: wspierające relacje

rodzinne pozostają kluczowe dla zdrowego rozwoju w okresie wczesnej dorosłości, gdy młodzi dorośli finalizują negocjacje rozwojowe między autonomią a więziami.

Istnieje wiele empirycznych dowodów potwierdzających skuteczność angażowania rodzin w leczenie SUD u młodzieży.

W ostatnim dziesięcioleciu kilka przeglądów literatury i badań metaanalitycznych podkreślało najwyższą skuteczność leczenia SUD opartego na rodzinie w całym okresie życia. Leczenie oparte na rodzinie dotyczy umiejętności rodzinnych (np. komunikacji, radzenia sobie, rozwiązywania problemów), relacji i procesów rodzinnych oraz relacji członków rodziny z kluczowymi osobami i systemami spoza rodziny ([Hogue et al., w druku](#)). [Tanner-Smith i współpracownicy \(2013\)](#) przeprowadzili metaanalizę, w której przeanalizowano 45 randomizowanych i quasi-eksperymentalnych badań dotyczących młodzieży, obejmujących 73 pary grup porównawczych, w celu zbadania porównawczej skuteczności różnych podejść terapeutycznych; modele rodzinne przeważały w prawie każdym porównaniu, w tym w testach z innymi modelami popartymi dowodami empirycznymi. [Hogue i współpracownicy \(2018\)](#) w systematycznym przeglądzie literatury doszli do wniosku, że terapia rodzinna jest ugruntowanym podejściem ambulatoryjnym w leczeniu uzależnień nastolatków, które zgromadziło największą bazę dowodów w porównaniu ze wszystkimi innymi podejściami. [Ariss i Fairbairn \(2020\)](#) przeprowadzili metaanalizę terapii z udziałem rodziny, w której zebrano dane od 2115 nastolatków i dorosłych z 16 niezależnych badań. Obliczyli niewielką wielkość efektu, który utrzymywał się do 12–18 miesięcy po zakończeniu leczenia i przekładał się na 5,7% zmniejszenie częstotliwości SU — co odpowiada około trzem tygodniom mniej SU rocznie. Stwierdzili również, że terapia z udziałem rodziny wykazywała spójny wpływ niezależnie od wieku klienta, innych cech charakterystycznych i modeli leczenia. Co więcej, zarówno terapia rodzinna, jak i terapia par przynoszą korzyści w przypadku SUD, niezależnie od tego, czy są stosowane jako wyłączna terapia, czy jako część wieloskładnikowego programu leczenia SUD ([Hogue et al., w druku](#)).

Zaangażowanie rodziny można dostosować do indywidualnych potrzeb rozwojowych młodzieży w wieku przejściowym.

Aby skutecznie zaangażować rodziny w usługi związane z SUD, należy uwzględnić specyficzne wyzwania rozwojowe młodzieży w wieku przejściowym. Dominujące ramy zostały opracowane przez Arnetta i współpracowników, których prace syntetyzują naukę o rozwoju tej grupy wiekowej (zwanej również młodymi dorosłymi) w celu nakreślenia normatywnych wyzwań psychospołecznych przenikających ich przekonania i zachowania (patrz [Arnett, 2000; Arnett, 2015](#)), a także tego, w jaki sposób wyzwania te krzyżują się z świadczeniem usług związanych z SU i SUD (np. [Bergman i in., 2016; Smith i in., 2014; Sussman & Arnett, 2014](#)). Ramy te przedstawiają nadrzędny temat rozwojowy dla młodzieży w okresie przejściowym jako *dążenie do niezależności*, meta-etykieta dla pięciu wyzwań psychospołecznych: poszukiwanie tożsamości osobistej, niestabilność roli rodzinnej i społecznej, skupienie na sobie, poczucie bycia pomiędzy dzieciństwem a dorosłością oraz możliwości na przyszłość ([Arnett, 2000](#)). Czynniki niezależności, które mają wpływ na ryzyko SU w okresie rozwoju młodzieży, obejmują te związane z cechami indywidualnymi (np. nasilenie i normy rówieśnicze dotyczące nawyków SU, zdolność rozwiązywania problemów i samoregulacji, motywacja zewnętrzna a wewnętrzna, piętno związane z leczeniem) oraz te związane z kapitałem społecznym (np. relacje rodzinne i społeczne, osiągnięcia edukacyjne i zawodowe, stabilność mieszkaniowa i finansowa, ogólna samowystarczalność) ([Bergman i in., 2016; Stone i in., 2012; Sussman & Arnett, 2014](#)).

Czynniki niezależności młodzieży muszą odgrywać dużą rolę w wysiłkach zmierzających do opracowania strategii angażowania członków rodziny we wszystkie aspekty opieki nad młodzieżą z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. Oczywiście, nawet w przedziale wiekowym 15–26 lat, strategie takie muszą uwzględniać różnice rozwojowe w interakcji między niezależnością młodzieży a wyrażaniem czynników ryzyka i czynników ochronnych związanych z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. Na przykład, wraz z wiekiem młodzieży od środkowego okresu dojrzewania do progu dorosłości, wzrasta również autonomia w podejmowaniu decyzji i samodzielnym definiowaniu wartości; w związku z tym zaangażowanie rodziny postrzegane przez młodzież jako wspierające ma znacznie większy wpływ na motywację młodzieży do leczenia uzależnień niż zaangażowanie postrzegane jako przymusowe ([Goodman i in., 2011](#)).

Wyrażanie zaangażowania rodziny w ramach ciągłości usług dla młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych

Usługi w zakresie zdrowia behawioralnego dla młodzieży z SUD można ująć jako kontinuum (czasami nazywane „kaskadą usług”; zob. [Belenko i in., 2017](#)), składające się z rutynowej sekwencji działań ukierunkowanych na SUD, których doświadcza dana młodzież w trakcie przechodzenia przez system opieki. Dla celów heurystycznych opisaliśmy wcześniej tę ciągłość jako schemat przepływu klientów oparty na czterech nakładających się fazach ([Hogue i in., 2021](#)). W fazie *identyfikacji problemu* młodzież jest identyfikowana jako mająca poważne problemy związane z SU i/lub SU, które wymagają rozważenia leczenia. Identyfikacja może zostać zainicjowana poprzez badanie przesiewowe SUD przeprowadzone przez specjalistów zajmujących się młodzieżą (np. lekarzy, doradców szkolnych, pracowników wymiaru sprawiedliwości) lub poprzez dobrowolne skierowanie przez klienta. W fazie *zaangażowania w leczenie* osoby świadczące usługi w zakresie leczenia SUD starają się skontaktować z zidentyfikowanymi klientami i zapisać ich do programu. W fazie *aktywnego leczenia* osoby świadczące usługi przeprowadzają ocenę potrzeb klinicznych zarejestrowanych klientów i postępują zgodnie z zaleceniami dotyczącymi planowania leczenia i

Zaangażowanie rodziny w ciągłość usług dla młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD): wyraźny przepływ klientów

Warto wspomnieć o dwóch powiązanych kwestiach. Po pierwsze, podstawowa struktura ciągłości usług jest podobna na wszystkich poziomach opieki SUD: ambulatoryjnym, stacjonarnym i szpitalnym. Po drugie, podobnie jak w przypadku osób dorosłych, młodzież, która trafia do systemu leczenia SUD, zazwyczaj doświadcza epizodycznych wzrostów i spadków używania — czyli przewlekłego „przebiegu zaburzenia” charakteryzującego się regularnym używaniem, remisją i nawrotami — w danym okresie czasu ([Buckheit i in., 2018](#); [McLellan i in., 2000](#)). Z tego powodu nie oczekuje się, że ruch wzdłuż kontinuum będzie liniowy, ponieważ wielu młodych ludzi przechodzi zarówno do przodu, jak i do tyłu (tj. powraca do wcześniejszych etapów kontinuum po nawrocie problemów) między poszczególnymi etapami.

Identyfikacja problemów

Rutynowe badania przesiewowe w kierunku SU są zalecane jako część rutynowej opieki zdrowotnej dla wszystkich młodych ludzi ([Levy & Williams, 2016](#)), a dowody wskazują, że pracownicy służby zdrowia zajmujący się młodzieżą coraz częściej stosują tę praktykę ([Levy et al., 2017](#)). Jednak wielu pracowników rezygnuje ze sprawdzonych narzędzi przesiewowych, które ułatwiają identyfikację SUD, i zamiast tego polega na instynkcie klinicznym, który jest wyjątkowo słaby w wykrywaniu problemów związanych z SU ([Harris et al., 2012](#)). Nawet w przypadku stosowania sprawdzonych narzędzi odsetek młodzieży ujawniającej SU w podstawowej opiece zdrowotnej pozostaje niski, częściowo z powodu nieskutecznych praktyk wdrażania i obaw dotyczących poufności ([Brener et al., 2003](#)). Chociaż samodzielne stosowanie narzędzi przesiewowych za pomocą tabletek elektronicznych jest zalecane jako strategia pozwalająca uniknąć konieczności bezpośredniego ujawniania problemów i potencjalnie poprawiająca wykrywalność przypadków ([Levy i in., 2014](#)), niektórzy młodzi ludzie decydują się nie ujawniać problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, nawet jeśli są one podejrzewane lub zostały zidentyfikowane przez inne osoby. Powszechnie wiadomo, że wykorzystanie wielu źródeł informacji do wykrywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież jest dokładniejsze niż poleganie na jednym źródle ([Winters, 1999](#)). Zalecenia dotyczące badań przesiewowych młodzieży zachęcają również praktyków do pytania młodzieży o używanie substancji psychoaktywnych w rodzinie, ponieważ jest to istotny czynnik ryzyka dla młodzieży ([Winters & Kaminer, 2008](#)).

Profesjonalne badania przesiewowe w rodzinie

Podstawa.

Zgodnie z naszą wiedzą nie istnieją oparte na dowodach naukowych metody badań przesiewowych, w ramach których członkowie rodziny są systematycznie rekrutowani jako źródło informacji na temat problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież.

Możliwość.

Zapewnienie członkom rodziny i innym dorosłym posiadającym odpowiednią wiedzę możliwości zgłaszania swoich obserwacji lub obaw dotyczących używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym problemów mogłoby usprawnić badania przesiewowe, a także stworzyć warunki do ułatwionej rozmowy z udziałem rodziny. [Ozechowski i współpracownicy \(2016\)](#) opowiadają się za paradygmatem „nie trać okazji”, w ramach którego praktycy dążą do tego, aby członkowie rodziny wypełniali krótki kwestionariusz przesiewowy podczas każdej wizyty młodzieży w gabinecie. Najlepiej byłoby, gdyby takie kwestionariusze przesiewowe były stosowane równoległe z narzędziami do badań przesiewowych młodzieży. Celem tego wspólnego podejścia do badań przesiewowych jest zwiększenie prawdopodobieństwa wykrycia przypadków i stworzenie warunków do zaangażowania rodziny w kolejnych etapach procesu. Dowody wskazują, że raporty rodziców są dość dobrymi miarami zastępczymi zachowań młodzieży związanych z używaniem substancji psychoaktywnych ([McGillicuddy i in., 2012](#)), choć zazwyczaj w pewnym stopniu je zaniżają ([Fisher i in., 2006](#)). Informacje przekazane przez rodziców mogą być szczególnie przydatne, gdy młodzież minimalizuje informacje dotyczące używania substancji psychoaktywnych lub zaburzeń. Idealnie byłoby, gdyby narzędzia do badań przesiewowych dla rodzin pomagały w dokładniejszym przypisywaniu młodzieży do kategorii ryzyka i zwiększały wczesną identyfikację młodzieży, która rozpoczęła używanie substancji psychoaktywnych. Biorąc pod uwagę brak dobrze sprawdzonych narzędzi do badań przesiewowych dla rodzin, identyfikacja i walidacja takich środków jest priorytetem w celu promowania zaangażowania rodziny na etapie badań przesiewowych.

Samodzielne zgłoszenie przez rodzinę

Podstawa.

Zgodnie z naszą wiedzą nie istnieją oparte na dowodach strategię, które pomagałyby członkom rodziny w skierowaniu młodzieży na badania przesiewowe w kierunku SU i inne usługi terapeutyczne.

Możliwości.

Potencjalną strategią zwiększającą identyfikację problemów związanych z SU wśród młodzieży jest stosowanie strategii marketingowych skierowanych bezpośrednio do konsumentów (DTC) w celu zachęcenia rodzin do zgłaszania się na badania przesiewowe SU i związane z nimi usługi interwencyjne, podobnie jak strategie stosowane w marketingu leków psychiatrycznych (Becker, 2015; Santucci et al., 2012). Najczęściej zgłaszane przeszkody w poszukiwaniu leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych obejmują przekonanie, że leczenie nie jest potrzebne, oraz brak wiedzy na temat dostępu do opieki (SAMHSA, 2020a). Marketing skierowany bezpośrednio do rodzin (np. strony internetowe, reklamy telewizyjne, broszury wyświetlane w gabinetach lekarskich i szkołach) może zwiększyć świadomość rodzin na temat problemów związanych z substancjami psychoaktywnymi, a tym samym potencjalnie zwiększyć ich gotowość do poszukiwania badań przesiewowych i interwencji. Podobnie jak marketing DTC dla produktów farmaceutycznych zachęca ludzi do „zapytania lekarza o konkretny lek”, marketing DTC dla interwencji związanych z SU może w szczególności zachęcić rodziny do poproszenia lekarza pierwszego kontaktu (lub szkolnego doradcy lub innego pracownika służby zdrowia) o badania przesiewowe w kierunku SU lub ogólne badania przesiewowe w zakresie zdrowia behawioralnego. Najnowsze badania sugerują, że marketing DTC skierowany do rodziców jest przydatny w promowaniu zamiaru uzyskania leczenia uzależnień dla młodzieży, o ile komunikaty „” są dostosowane do populacji docelowej (Becker et al., 2020). Krajowe organizacje, takie jak Narodowy Instytut Narkomanii (<https://teens.drugabuse.gov/parents>) oraz Wydział Psychologii Dzieci i Młodzieży Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (<http://www.effectivechildtherapy.com>) wykorzystują marketing DTC do rozpowszechniania wśród opiekunów informacji na temat objawów SU u młodzieży i możliwości leczenia. Konieczne są dodatkowe działania w celu lepszego dostosowania tych działań informacyjnych poprzez zbieranie opinii rodzin na temat ich preferencji komunikacyjnych (Becker i in., 2016).

Zaangażowanie w leczenie

Jak widać na [rysunku 1](#), zaangażowanie w leczenie w ramach usług behawioralnych dla młodzieży rozpoczyna się od pierwszego kontaktu między klientem a usługodawcą, zwanego zazwyczaj *kontaktem zewnętrznym* (Becker i in., 2015). Skuteczne nawiązanie kontaktu z młodymi klientami wymaga zaangażowania usługodawcy w promowanie dostępności usług i eliminowanie potencjalnych barier utrudniających udział w leczeniu. Typowe bariery obejmują zarówno przeszkody logistyczne (np. brak czasu, brak zasobów, lista oczekujących w agencji), jak i przeszkody związane z nastawieniem (np. postrzegane i rzeczywiste koszty w porównaniu z korzyściami płynącymi z leczenia, wcześniejsze niekorzystne doświadczenia związane z leczeniem), których doświadczają zarówno młodzi ludzie, jak i ich rodziny (McKay & Bannan, 2004). Ogólnie rzecz biorąc, działania informacyjno-promocyjne kończą się w momencie, gdy klient zakończy procedury rejestracyjne i weźmie udział w pierwszej sesji terapeutycznej. Od tego momentu stosuje się interwencje angażujące, aby zachęcić do uczestnictwa oraz zwiększyć gotowość i motywację do aktywnego udziału (Becker i in., 2015). Oparte na badaniach naukowych interwencje angażujące rodzinę w szereg usług behawioralnych, wywodzące się głównie z badań dotyczących populacji dziecięcej, obejmują podkreślanie roli zaangażowania rodziny w usługi, przewidywanie wpływu zasobów i dynamiki rodziny na uczestnictwo, budowanie sojuszy terapeutycznych z wieloma członkami rodziny oraz umiejętne zarządzanie interakcjami rodzinnymi podczas wstępnych spotkań klinicznych (Becker i in., 2018; Haine-Schlagel & Walsh, 2015; Lindsey i in., 2014). Czynniki te wydają się być podobne w ograniczonych badaniach dotyczących młodzieży w wieku przejściowym (Kim i in., 2012).

Podstawa.

W niektórych przypadkach młodzież z SUD wykazuje minimalną gotowość do podjęcia leczenia lub nie wykazuje jej wcale, podczas gdy członkowie rodziny są zmotywowani, aby im w tym pomóc. Podejściem popartym badaniami naukowymi, które ma na celu zwiększenie zaangażowania w tej sytuacji, jest wzmacnianie społeczności i szkolenie rodziny (CRAFT; Smith & Meyers, 2007). Głównym elementem CRAFT dla młodzieży w okresie przejściowym jest szkolenie dotyczące podjęcia leczenia, które koncentruje się na szkoleniu opiekunów w zakresie rozpoznawania odpowiednich momentów, w których mogą zaproponować leczenie, stosowania skutecznych strategii motywacyjnych wspierających podjęcie leczenia oraz zapewnienia dostępności opcji leczenia w momencie podjęcia decyzji o rozpoczęciu leczenia (Kirby i in., 2015). CRAFT okazał się skuteczniejszy od standardowej opieki w promowaniu korzystania z usług SUD zarówno wśród młodzieży (Kirby i in., 2017; Waldron i in., 2007), jak i dorosłych (patrz Archer i in., 2020), przy czym bardziej intensywne szkolenie rodzinne skutkuje lepszymi wskaźnikami zaangażowania (Archer i in., 2020).

W innych przypadkach ani młodzież, ani opiekunowie nie angażują się skutecznie w kontakty z dostawcą usług podczas rutynowych procedur pomocy w zakresie usług związanych z SUD. Jednym z opartych na dowodach modeli zwiększania zaangażowania w tej sytuacji jest Strategiczne Zaangażowanie Systemów Strukturalnych (Szapocznik i in., 1988), który został opracowany na podstawie próby młodzieży wysokiego ryzyka. Uczy on klinicystów rozpoznawania niezgodnych planów członków rodziny i tego, jak zmniejsza to prawdopodobieństwo wspólnego uczestnictwa rodziny w terapii; identyfikowania osób, które mogą pełnić rolę wiarygodnego posłańca rodziny i mają wpływ na innych członków rodziny, aby uczestniczyli w terapii; oraz przedstawiania uzasadnienia dla leczenia, które uwzględni konkretne obawy kluczowych członków rodziny (Coatsworth i in., 2001; Santisteban i in., 1996).

Możliwości.

W dziedzinie zdrowia psychicznego rodzinne osoby wspierające (zwane również rodzinnymi nawigatorami), czyli nieprofesjonalna grupa opiekunów, którzy nawiązują kontakt z rodzinami poszukującymi leczenia, aby zapewnić im edukację i pomoc w pokonywaniu barier związanych z rejestracją, okazały się skuteczne w zwiększaniu wiedzy na temat usług zdrowotnych i poczucia własnej skuteczności opiekunów (patrz Hoagwood i in., 2018). To podejście do zaangażowania nie zostało jeszcze formalnie przetestowane w przypadku młodzieży z SUD (Gagne i in., 2018).

Inną obiecującą możliwością zwiększenia zaangażowania rodziny w usługi dla młodzieży z SUD jest teleinterwencja ([Hogue i in., 2021](#)). Biorąc pod uwagę niemal powszechne stosowanie smartfonów ([Smith & Page, 2015](#)) oraz szerokie wykorzystanie internetu wśród młodzieży i dorosłych ([Pew Research Center, 2020](#)) w Stanach Zjednoczonych, dostawcy usług mogą stosować szeroki zakres strategii telezaangażowania. Niskie koszty zdalnego świadczenia usług teleinterwencyjnych pozwalają na zwiększenie zasięgu grup, które tradycyjnie mają ograniczony dostęp do usług związanych z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD), co może zmniejszyć niepokojące dysproporcje w obszarach i populacjach o niedostatecznym dostępie do usług ([Gros i in., 2013](#)). Telezaangażowanie stwarza również możliwości przeciwdziałania tradycyjnym barierom utrudniającym zaangażowanie rodziny w opiekę (patrz [Baker-Ericzén i in., 2013](#)), które można sformalizować i przetestować. Na przykład oferuje funkcje chroniące poufność rodziny, które mogą złagodzić bariery związane ze stygmatyzacją, osłabiające zaufanie do dostawców usług ([Livingston & Boyd, 2010](#)). Pozwala członkom rodziny na „natychmiastowe” dołączenie do części sesji tele-sesji, zmniejszając obciążenia związane z czasem i dojazdami. Inne korzyści wynikające z zaangażowania obejmują umożliwienie skoordynowanego udziału członków rodziny mieszkających osobno ([Wrape & McGinn, 2019](#)), stworzenie bezpośredniego dostępu do środowiska domowego ([Burgoyne & Cohn, 2020](#)) oraz ułatwienie wspólnych sesji z innymi praktykami zaangażowanymi w leczenie młodzieży (np. lekarzami, kierownikami spraw, doradcami rówieśniczymi), co może dodatkowo promować kompleksową i zintegrowaną opiekę. Należy jednak zachować ostrożność i wziąć pod uwagę ograniczenia funkcjonalne opcji telezdrowia w przypadku rodzin, które nie mają niezawodnego dostępu do wymaganych platform technologicznych.

Aktywne leczenie

Aktywne leczenie młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) (patrz [rysunek 1](#)) rutynowo rozpoczyna się od oceny klinicznej, która uwzględnia cechy młodzieży istotne dla leczenia (np. indywidualne ryzyko i mocne strony; kapitał ekologiczny), a także cechy rodziny (np. wpływ zaburzeń SUD młodzieży z grupy wysokiego ryzyka () na członków rodziny; kapitał osobisty i ekologiczny członków rodziny). Ocena kliniczna ma na celu dostarczenie informacji potrzebnych do planowania leczenia i interwencji dla każdego klienta. Interwencja w przypadku młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych zazwyczaj obejmuje indywidualne/grupowe usługi behawioralne skierowane do młodzieży, usługi behawioralne oparte na rodzinie i/lub usługi związane z leczeniem uzależnienia od opioidów; tego typu interwencje są realizowane samodzielnie lub łącznie.

Kliniczna ocena rodziny

Bedrock.

Pomimo długoletnich dowodów na negatywny wpływ zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) u młodzieży na samopoczucie członków rodziny ([Schneider Institute for Health Policy, 2001](#)) oraz uznania rodziny za kluczowy czynnik wspierający powrót młodzieży do zdrowia (tj. „kapitał zdrowotny”; [Hennessy et al., 2019](#)), istnieje niewiele sprawdzonych, kompleksowych narzędzi do oceny funkcjonowania rodziny i relacji z młodzieżą objętą terapią jako rutynowa funkcja planowania leczenia uzależnień. Jedną z opcji jest ankieta Significant Other Survey ([Benishek et al., 2012](#)), która ocenia problemy doświadczane przez członków rodziny w siedmiu obszarach: emocjonalnym, relacyjnym, rodzinnym, finansowym, przemocy fizycznej, prawnym i zdrowotnym. Ogólniej rzecz biorąc, dostępnych jest kilka narzędzi do oceny stresu rodzinnego i radzenia sobie z nim (np. [Orford i in., 2005](#)), obciążenia i samopoczucia opiekunów (np. [O'Malley i Qualls, 2017](#)) oraz klimatu rodzinnego (np. [Moos i Moos, 1986](#)), choć niewiele z nich zostało zastosowanych konkretnie w leczeniu SUD u młodzieży.

Możliwości.

Jak wspomniano powyżej, rodziny są podstawowym źródłem wsparcia instrumentalnego i innych rodzajów kapitału zdrowotnego dla młodzieży w wieku przejściowym, poddanej leczeniu SUD. Punktem wyjścia powinny być oceny kliniczne mające na celu uchwycenie statusu niezależności (omówionego powyżej) poszczególnych młodych osób, koncentrujące się na takich czynnikach, jak aspiracje edukacyjne i zawodowe, wsparcie finansowe i ubezpieczeniowe, zaangażowanie rodziny i inne formy kapitału społecznego oraz plany dotyczące samodzielnego życia ([Bergman i in., 2016](#); [Schwartz i in., 2011](#); [Smith i in., 2014](#); [Stone i in., 2012](#); [Sussman & Arnett, 2014](#)). Ponadto, zgodnie z modelem [Hennessy'ego i współpracowników \(2019\)](#), kompleksowa miara kapitału społecznego młodzieży skupiałaby się na czterech obszarach, z których każdy obejmuje pewien aspekt wsparcia rodzinnego: zasoby *finansowe*, które umożliwiają dostęp do wsparcia w procesie zdrowienia i chronią młodzież przed czynnikami stresogennymi (np. stabilna sytuacja życiowa, ubezpieczenie zdrowotne, niezawodny transport); zasoby *ludzkie* wykorzystywane do osiągnięcia indywidualnych celów (np. poczucie własnej skuteczności i motywacja, zdrowie psychiczne i fizyczne, zasoby religijne/duchowe); zasoby *społeczne* generowane poprzez relacje danej osoby z innymi, zwłaszcza zaangażowanie rodziny i świadomość kontaktów młodzieży w Internecie ([Anderson i in., 2018](#)); oraz zasoby *społecznościowe*, które obejmują formalne i nieformalne wsparcie w leczeniu i powrocie do zdrowia, a także postawy społeczności, takie jak piętno związane z uzależnieniem i nakazowe normy społeczne. Holistyczne środki oceny pozwoliłyby również ocenić, w jaki sposób powrót młodzieży do zdrowia wpływa na rodzinę jako system (np. [Edwards i in., 2018](#)).

Kolejną możliwością ulepszenia klinicznej oceny rodziny jest dostosowanie istniejących modeli oceny zaangażowania rodziny w usługi związane ze zdrowiem behawioralnym dzieci. Doskonałym przykładem jest model REACH ([Becker i in., 2015](#); [Becker i in., 2018](#); [Lindsey i in., 2014](#)), który zapewnia ramy dla konceptualizacji i pomiaru wykorzystania opartych na dowodach strategii promujących zaangażowanie rodziny w pięciu obszarach: relacje, oczekiwania, obecność, jasność, zadania domowe. Model REACH można wykorzystać do operacjonalizacji oceny zaangażowania rodziny w usługi związane z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) wśród młodzieży, dostosowując skale i elementy do potrzeb młodzieży w

wieku przejściowym. Ponadto model ten można rozszerzyć, aby oceniać zaangażowanie rodziny w kontekście kapitału zdrowotnego młodzieży.

Realizacja interwencji

Podstawa.

Obszerne dossier empirycznych dowodów na korzyści płynące z zaangażowania członków rodziny w aktywne leczenie młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych zostało podsumowane we wstępie, a także w wielu systematycznych przeglądach i metaanalizach (np. [Hogue i in., 2018](#); [Hogue i in., w druku](#); [Tanner-Smith i in., 2013](#)).

Możliwości.

Obecnie specjaliści zajmujący się zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) wykorzystują różne platformy technologiczne do realizacji interwencji behawioralnych, w szczególności konferencje telefoniczne i wideokonferencje ([Lin i in., 2019](#)), a od wybuchu pandemii COVID-19 gwałtownie wzrosło wykorzystanie teleinterwencji ([US Dept Health and Human Services, 2020](#)). Ponieważ uzależnienie jest chorobą przewlekłą i nawracającą ([McLellan i in., 2000](#)), samokontrola w codziennym życiu ma kluczowe znaczenie dla powodzenia leczenia. Jednak w konwencjonalnej praktyce rodziny dotknięte SUD otrzymują niewielkie wsparcie poza formalnymi placówkami leczniczymi, co przyczynia się do wysokiego odsetka niepowodzeń leczenia i nawrotów ([Quanbeck i in., 2014](#)). Możliwość szybkiej lub zautomatyzowanej reakcji teleinterwencji na nagłe potrzeby rodziny za pomocą adaptacyjnego oprogramowania interwencyjnego może mieć transformacyjny wpływ na obszar usług dla młodzieży z SUD, biorąc pod uwagę, że teleinterwencja może mieć miejsce, gdy rodziny znajdują się w bezpośrednim otoczeniu, w którym najczęściej występują pragnienia i używanie substancji przez klientów ([Campbell i in., 2015](#)).

Wysiłki zmierzające do reorganizacji usług leczenia młodzieży poprzez zwiększenie zaangażowania rodziny muszą być oparte na potrzebach rozwojowych młodzieży w wieku przejściowym. Obejmują one czynniki związane z niezależnością, które są szczególnie istotne dla skutecznych interwencji SUD w tej grupie wiekowej: konceptualizacja SUD jako przewlekłej choroby medycznej z ciągłym powrotem do zdrowia, uznanie normalności dążenia do autonomii i tego, że jest to zdrowy trop rozwojowy, kładzenie nacisku na inwestycję w leczenie, a nie na rutynowe przestrzeganie zasad, wspieranie celów SU innych niż abstynencja, zajęcie się szerokimi zmianami w sieci społecznościowej oraz stosowanie metod komunikacji przyjaznych młodzieży ([Bergman i in., 2016](#)). Normatywne wyzwanie rozwojowe związane z „poczuciem bycia pomiędzy” ([Arnett, 2000](#)) odpowiada godnej ubolewania luce w badaniach nad SUD, w wyniku której młodzież w wieku przejściowym pozostaje pominięta w badaniach dotyczących leczenia z udziałem rodziny: Są oni niedostatecznie reprezentowani zarówno w badaniach dotyczących terapii rodzinnej z udziałem nastolatków ([Hogue i in., 2018](#)), jak i w badaniach dotyczących terapii par z udziałem dorosłych ([Hogue i in., w druku](#)). Opracowanie nowej generacji strategii leczenia SUD, mających na celu wykorzystanie różnorodnych sieci rodzinnych młodzieży w okresie przejściowym – opiekunów, członków dalszej rodziny, mentorów, partnerów romantycznych, współzależnych rówieśników, innych konfiguracji rodzin zastępczych – jest jednym z głównych priorytetów klinicznych i badawczych.

Ze względu na wysokie ryzyko przedawkowania wśród młodzieży nadużywającej opioidów, a także dobrze udokumentowane bariery utrudniające zaangażowanie młodzieży w usługi MOUD ([Hogue i in., 2021](#)), ważne jest opracowanie nowych strategii zaangażowania rodzin w MOUD. Jedną z obiecujących innowacji zorientowanych na rodzinę jest interwencja Youth Opioid Recovery Support (YORS) ([Fishman i in., 2020](#); [Wenzel & Fishman, 2020](#)). YORS to asertywna, wieloskładnikowa interwencja behawioralna, której celem jest zwiększenie przestrzegania zaleceń MOUD i zmniejszenie nawrotów uzależnienia od opioidów wśród młodzieży. YORS mobilizuje praktyczne strategie rodzicielskie w celu ukierunkowania korzystania z usług przez młodą osobę, która nie jest jeszcze w pełni zdolna do samodzielnego podtrzymania wysiłków, jednocześnie promując autonomię młodzieży, która wzmacnia się wraz z stopniowym dojrzewaniem i wyleczeniem choroby. Strategie zaangażowania rodziny obejmują wprowadzenie ról członków rodziny, edukację w zakresie MOUD oraz wspólne planowanie leczenia, które obejmuje określenie warunków i planów awaryjnych dla różnych scenariuszy przebiegu leczenia. Kiedy młodzież rezygnuje z usług MOUD, YORS zwiększa zaangażowanie rodziny poprzez rozmowy telefoniczne, wiadomości tekstowe, połączenie z wsparciem rówieśników oraz sesje terapii behawioralnej skoncentrowanej na rodzinie, aby wspierać rodziny w wykorzystaniu ich relacji i zasobów w celu zwiększenia skuteczności leczenia. W pilotażowym badaniu YORS poprawił wyniki leczenia i nawrotów w porównaniu ze standardowym leczeniem ([Fishman et al., 2020](#)).

Dwie powiązane interwencje behawioralne mające na celu poprawę usług MOUD dla młodzieży to psychoedukacja rodziny i wspólne podejmowanie decyzji. Edukacja rodziny w zakresie OUD może zapewnić uporządkowane informacje na temat objawów OUD, przebiegu choroby, wpływu na różne obszary funkcjonowania, indywidualnych różnic i praktyk MOUD. Wykazano, że psychoedukacja rodziny zwiększa przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia farmakologicznego i behawioralnego oraz poprawia wyniki leczenia (np. [Cummings & Fristad, 2007](#); [Lincoln et al., 2007](#)) oraz poprawia funkcjonowanie prospołeczne (np. [Ferrin et al., 2014](#)) u klientów z różnymi zaburzeniami. Psychoedukację rodziny można połączyć z coachingiem decyzji opartym na rodzinie ([Langer & Jensen-Doss, 2018](#)), aby zwiększyć liczbę osób zapisujących się do programu MOUD, utrzymanie się w nim i przestrzeganie zaleceń, pomagając klientom ustalić priorytety w zakresie opieki zdrowotnej, wspólnie przetworzyć postawy młodzieży i rodziny wobec MOUD w kontekście decyzji dotyczących kosztów i korzyści związanych z usługami MOUD oraz sformułować decyzje dotyczące stosowania leków skoncentrowane na kliencie (patrz [Davis et al., 2012](#); [Hogue i in., 2020](#)).

Wsparcie w powrocie do zdrowia

Usługi wsparcia w powrocie do zdrowia (RSS) dla osób z SUD obejmują szereg usług mających na celu promowanie trwałych wysiłków na rzecz uniknięcia lub ograniczenia SU oraz poprawy samopoczucia ([Laudet & Humphreys, 2013](#); [Ashford et al., 2019](#)). W ciągu ostatniej dekady zmiany w polityce i praktykach ubezpieczeniowych znacznie zwiększyły dostępność, przystępność i różnorodność RSS ([Laudet & Humphreys, 2013](#)), czyniąc takie usługi podstawą ciągłości leczenia. Dla celów heurystycznych dzielimy RSS na trzy szerokie kategorie: (1) *Profesjonalne*: usługi oferowane przez licencjonowanych klinicystów w kontekście relacji między dostawcą a klientem. Profesjonalne RSS są zazwyczaj uzupełnieniem lub przedłużeniem aktywnego leczenia, zgodnie z modelami opieki ciągłej, w fazie ciągłego monitorowania i utrzymania leczenia. (2) *Rówieśnicze/społeczne*: wsparcie oferowane przez osoby, które mają podobne doświadczenia życiowe w kontekście relacji rówieśniczych. Obejmują one coaching rówieśniczy w zakresie zdrowienia, trzeźwe środowiska edukacyjne, ośrodki społecznościowe zajmujące się zdrowieniem oraz grupy wzajemnej pomocy, które łączą wsparcie rówieśnicze poprzez wspólne doświadczenia związane z zdrowieniem podczas spotkań grupowych oraz relacje mentorskie z starszymi rówieśnikami (zwanymi sponsorami) poza spotkaniami. (3) *DTC*: wsparcie oferowane przez media społecznościowe lub inne podmioty pośredniczące w przekazywaniu informacji, do których osoby dotknięte problemem mają bezpośredni dostęp. Obejmuje ono standardowe (np. poradniki, biuletyny internetowe) i dostosowane do indywidualnych potrzeb (np. telefoniczne lub cyfrowe infolinie) materiały edukacyjne i motywacyjne. Kiedy osoby korzystają ze wsparcia bezpośredniego dla konsumentów (DTC) bez pośrednictwa zewnętrznego podmiotu, uznaje się to za „nieasystowaną” lub „naturalną” ścieżkę do zdrowienia ([Kelly i in., 2017](#)). Należy podkreślić, że rynek RSS jest zdominowany przez usługi skierowane do poszczególnych młodych ludzi, a nie do rodzin ([Kelly i in., 2018](#)).

Wsparcie rodziny w procesie zdrowienia młodzieży

Podstawa.

Modele oparte na dowodach naukowych dotyczące asertywnej opieki ciągłej (patrz [Godley i in., 2010, 2014](#)) stanowią, że kiedy młodzież przechodzi od intensywnego leczenia do utrzymania zdrowienia, świadczeniodawcy podejmują intensywne wysiłki, aby włączyć członków rodziny w sesje wzmacniające ukierunkowane na zdrowienie oraz procedury zarządzania klinicznego, sporadycznie lub w razie potrzeby. Oprócz udziału rodziny w sesjach wspierających istnieje optymizm, że zaangażowanie rodziny w zarządzanie zdrowieniem młodzieży może być ułatwione dzięki komunikacji cyfrowej z członkami rodziny i opartym na technologii wsparciu zdrowienia skoncentrowanemu na rodzinie (np. [Dennis i in., 2014](#)). Jednak obecnie nie ma popartych empirycznie podejść lub programów RSS, w których rodziny są systematycznie rekrutowane do pełnienia roli instrumentalnego wsparcia dla bieżących działań związanych z zdrowieniem młodzieży.

Możliwości.

Specjaliści mogą skorzystać z kilku solidnych strategii zarządzania procesem zdrowienia młodzieży, aby monitorować młodzież podczas opieki po zakończeniu leczenia, zachęcać do nawiązywania kontaktów z rówieśnikami/społecznością RSS i ponownie angażować ją w aktywne leczenie, gdy jest to uzasadnione ([Fisher, 2014](#)). Na skuteczność tych strategii ukierunkowanych na młodzież można znacznie zwiększyć poprzez bezpośrednie zaangażowanie rodzin. Zgodnie z podejściem opartym na współpracy z rodziną ([Hornberger & Smith, 2011](#)), usługodawcy mogą dostosować interwencje angażujące rodziny (opisane powyżej) w celu nawiązania partnerstwa z członkami rodziny w zakresie zarządzania RSS. Ułatwiłoby to dostawcom usług i rodzinom dzielenie się informacjami na temat promowania powrotu młodzieży do zdrowia, a także pozyskiwanie przez dostawców usług członków rodzin jako rzeczników zasobów, którzy aktywnie pomagają młodzieży w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami/społecznością i usługami DTC, zmniejszając w ten sposób luki w opiece po zakończeniu leczenia młodzieży ([Ventura & Bagley, 2017](#)). W razie potrzeby dostawcy mogą również wybrać oparte na dowodach interwencje rodzinne (opisane powyżej) jako główne podejście lub główny element działań wspomagających leczenie zaplanowanych na okresy zdrowienia. Podobną opcją, ale o słabej podstawie dowodowej, są programy zdrowienia rodziny, które gromadzą grupy dotkniętych problemem członków rodziny w celu zbadania procesów zmian i dobrego samopoczucia rodziny ([Buckley-Walker i in., 2017](#); [Toumbourou i Bamberg, 2008](#)). Inną profesjonalną opcją RSS, o mieszanych dowodach, jest współpraca z opiekunem w celu opracowania i wdrożenia domowych planów zarządzania sytuacjami awaryjnymi, w ramach których młodzież przestrzega uzgodnionego systemu nagród za postępy w realizacji celów związanych z ograniczeniem SU lub innych celów związanych z powrotem do zdrowia (np. [Godley i in., 2014](#); [Letourneau i in., 2017](#)). Istnieje wyraźny popyt na zasoby DTC mające na celu poprawę nawyków rodzicielskich jako aspekt zarządzania zdrowieniem z SUD, ale badania w tym zakresie są skąpe (patrz [Becker i in., 2017](#)). Ostatnie badania przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych ([Ryan-Pettes i in., 2019](#)) i sądowych ([Folk i in., 2020](#)) wykazały, że większość opiekunów pragnęła stałego wsparcia DTC w zakresie rodzicielstwa podczas opieki po zakończeniu leczenia.

Skuteczność wsparcia rówieśniczego/społecznego i bezpośredniego wsparcia dla młodzieży można by zwiększyć, gdyby podejścia te kładły większy nacisk na pomoc młodzieży w umacnianiu sieci rodzinnych. Wspierające relacje osobiste z członkami rodziny są same w sobie kluczowym źródłem społecznego kapitału regeneracyjnego; ponadto pozytywne relacje z członkami rodziny mogą otworzyć dostęp do innych rodzajów kapitału regeneracyjnego (np. finansowego, społecznego), powodując synergiczną interakcję między obszarami kapitału ([Hennessy et al., 2019](#)). Może to być szczególnie istotne dla młodych dorosłych, którzy są w separacji ze swoimi rodzinami pochodzenia, ale pozostają w kontakcie z innymi zainteresowanymi dorosłymi w swoim kręgu rodziny z wyboru. Potrzebne są badania w celu oceny potencjalnych korzyści płynących z włączenia do usług rówieśniczych/społecznych i DTC programów zorientowanych na rodzinę, które wspierają młodzież w dążeniu do zdrowych (ponownych) relacji z rodziną i (ponownego) inwestowania w cele rodzinne.

Dbanie o siebie przez członków rodziny

Podstawa.

Zgodnie z naszą wiedzą nie istnieją poparte empirycznie podejścia lub programy RSS, które w wiarygodny sposób poprawiałyby zachowania związane z samoopieką lub samopoczuciem członków rodziny młodzieży z SUD.

Możliwości.

CRAFT (omówiony powyżej; [Smith & Meyers, 2007](#)) to interwencja realizowana przez dostawcę usług, czasami reklamowana jako skuteczna w poprawie osobistego samopoczucia rodziców młodzieży lub małżonków dorosłych z SUD. Jednak niewiele badań dokładnie zbadało wpływ CRAFT na samopoczucie bliskich osób ([Archer et al., 2020](#)), a dotychczasowe wyniki są niejednoznaczne (np. [Bischof et al., 2016](#); [Kirby et al., 2017](#)). Dziedzina ta skorzystałaby na dodatkowych badaniach nad CRAFT i innymi profesjonalnymi podejściami do radzenia sobie ze stresem i mechanizmami radzenia sobie, problemami behawioralnymi oraz ogólnym samopoczuciem członków rodziny dotkniętych SUD u młodzieży.

Jeśli chodzi o RSS rówieśnicze/społeczne, w dziedzinie zdrowia psychicznego istnieją solidne dowody na skuteczność psychoedukacji grupowej rodzin (np. [Dixon i in., 2011](#)), a także rośnie liczba wykwalifikowanych rzeczników rodzinnych (zwanych również rówieśnikami rodzinnymi), z których wielu ma doświadczenie jako opiekunowie dotknięci SUD, a których celem jest między innymi pomoc opiekunom w uzyskaniu dostępu do zasobów dotyczących samoopieki ([Gagne i in., 2018](#)). Jednak badania nad RSS opartym na rówieśnikach w przypadku SUD są dość ograniczone zarówno pod względem ilości, jak i jakości ([Bassuk i in., 2016](#); [Eddie i in., 2019](#)), a praktycznie nie ma badań sprawdzających wpływ na samopoczucie CSO (ale zob. [Carpenter i in., 2020](#)). Kontrolowane badania nad modelami coachingu rodzicielskiego „rodzina dla rodziny” oraz grupami wzajemnej pomocy dla młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) wniosłyby ogromny wkład w zrozumienie, czy i jak takie usługi działają.

Dla osób z SUD grupy wzajemnej pomocy są najczęściej wykorzystywanym RSS opartym na rówieśnikach/społeczności w Stanach Zjednoczonych ([Bekkering i in., 2016](#); [Kelly i in., 2018](#)), a kompleksowe przeglądy wykazały, że uczestnictwo w grupach ma pozytywny wpływ na powrót do zdrowia zarówno osób dorosłych ([Bassuk i in., 2016](#); [Kelly i in., 2020](#)), jak i, na podstawie kilku badań o ograniczonej rygorystyczności, nastolatków ([Bekkering i in., 2016](#); [Hennessy & Fisher, 2015](#)). Grupy wzajemnej pomocy są również szeroko dostępne, aby pomóc członkom rodzin osób z SUD (np. Al-Anon), a kilka badań opartych na ankietach przeprowadzonych wśród członków wykazało poprawę w zakresie samoopieki członków (np. [Timko i in., 2016](#)). Wydaje się, że ten obszar praktyki zdrowienia jest gotowy do przeprowadzenia rygorystycznych badań dotyczących dostępu członków rodzin do usług i wyników wśród rodzin młodzieży z SUD.

Można uznać, że telezdrowie DTC stanowi wielką granicę dla badań nad wspieraniem samoopieki członków rodziny. Przykłady powszechnie dostępnych zasobów telezdrowia DTC skierowanych do członków rodziny obejmują wsparcie *synchroniczne* (tj. komunikację w czasie rzeczywistym z osobami wspierającymi), takie jak infolinie, coaching rówieśniczy, fora networkingowe oraz internetowe grupy edukacyjne i wzajemnej pomocy prowadzone przez profesjonalistów i rówieśników; oraz wsparcie *asynchroniczne* (tj. archiwizowana lub publikowana komunikacja), takie jak automatyczne wiadomości tekstowe, samodzielne programy internetowe i cyfrowe wsparcie internetowe (w tym platformy mediów społecznościowych) (patrz [Molfenter et al., 2018](#); [Muench et al., 2020](#)). Pomimo tej obfitości, niewiele wiadomo na temat tego, które zasoby teleinformatyczne DTC RSS przyniosą wymierne korzyści w zakresie powrotu do zdrowia wśród osób z SUD ([Ashford i in., 2020](#); [Nesváq & McKay, 2018](#)), a jeszcze mniej na temat możliwych korzyści dla dobrego samopoczucia członków rodziny. Chociaż rozpowszechnienie takich zasobów (np. [drugfree.org](#)) można uznać za korzyść samą w sobie, ich wartość wzrosłaby w miarę potwierdzania ich skuteczności.

Wnioski

Postępy w badaniach, praktyce i programach politycznych mających na celu zwiększenie zaangażowania rodziny w leczenie i powrót do zdrowia osób z SUD w wieku przejściowym pozostają trudną drogą. Istnieją znaczące luki i bariery w zaangażowaniu rodzin w usługi dla młodzieży z SUD na wielu poziomach. Praktycy często mają uprzedzenia wobec rodzin, uważając je za przyczynę lub czynnik podtrzymujący („umożliwiający”) SU, brakuje im umiejętności lub motywacji do angażowania rodzin, uważają, że większość lub wszyscy młodzi ludzie z SUD potrzebują jednostronnej indywidualizacji od swoich rodzin ([Hornberger & Smith, 2011](#)) i mogą sztywno stosować zasady poufności kosztem współpracy opartej na konsensusie. Agencje często nie traktują priorytetowo działań informacyjnych lub planowania leczenia skoncentrowanego na rodzinie ([SAMHSA, 2020b](#)). Same rodziny doświadczają braku zasobów, niskiego poziomu zaufania i niechęci związanej ze stygmatyzacją do angażowania się w systemy opieki SUD ([England-Kennedy & Horton, 2011](#)).

Te i inne bariery sprawiły, że zaangażowanie rodziny w usługi SUD jest raczej wyjątkiem niż regułą. Jednak aktywne zaangażowanie rodziny ma kluczowe znaczenie dla rozwoju, aby osiągnąć pozytywne wyniki i utrzymać długotrwałe wyleczenie wśród młodzieży. Jeśli rodziny zostaną odpowiednio zrekrutowane i zintegrowane z ciągłością usług SUD, mogą one przesunąć równowagę w kierunku skutecznego identyfikowania problemów i angażowania się w leczenie, pomóc w utrwaleniu aktywnych

korzyści płynących z leczenia oraz ułatwić rutynowy dostęp do RSS zorientowanych na młodzież i rodzinę. Jak opisano powyżej, trzy obszary ciągłości usług zawierają niewiele lub nie zawierają żadnych dowodów dotyczących angażowania rodzin w opiekę nad osobami z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD): profesjonalne badania przesiewowe rodzin (identyfikacja problemów), samodzielne zgłaszanie się rodzin (identyfikacja problemów) oraz samodzielna opieka członków rodziny (wsparcie w powrocie do zdrowia). W tych obszarach tym ważniejsze jest promowanie obiecujących możliwości tworzenia bazy dowodowej, która może następnie służyć jako fundament zarówno dla naukowców, jak i praktyków.

Istnieją kompleksowe plany działania oparte na dowodach naukowych dotyczących angażowania rodzin w leczenie i powrót do zdrowia osób z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (np. [SAMHSA, 2020b](#)). Wyzwaniem, przed którym stoimy, jest odkrycie, jak wdrożyć te praktyki — osiągnięcie sukcesu w zakresie ich przyjęcia i wdrożenia przez doradców, organizacje świadczące usługi, agencje regulacyjne i rodziny. Twierdzimy, że aby skutecznie sprostać temu wyzwaniu, muszą nastąpić trzy fundamentalne zmiany w dotychczasowych usługach związanych z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. Po pierwsze, konieczne jest dynamiczne pogodzenie fałszywych lub mylących rozróżnień, które są powszechne w praktyce i badaniach dotyczących leczenia i powrotu do zdrowia w przypadku SUD: profesjonalne versus nieprofesjonalne versus opcje usług DTC; rodziny jako przeszkody versus sojusznicy versus osoby dotknięte problemem wymagające wsparcia w zakresie samoopieki; oraz planowanie powrotu do zdrowia skoncentrowane na młodzieży versus rodzinie, żeby wymienić tylko kilka. Opisane powyżej podstawy badawcze i możliwości są proponowane jako jeden ze sposobów przyspieszenia tego procesu.

Po drugie, krajowy system leczenia SUD musi trzeźwo rozważyć niezliczone mechanizmy, poprzez które może wywierać negatywny wpływ na młodzież i rodziny w kontekście usług opartych na kontroli społecznej, w tym na leczenie przymusowe, które może być nadmiernie represyjne, oraz konsekwencje karne za nieakceptowane zachowania związane z SU (np. [Wild, 2006](#)). Bez takiego rozważenia inicjatywy mające na celu zwiększenie zaangażowania rodziny w tych kontekstach mogą raczej powodować szkody niż sprzyjać powrotowi do zdrowia. Zgodnie ze zmianami systemowymi, poszczególni dostawcy usług mogą podejmować działania mające na celu przeciwdziałanie potencjalnym skutkom jatrogennym leczenia, pomagając młodzieży i rodzinom w rozpoznawaniu społecznych ograniczeń dotyczących osobistej sprawczości, identyfikowaniu mocnych stron i odporności, a zwłaszcza w przypadku rodzin znajdujących się w opresyjnych kontekstach, działając jako sojusznicy klientów dążących do przeciwstawienia się internalizowanej opresji i pokonywania ograniczeń systemowych ([McDowell et al., 2017](#)). Dostawcy usług powinni być również wyczuleni na potencjalne szkody, ale także warunkowe korzyści wynikające z zaangażowania członków rodziny w kontekście przemocy wobec dzieci/zaniechania, przemocy w rodzinie i innych traum związanych z rodziną.

Po trzecie, system usług dla młodzieży z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (SUD) musi stać się ściśle zorientowany na relacje. Najnowsze coroczne badanie praktyk dostawców usług SUD ([SAMHSA, 2019](#)) nie wymienia żadnego podejścia klinicznego lub terapeutycznego, które byłoby zasadniczo oparte na rodzinie. To pominięcie potwierdza, że chociaż większość dostawców usług twierdzi, że angażuje rodziny w rutynowe programy, podejścia rodzinne oparte na dowodach naukowych nie są powszechnie stosowane. Ponadto, podczas gdy głównym celem wsparcia młodzieży w procesie zdrowienia jest poprawa jakości życia osobistego i rodzinnego/społecznego, obecny krajobraz usług behawioralnych oferuje niewiele w zakresie ram optymalnych relacji rodzinnych, jakie mogą lub powinny wyglądać podczas procesu zdrowienia ([Ashford et al., 2019](#)). Trzeba jednak uczciwie przyznać, że kompleksowy plan działania [SAMHSA \(2020b\)](#) zawiera obszernie zalecenia dotyczące angażowania rodzin w leczenie SUD. Aby przekształcić systemy opieki SUD w systemy zorientowane na relacje, konieczne będzie nie tylko sformułowanie aspiracji, ale także większe dostosowanie całego systemu do relacji rodzinnych i cech kontekstu kulturowego, które kształtują doświadczenia użytkowników usług SUD ([Kirmayer i in., 2016](#)). Będzie to również wymagało przejścia w kierunku relacyjnych konceptualizacji problemów i rozwiązań, bardziej płynnych i elastycznych ról młodzieży i CSO, bogatszych i bardziej złożonych narracji dotyczących życia młodzieży i rodziny oraz przejścia od „samotności” do „wspólnoty” w leczeniu SUD. Przemianę tę można znacznie ułatwić poprzez szkolenie dostawców usług w zakresie rozpoznawania i zwalczania stygmatyzacji oraz nieświadomych uprzedzeń dotyczących SU wśród młodzieży, a także poprzez wspieranie dostawców usług w swobodnym rozmowach z rodzinami na temat SU. W ten sposób dostawcy usług nieuchronnie zrozumieją, że zaangażowanie rodziny jest rutynowo korzystne, a nie szkodliwe dla powrotu do zdrowia, co jest przesłanką, z której prawdopodobnie wynikną skuteczniejsze interwencje i wsparcie ([Heru, 2015](#)).

Najważniejsze informacje zawarte w manuskrypcie.

- Rodziny są kluczowym zasobem, ale nie są rutynowo uwzględniane w praktyce klinicznej dotyczącej SUD u młodzieży.
- Istnieją silne przesłanki rozwojowe i empiryczne przemawiające za zwiększeniem zaangażowania rodziny w świadczenie usług.
- Zaangażowanie rodziny można zwiększyć na każdym etapie leczenia SUD i procesu zdrowienia
- Istnieją fundamentalne ustalenia i obiecujące możliwości rozwoju badań nad zaangażowaniem rodziny.

Podziękowania

Aaron Hogue i Molly Bobek, Family and Adolescent Clinical Technology & Science, Partnership to End Addiction; Sara J. Becker, Center for Alcohol and Addictions Studies, Brown University School of Public Health; Kevin Wenzel i Marc Fishman, Maryland Treatment Centers; Craig E. Henderson, Department of Psychology, Sam Houston State University; Sharon Levy, Adolescent Substance Use and Addiction Program, Boston Children's Hospital, Harvard Medical School.

Praca ta została wsparta przez finansowaną przez NIDA sieć badawczą Family Involvement in Recovery Support and Treatment (FIRST) (R24DA051946; PI: Hogue).

Przypisy

Zastrzeżenie wydawcy: Niniejszy plik PDF zawiera nieedytowaną wersję manuskryptu, który został przyjęty do publikacji. W ramach usługi dla naszych klientów udostępniamy tę wczesną wersję manuskryptu. Manuskrypt zostanie poddany redakcji, składowi i korekcie przed opublikowaniem w ostatecznej formie. Należy pamiętać, że podczas procesu produkcji mogą zostać wykryte błędy, które mogą mieć wpływ na treść, oraz że mają zastosowanie wszystkie zastrzeżenia prawne dotyczące czasopisma.

Oświadczenia o interesach: brak.

Informacje o autorach

Aaron Hogue, Partnerstwo na rzecz walki z uzależnieniami.

Sara J. Becker, Centrum Badań nad Alkoholizmem i Uzależnieniami przy Szkole Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Browna

Kevin Wenzel, Maryland Treatment Centers.

Craig E. Henderson, Uniwersytet Stanowy im. Sama Houstona

Molly Bobek, Partnerstwo na rzecz Walki z Uzależnieniami.

Sharon Levy, Szpital Dziecięcy w Bostonie, Harvard Medical School.

Marc Fishman, Ośrodki Leczenia Maryland.

Referencje

1. Ali B, Fisher DA, Miller TR, Lawrence BA, Spicer RS, Swedler DI i Allison J (2019). Trendy w zgonach spowodowanych zatruciem narkotykami wśród nastolatków i młodych dorosłych w Stanach Zjednoczonych w latach 2006–2015. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 80, 201–210. 10.15288/jsad.2019.80.201 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Anderson M, Jiang J, & Center PR (2018). Nastolatki, media społecznościowe i technologia. <https://www.pewresearch.org/internet/2018/05/31/teens-social-media-technology-2018/>
3. Archer M, Harwood H, Stevelink S, Rafferty L i Greenberg N (2020). Wzmocnienie społeczności i szkolenie rodziny a wskaźniki rozpoczęcia leczenia: przegląd systematyczny. *Addiction*, 115, 1024–1037. 10.1111/add.14901 [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

4. Ariss T, & Fairbairn CE (2020). Wpływ zaangażowania bliskich osób w leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych: metaanaliza. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 526–540. 10.1037/ccp0000495 [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
5. Arnett JJ (2000). Wchodzenie w dorosłość: teoria rozwoju od późnej młodości do wieku dwudziestu kilku lat. *American Psychologist*, 55, 469. 10.1037/0003-066X.55.5.469 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
6. Arnett JJ (red.) (2015). Podręcznik oxfordzki dotyczący wczesnej dorosłości. NY: Oxford. [\[Google Scholar\]](#)
7. Ashford RD, Bergman BG, Kelly JF i Curtis B (2020). Przegląd systematyczny: Cyfrowe usługi wsparcia w wychodzeniu z uzależnień stosowane w leczeniu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2, 18–32. 10.1002/hbe2.148 [\[DOI\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
8. Ashford RD, Brown A, Brown T, Callis J, Cleveland HH, ... i Manteuffel B (2019). Definiowanie i operacjonalizacja zjawiska zdrowienia: robocza definicja opracowana przez zespół badawczy zajmujący się nauką o zdrowieniu. *Badania i teoria uzależnień*, 27, 179–188. 10.1080/16066359.2018.1515352 [\[DOI\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
9. Baker-Ericzén MJ, Jenkins MM, & Haine-Schlagel R (2013). Perspektywy terapeutów, rodziców i młodzieży dotyczące barier w leczeniu w ramach ambulatoryjnych usług zdrowia psychicznego skoncentrowanych na rodzinie. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 854–868. 10.1007/s10826-012-9644-7 [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
10. Bassuk EL, Hanson J, Greene RN, Richard M, & Laudet A (2016). Usługi wsparcia w zakresie wychodzenia z uzależnień świadczone przez rówieśników w Stanach Zjednoczonych: przegląd systematyczny. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1–9. 10.1016/j.jsat.2016.01.003 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
11. Becker KD, Boustani M, Gellatly R i Chorpita BF (2018). Czterdzieści lat badań nad zaangażowaniem w usługi związane ze zdrowiem psychicznym dzieci: wielowymiarowe pomiary i elementy praktyczne. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47, 1–23. 10.1080/15374416.2017.1326121 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
12. Becker KD, Lee BR, Daleiden EL, Lindsey M, Brandt NE i Chorpita BF (2015). Wspólne elementy zaangażowania w usługi związane ze zdrowiem psychicznym dzieci: które elementy dla których wyników? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44, 30–43. 10.1080/15374416.2013.814543 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
13. Becker SJ (2015). Marketing bezpośredni skierowany do konsumentów: uzupełniające podejście do tradycyjnych działań w zakresie rozpowszechniania i

- wdrażania interwencji dotyczących zdrowia psychicznego i nadużywania substancji psychoaktywnych. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22, 85–100. 10.1111/cpsp.12086 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Becker SJ, Helseth SA, Tavares TL, Squires DD, Clark MA, Zeithaml VA i Spirito A (2020). Marketing oparty na informacjach od użytkowników a standardowy opis w celu zwiększenia popytu na terapię opartą na dowodach naukowych: randomizowane badanie kontrolowane. *American Psychologist*, 75, 1038. 10.1037/amp0000635 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 15. Becker SJ, Hernandez L, Spirito A, & Conrad S (2017). Interwencja wspomagana technologią dla rodziców nastolatków przebywających w stacjonarnych ośrodkach leczenia uzależnień: protokół otwartego badania i pilotażowego badania z randomizacją. *Addiction Science & Clinical Practice*, 12, 1. 10.1186/s13722-016-0067-4 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 16. Becker SJ, Spirito A, & Vanmali R (2016). Postrzeganie „praktyki opartej na dowodach” wśród konsumentów leczenia uzależnień nastolatków. *Health Education Journal*, 75, 358–369. 10.1177/0017896915581061 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 17. Bekkering GE, Mariën D, Parylo O, & Hannes K (2016). Skuteczność grup samopomocy dla nastolatków nadużywających substancji psychoaktywnych: przegląd systematyczny. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 25, 229–244. 10.1080/1067828X.2014.981772 [[DOI](#)] [[Google Scholar](#)]
 18. Belenko S, Knight D, Wasserman GA, Dennis M, Wiley T, Taxman FS, Oser C, Dembo R, Robertson A i Sales J (2017). Kaskada usług behawioralnych w ramach wymiaru sprawiedliwości wobec nieletnich: nowe ramy pomiaru niezaspokojonych potrzeb w zakresie usług leczenia uzależnień wśród nieletnich przestępców. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 74, 80–91. 10.1016/j.jsat.2016.12.012 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 19. Benishek LA, Carter M, Clements NT, Allen C, Salber KE, Dugosh KL, & Kirby KC (2012). Ocena psychometryczna samodzielnie wypełnianej wersji ankiety dotyczącej osób bliskich. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 986–993. 10.1037/a0030378 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
 20. Bergman BG, Kelly JF, Nargiso JE i McKowen JW (2016). „The Age of Feeling in-Between”: Addressing challenges in the treatment of emerging adults with substance use disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 270–288. 10.1016/j.cbpra.2015.09.008 [[DOI](#)] [[Google Scholar](#)]

21. Bischof G, Iwen J, Freyer-Adam J i Rumpf HJ (2016). Skuteczność wzmocnienia społecznościowego i szkolenia rodzinnego dla bliskich osób uzależnionych od alkoholu, które odmawiają leczenia: randomizowane badanie kontrolowane. Uzależnienie od narkotyków i alkoholu, 163, 179–185. 10.1016/j.drugalcdep.2016.04.015 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
22. Brener ND, Billy JO, & Grady WR (2003). Ocena czynników wpływających na wiarygodność samodzielnie zgłaszanych zachowań ryzykownych dla zdrowia wśród nastolatków: Dowody z literatury naukowej. Journal of Adolescent Health, 33, 436–457. 10.1016/S1054-139X(03)00052-1 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
23. Buckheit KA, Moskal D, Spinola S, & Maisto SA (2018). Przebieg kliniczny i nawroty wśród nastolatków zgłaszających się na leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych: najnowsze wyniki badań. Current Addiction Reports, 5, 174–191. 10.1007/s40429-018-0209-8 [\[DOI\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
24. Buckley-Walker K, Crowe TP, & Caputi P (2017). Wzmocnienie osobiste i relacyjne: ramy dla powrotu rodziny do zdrowia. Advances in Dual Diagnosis, 10, 25–38. 10.1108/ADD-03-2016-0009 [\[DOI\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
25. Burgoyne N, & Cohn AS (2020). Wnioski z przejścia na teleterapię relacyjną podczas COVID- 19. Family Process, epub przed drukiem. 10.1111/famp.12589 [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
26. Campbell AN, Muench F, & Nunes EV (2015). Technologiczne interwencje behawioralne w przypadku problemów związanych z nadużywaniem alkoholu i narkotyków. W: Marsch, Lord, & Dallery (red.). Opieka behawioralna i technologia: wykorzystanie innowacji opartych na nauce do transformacji praktyki (s. 40–57). NY: Oxford. 10.1093/med/9780199314027.003.0004 [\[DOI\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
27. Carpenter KM, Foote J, Hedrick T, Collins K i Clarkin S (2020). Opieranie się na wspólnych doświadczeniach: ocena telefonicznego programu wsparcia rodziców dla rodziców, mającego na celu pomoc rodzicom w walce z nadużywaniem substancji psychoaktywnych przez ich dzieci. Addictive Behaviors, 100, 106103. 10.1016/j.addbeh.2019.106103 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
28. Casey BJ, Jones RM, & Somerville LH (2011). Hamowanie i przyspieszanie rozwoju mózgu nastolatków. Journal of Research on Adolescence, 21, 21–33. 10.1111/j.1532-7795.2010.00712.x [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
29. Christakou A, Gershman SJ, Niv Y, Simmons A, Brammer M, & Rubia K (2013). Neuronalne i psychologiczne dojrzewanie procesu podejmowania decyzji w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości. Journal of Cognitive

- Neuroscience, 25, 1807–1823. [10.1162/jocn_a_00447](https://doi.org/10.1162/jocn_a_00447) [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
30. Coatsworth JD, Santisteban DA, McBride CK i Szapocznik J (2001). Krótka strategiczna terapia rodzinna a kontrola społeczna: zaangażowanie, utrzymanie i badanie moderującej roli nasilenia objawów u nastolatków. *Family Process*, 40, 313–332. [10.1111/j.1545-5300.2001.4030100313.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2001.4030100313.x) [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
31. Cummings CM i Fristad MA (2007). Leki przepisywane dzieciom z zaburzeniami nastroju: skutki programu psychoedukacyjnego opartego na rodzinie. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15, 555. [10.1037/1064-1297.15.6.555](https://doi.org/10.1037/1064-1297.15.6.555) [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
32. Davis CC, Claudius M, Palinkas LA, Wong JB i Leslie LK (2012). Rodziny w centrum uwagi: perspektywa rodziny w podejmowaniu decyzji dotyczących ADHD i implikacje dla opieki nad osobami z ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16, 675–684. [10.1177/1087054711413077](https://doi.org/10.1177/1087054711413077) [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
33. Dennis ML, Scott CK i Laudet A (2014). Poza murami: najnowsze badania dotyczące zarządzania procesem zdrowienia z zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. *Current Psychiatry Reports*, 16, 442. [10.1007/s11920-014-0442-3](https://doi.org/10.1007/s11920-014-0442-3) [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
34. Dixon LB, Lucksted A, Medoff DR, Burland J, Stewart B, Lehman AF, ... i Murray-Swank A (2011). Wyniki randomizowanego badania programu edukacyjnego dla rodzin osób chorych psychicznie, prowadzonego przez rówieśników. *Psychiatric Services*, 62, 591–597. [10.1176/ps.62.6.pss6206_0591](https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0591) [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
35. Eddie D, Hoffman L, Vilsaint C, Abry A, Bergman B, Hoepfner B, ... & Kelly J (2019). Doświadczenia związane z nowymi modelami opieki nad osobami uzależnionymi: systematyczny przegląd usług wsparcia rówieśniczego i coachingu w zakresie zdrowienia. *Frontiers in Psychology*, 10, 1052. [10.3389/fpsyg.2019.01052](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01052) [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
36. Edwards M, Best D, Irving J, & Andersson C (2018). Życie w zdrowieniu: perspektywa rodzin. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 36, 437–458. [10.1080/07347324.2018.1488553](https://doi.org/10.1080/07347324.2018.1488553) [\[DOI\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
37. England-Kennedy ES i Horton S (2011). „Wszystko, czym według mnie mieli być, nie było”: Systemy rodzinne jako wsparcie i przeszkoda w zdrowieniu. *Social Science & Medicine*, 73, 1222–1229. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.socscimed.2011.07.006> [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)

38. Ferrin M, Moreno-Granados JM, Salcedo-Marin MD, Ruiz-Veguilla M, Perez-Ayala V, & Taylor E (2014). Ocena programu psychoedukacyjnego dla rodziców dzieci i młodzieży z ADHD: natychmiastowe i długoterminowe efekty w oparciu o ślepa, randomizowaną próbę kontrolowaną. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23, 637–647. 10.1007/s00787-013-0494-7 [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
39. Fisher EA (2014). Wsparcie dla młodych ludzi w procesie zdrowienia: co istniejące formy wsparcia mówią o środowisku sprzyjającym zdrowieniu? *Peabody Journal of Education*, 89, 258–270. 10.1080/0161956X.2014.897104 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
40. Fisher SL, Bucholz KK, Reich W, Fox L, Kuperman S, Kramer J, ... & Bierut LJ (2006). Nastolatki mają rację — rodzice nie wiedzą zbyt wiele: analiza zgodności opinii nastolatków i rodziców na temat raportów dotyczących używania substancji psychoaktywnych, nadużywania ich i uzależnienia przez nastolatków. *Alkoholizm: badania kliniczne i eksperymentalne*, 30, 1699–1710. 10.1111/j.1530-0277.2006.00205.x [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
41. Fishman M, Wenzel K, Vo H, Wildberger J i Burgower R (2020). Pilotażowe randomizowane badanie kontrolowane dotyczące asertywnego leczenia z udziałem rodziny i dostawą leków do domu dla młodych dorosłych z zaburzeniami związanymi z używaniem opioidów. *Uzależnienie*. 10.1111/add.15181 [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
42. Folk JB, Harrison A, Rodriguez C, Wallace A i Tolou-Shams M (2020). Wykonalność rekrutacji za pośrednictwem mediów społecznościowych i postrzegana akceptowalność cyfrowych interwencji zdrowotnych dla opiekunów młodzieży mającej kontakt z wymiarem sprawiedliwości: badanie metodą mieszaną. *Journal of Medical Internet Research*, 22, e16370. 10.2196/16370 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
43. Gagne CA, Finch WL, Myrick KJ i Davis LM (2018). Pracownicy rówieśniczy w behawioralnej i zintegrowanej służbie zdrowia: możliwości i kierunki rozwoju. *American Journal of Preventive Medicine*, 54, S258–S266. 10.1016/j.amepre.2018.03.010 [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
44. Godley SH, Garner BR, Passetti LL, Funk RR, Dennis ML i Godley MD (2010). Leczenie ambulatoryjne nastolatków i dalsza opieka: główne wnioski z randomizowanego badania klinicznego. *Uzależnienie od narkotyków i alkoholu*, 110, 44–54. 10.1016/j.drugalcdep.2010.02.003 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
45. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passetti LL i Petry NM (2014). Randomizowane badanie dotyczące asertywnej opieki kontynuacyjnej i zarządzania sytuacjami awaryjnymi u nastolatków z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology, 82, 40. 10.1037/a0035264 [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
46. Goodman I, Peterson-Badali M, & Henderson J (2011). Zrozumienie motywacji do leczenia uzależnień: rola presji społecznej podczas przejścia do dorosłości. *Addictive Behaviors*, 36, 660–668. 10.1016/j.addbeh.2011.01.011 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
47. Gros DF, Morland LA, Greene CJ, Acierno R, Strachan M, Egede LE, ... & Frueh BC (2013). Świadczenie opartej na dowodach psychoterapii za pośrednictwem wideotelemedycyny. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 506–521. 10.1007/s10862-013-9363-4 [\[DOI\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
48. Hadland SE, Wharam JF, Schuster MA, Zhang F, Samet JH, & Laroche MR (2017). Trendy w przyjmowaniu buprenorfiny i naltreksonu w leczeniu zaburzeń związanych z używaniem opioidów wśród nastolatków i młodych dorosłych w latach 2001–2014. *JAMA Pediatrics*, 171, 747–755. 10.1001/jamapediatrics.2017.0745 [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
49. Haine-Schlagel R, & Walsh NE (2015). Przegląd zaangażowania rodziców w leczenie zdrowia psychicznego dzieci i rodzin. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 133–150. 10.1007/s10567-015-0182-x [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
50. Harris SK, Herr-Zaya K, Weinstein Z, Whelton K, Perfas F Jr, Castro-Donlan C, ... & Levy S (2012). Wyniki ogólnokrajowego badania dotyczącego wskaźników i praktyk w zakresie badań przesiewowych nad używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież w podstawowej opiece zdrowotnej. *Substance Abuse*, 33, 321–326. 10.1080/08897077.2011.645950 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
51. Hennessy EA, Cristello JV, & Kelly JF (2019). RCAM: Proponowany model kapitału zdrowienia dla nastolatków. *Badania i teoria uzależnień*, 27, 429–436. 10.1080/16066359.2018.1540694 [\[DOI\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
52. Hennessy EA i Fisher BW (2015). Metaanaliza badająca związek między uczestnictwem w programie 12 kroków a nawrotami używania substancji psychoaktywnych przez młodzież. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 10, 79–96. 10.1080/1556035X.2015.999621 [\[DOI\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
53. Heru AM (2015). Opieka skoncentrowana na rodzinie w ambulatoryjnej klinice psychiatrii ogólnej. *Journal of Psychiatric Practice*, 21, 381–388. 10.1097/PRA.000000000000097 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
54. Hoagwood KE, Olin SS, Storfer-Isser A, Kuppinger A, Shorter P, Wang NM, ... & Horwitz S (2018). Ocena modelu szkolenia trenerów dla rodzinnych rzeczników zdrowia psychicznego dzieci. *Journal of Child and Family Studies*, 27,

- 1130–1136. 10.1007/s10826-017-0961-8 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
55. Hogue A, Becker SJ, Fishman M, Henderson CE, & Levy S (2021). Leczenie młodzieży z uzależnieniem od opioidów podczas pandemii COVID i po jej zakończeniu: zwiększenie zaangażowania rodziny w całym procesie leczenia. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 10.1016/j.jsat.2020.108159 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
56. Hogue A, Fisher JH, Dauber S, Bobek M, Porter N, Henderson CE i Evans SW (2020). Randomizowane badanie dotyczące szkolenia akademickiego i podejmowania decyzji dotyczących leczenia farmakologicznego u nastolatków z ADHD w ramach standardowej opieki. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 10.1080/15374416.2020.1716362 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
57. Hogue A, Henderson CE, Becker SJ, & Knight DK (2018). Baza dowodów dotyczących ambulatoryjnych terapii behawioralnych stosowanych w leczeniu uzależnień u nastolatków w latach 2014–2017: wyniki, realizacja terapii i obiecujące perspektywy. *J Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47, 499–526. 10.1080/15374416.2018.1466307 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
58. Hogue A, Schumm JA, MacLean A i Bobek M (w druku). Terapia par i rodzin w przypadku zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych: aktualizacja bazy dowodowej 2010–2019. *Journal of Marital and Family Therapy*. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
59. Hornberger S. i Smith SL (2011). Zaangażowanie rodziny w leczenie i powrót do zdrowia nastolatków uzależnionych od substancji psychoaktywnych: co wiemy? Co nas czeka? *Children and Youth Services Review*, 33, S70–S76. 10.1016/j.chilyouth.2011.06.016 [[DOI](#)] [[Google Scholar](#)]
60. Kelly JF, Abry A, Ferri M, & Humphreys K (2020). Anonimowi alkoholicy i 12-stopniowe terapie wspomagające leczenie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu: streszczenie przeglądu Cochrane z 2020 r. dla lekarzy i decydentów. *Alkohol i alkoholizm*, 55, 641–651. 10.1093/alcalc/agaa050 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
61. Kelly JF, Bergman BG i Fallah-Sohy N (2018). Mechanizmy zmiany zachowań w 12-stopniowym podejściu do zdrowienia młodych dorosłych. *Current Addiction Reports*, 5, 134–145. 10.1007/s40429-018-0203-1 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
62. Kelly JF, Bergman B, Hoepfner BB, Vilsaint C i White WL (2017). Częstość występowania i ścieżki wychodzenia z problemów związanych z narkotykami i alkoholem w populacji Stanów Zjednoczonych: implikacje dla praktyki, badań i polityki. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 162–169.

- 10.1016/j.drugalcdep.2017.09.028 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
63. Kim H, Munson MR, & McKay MM (2012). Zaangażowanie w leczenie zdrowia psychicznego wśród nastolatków i młodych dorosłych: przegląd systematyczny. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 29, 241–266. 10.1007/s10560-012-0256-2 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
64. Kirby KC, Benishek LA, Kerwin ME, Dugosh KL, Carpenedo CM, ... i Meyers RJ (2017). Analiza elementów programu wzmacniania społeczności i szkolenia rodzin (CRAFT): czy szkolenie przed rozpoczęciem leczenia jest wystarczające? *Psychology of Addictive Behaviors*, 31, 818. 10.1037/adb0000306 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
65. Kirby KC, Versek B, Kerwin ME, Meyers K, Benishek LA, Bresani E, ... & Meyers RJ (2015). Opracowanie programu wzmacniania społeczności i szkolenia rodzin (CRAFT) dla rodziców nastolatków opornych na leczenie. *J Child & Adolescent Substance Abuse*, 24, 155–165. 10.1080/1067828X.2013.777379 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
66. Kirmayer LJ, Bennegadi R, & Kastrup MC (2016). Świadomość kulturowa i wrażliwość w psychiatrii skoncentrowanej na osobie. W: *Psychiatria skoncentrowana na osobie* (str. 77–95). NY: Springer. 10.1007/978-3-319-39724-5_7 [[DOI](#)] [[Google Scholar](#)]
67. Langer DA, & Jensen-Doss A (2018). Wspólne podejmowanie decyzji w opiece psychiatrycznej nad młodzieżą: wykorzystanie dowodów naukowych do wspólnego planowania leczenia. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47, 821–831. 10.1080/15374416.2016.1247358 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
68. Laudet AB, & Humphreys K (2013). Promowanie powrotu do zdrowia w zmieniającym się kontekście politycznym: Co wiemy i co powinniśmy wiedzieć o usługach wspierających powrót do zdrowia? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 126–133. 10.1016/j.jsat.2013.01.009 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
69. Letourneau EJ, McCart MR, Sheidow AJ i Mauro PM (2017). Pierwsza ocena interwencji w zakresie zarządzania sytuacjami awaryjnymi dotyczącej używania substancji psychoaktywnych i ryzykownych zachowań seksualnych przez nastolatków: terapia redukcji ryzyka dla nastolatków. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 72, 56–65. 10.1016/j.jsat.2016.08.019 [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
70. Levy S, Weiss R, Sherritt L, Ziemnik R, Spalding A, Van Hook S, & Shrier LA (2014). Elektroniczny ekran do segregacji nastolatków używających

substancji psychoaktywnych według poziomu ryzyka. *JAMA Pediatrics*, 168, 822–828. 10.1001/jamapediatrics.2014.774 [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)

71. Levy S, & Williams JF (2016). Badania przesiewowe w kierunku używania substancji psychoaktywnych, krótka interwencja i skierowanie na leczenie. *Pediatrics*, 138. 10.1542/peds.2016-1211 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
72. Levy S, Ziemnik RE, Harris SK, Rabinow L, Breen L, Fluet C, ... & Straus JH (2017). Badania przesiewowe nastolatków pod kątem spożywania alkoholu: śledzenie trendów w praktyce pediatrów z Massachusetts. *Journal of Addiction Medicine*, 11, 427–434. 10.1097/ADM.0000000000000340 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
73. Lin LA, Casteel D, Shigekawa E, Weyrich MS, Roby DH, & McMenamin SB (2019). Interwencje terapeutyczne w zaburzeniach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych realizowane za pomocą telemedycyny: przegląd systematyczny. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 101, 38–49. 10.1016/j.jsat.2019.03.007 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
74. Lincoln TM, Wilhelm K, & Nestoriuc Y (2007). Skuteczność psychoedukacji w przypadku nawrotów, objawów, wiedzy, przestrzegania zaleceń i funkcjonowania w zaburzeniach psychiatrycznych: metaanaliza. *Schizophrenia Research*, 96, 232–245. 10.1016/j.schres.2007.07.022 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
75. Lindsey MA, Brandt NE, Becker KD, Lee BR, Barth RP, Daleiden EL i Chorpita BF (2014). Identyfikacja wspólnych elementów interwencji związanych z zaangażowaniem w leczenie w ramach usług związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 283–298. 10.1007/s10567-013-0163-x [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
76. Livingston JD i Boyd JE (2010). Korelaty i konsekwencje internalizacji stygmatyzacji u osób cierpiących na choroby psychiczne: przegląd systematyczny i metaanaliza. *Social Science & Medicine*, 71, 2150–2161. 10.1016/j.socscimed.2010.09.030 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
77. McDowell T, Knudson-Martin C, & Bermudez JM (2017). Terapia rodzinna dostosowana do uwarunkowań społeczno-kulturowych: wytyczne dotyczące sprawiedliwej teorii i praktyki. Routledge. 10.4324/9781315559094 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
78. McGillicuddy NB, Rychtarik RG, Morsheimer ET i Bruke-Storer MR (2012). Zgodność między raportami rodziców i nastolatków na temat używania substancji psychoaktywnych przez nastolatków. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 16, 59–78. 10.1300/J029v16n04_04 [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)

79. McKay MM i Bannon WM Jr (2004). Angażowanie rodzin w usługi związane ze zdrowiem psychicznym dzieci. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 13, 905–921. 10.1016/j.chc.2004.04.001 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
80. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, & Kleber HD (2000). Uzależnienie od narkotyków, przewlekła choroba: implikacje dla leczenia, ubezpieczenia i oceny wyników. *JAMA*, 284, 1689–1695. 10.1001/jama.284.13.1689 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
81. Molfenter T, Brown R, O'Neill A, Kopetsky E i Toy A (2018). Wykorzystanie telemedycyny w leczeniu uzależnień: aktualne praktyki i cechy wdrożenia organizacyjnego. *International Journal of Telemedicine and Applications*, 2018. 10.1155/2018/3932643 [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
82. Moos RH i Moos B (1986). Podręcznik skali środowiska rodzinnego. Palo Alto, Kalifornia: Consulting Psychologists Press. [\[Google Scholar\]](#)
83. Muench F, Vitale RP, & Potenza MN (2020). 34 Technologie cyfrowe w ocenie i leczeniu impulsywności oraz problemowego spożywania alkoholu i narkotyków. *Podręcznik Oxford Handbook of Digital Technologies and Mental Health*, 398. 10.1093/oxfordhb/9780190218058.013.34 [\[DOI\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
84. National Center on Addiction and Substance Abuse. (2011). Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież: problem zdrowia publicznego nr 1 w Ameryce. Nowy Jork, NY: The National Center on Addiction and Substance Abuse. Pobrane z <http://www.centeronaddiction.org/addiction-research/reports/adolescent-substance-use>. [\[Google Scholar\]](#)
85. Nesvåg S, & McKay JR (2018). Wykonalność i skutki interwencji cyfrowych wspierających osoby w procesie wychodzenia z uzależnienia od substancji psychoaktywnych: przegląd systematyczny. *Journal of Medical Internet Research*, 20, e255. 10.2196/jmir.9873 [\[DOI\]](#) [\[Artykuł bezpłatny PMC\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
86. O'Malley K i Qualls SH (2017). Wstępne dowody potwierdzające trafność i rzetelność skali reakcji opiekuna. *Clinical Gerontologist*, 40, 281–294. 10.1080/07317115.2016.1198858 [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
87. Orford J, Templeton L, Velleman R i Copello A (2005). Członkowie rodzin osób z problemami alkoholowymi, narkotykowymi i hazardowymi: zestaw standardowych kwestionariuszy do oceny stresu, radzenia sobie i napięcia. *Addiction*, 100, 1611–1624. 10.1111/j.1360-0443.2005.01178.x [\[DOI\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#)
88. Ozechowski TJ, Becker SJ, & Hogue A (2016). SBIRT-A: Dostosowanie SBIRT w celu maksymalizacji dopasowania rozwojowego do potrzeb nastolatków w podstawowej opiece zdrowotnej. *Journal of Substance Abuse*

- Treatment, 62, 28–37. 10.1016/j.jsat.2015.10.006 [DOI] [Artykuł bezpłatny PMC] [PubMed] [Google Scholar]
89. Pew Research Center (2020). Arkusz informacyjny dotyczący Internetu/łączy szerokopasmowych. Pobrano z: <https://www.pewresearch.org/internet/fact-sheet/internet-broadband/>.
90. Quanbeck A, Chih MY, Isham A, Johnson R, & Gustafson D (2014). Mobilne świadczenie usług w zakresie leczenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu: przegląd literatury. *Badania nad alkoholem: aktualne przeglądy*, 36, 111. [Artykuł bezpłatny PMC] [PubMed] [Google Scholar]
91. Ryan-Pettes SR, Lange LL i Magnuson KI (2019). Dostęp do telefonów komórkowych i preferencje dotyczące opieki po zakończeniu leczenia wspomaganą technologią wśród opiekunów nastolatków o niskich dochodach, objętych ambulatoryjnym leczeniem uzależnień: badanie ankietowe. *JMIR Mhealth and Uhealth*, 7, e12407. 10.2196/12407 [DOI] [Artykuł bezpłatny PMC] [PubMed] [Google Scholar]
92. Santisteban DA, Szapocznik J, Perez-Vidal A, Kurtines WM, Murray EJ i LaPerriere A (1996). Skuteczność interwencji mającej na celu zaangażowanie młodzieży i rodzin w leczenie oraz niektóre zmienne, które mogą wpływać na różnice w skuteczności. *Journal of Family Psychology*, 10, 35. 10.1037/0893-3200.10.1.35 [DOI] [Google Scholar]
93. Santucci LC, McHugh RK i Barlow DH (2012). Bezpośredni marketing interwencji psychologicznych opartych na dowodach naukowych skierowany do konsumentów: Wprowadzenie. *Terapia behawioralna*, 43, 231–235. 10.1016/j.beth.2011.07.003 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
94. Schneider Institute for Health Policy (2001). Nadużywanie substancji psychoaktywnych: największy problem zdrowotny kraju. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation. [Google Scholar]
95. Schwartz SJ, Beyers W, Luyckx K, Soenens B, Zamboanga BL, Forthun LF, ... & Whitbourne SK (2011). Badanie jasnych i ciemnych stron tożsamości młodych dorosłych: badanie różnic w statusie tożsamości w pozytywnym i negatywnym funkcjonowaniu psychospołecznym. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 839–859. 10.1007/s10964-010-9606-6 [DOI] [Artykuł bezpłatny PMC] [PubMed] [Google Scholar]
96. Smith A, & Page D (2015). Korzystanie ze smartfonów w Stanach Zjednoczonych w 2015 r. Pew Research Center, 1. [Google Scholar]
97. Smith DC, Bahar OS, Cleeland LR, & Davis JP (2014). Postrzegany przez siebie status dorosłego i używanie substancji psychoaktywnych. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28, 935. 10.1037/a0035900 [DOI] [Artykuł bezpłatny PMC] [PubMed] [Google Scholar]

98. Smith JE i Meyers RJ (2007). Motywowanie osób nadużywających substancji psychoaktywnych do podjęcia leczenia: praca z członkami rodziny. NY: Guilford. 10.1093/alcalc/agh232 [DOI] [Google Scholar]
99. Steinberg L (2014). Wiek możliwości: wnioski płynące z nowych badań naukowych dotyczących okresu dojrzewania. NY: Houghton Mifflin Harcourt. [Google Scholar]
100. Steinberg L, Graham S, O'Brien L, Woolard J, Cauffman E, & Banich M (2009). Różnice wiekowe w orientacji na przyszłość i dyskontowaniu opóźnień. *Rozwój dziecka*, 80, 28–44. 10.1111/j.1467-8624.2008.01244.x [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
101. Steinberg L i Levine A (1997). Ty i Twoje nastoletnie dziecko: przewodnik dla rodziców dzieci w wieku 10–20 lat. Dunmore, PA: HarperCollins. [Google Scholar]
102. Stone AL, Becker LG, Huber AM, & Catalano RF (2012). Przegląd czynników ryzyka i czynników ochronnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i problemowym używaniem w okresie wczesnej dorosłości. *Addictive Behaviors*, 37, 747–775. 10.1016/j.addbeh.2012.02.014 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
103. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2019). National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2018. Dane dotyczące placówek leczenia uzależnień. Rockville, MD: SAMHSA. [Google Scholar]
104. Administracja ds. Nadużywania Substancji i Zdrowia Psychicznego (2020a). Kluczowe wskaźniki dotyczące używania substancji psychoaktywnych i zdrowia psychicznego w Stanach Zjednoczonych: Wyniki krajowego badania dotyczącego używania narkotyków i zdrowia z 2019 r. (publikacja HHS nr PEP20–07-01-001, seria NSDUH H-55). Rockville, MD: Centrum Statystyki i Jakości Zdrowia Behavioralnego, Administracja ds. Nadużywania Substancji i Zdrowia Psychicznego. Pobrano: <https://www.samhsa.gov/data/> [Google Scholar]
105. Administracja ds. Nadużywania Substancji i Zdrowia Psychicznego (2020b). Leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i terapia rodzinna. Seria protokołów poprawy leczenia (TIP), nr 39. Publikacja SAMHSA nr PEP20–02-02-012. Rockville, MD: SAMHSA. [Google Scholar]
106. Sussman S, & Arnett JJ (2014). Wkraczająca dorosłość: okres rozwojowy sprzyjający uzależnieniom. *Ocena i zawody medyczne*, 37, 147–155. 10.1177/0163278714521812 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
107. Szapocznik J, Perez-Vidal A, Brickman AL, Foote FH, Santisteban D, Hervis O, & Kurtines WM (1988). Angażowanie nastoletnich osób nadużywających narkotyków i ich rodzin w leczenie: strategiczne podejście oparte

- na systemach strukturalnych. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 552. 10.1037/0022-006X.56.4.552 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
108. Tanner-Smith EE, Wilson SJ i Lipsey MW (2013). Porównawcza skuteczność leczenia ambulatoryjnego nastolatków uzależnionych od substancji psychoaktywnych: metaanaliza. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 145–158. 10.1016/j.jsat.2012.05.006 [DOI] [Artykuł bezpłatny PMC] [PubMed] [Google Scholar]
109. Timko C, Laudet A, & Moos RH (2016). Nowi członkowie Al-Anon: korzyści płynące z kontynuowania uczestnictwa przez sześć miesięcy. *American J of Drug and Alcohol Abuse*, 42, 441–449. 10.3109/00952990.2016.1148702 [DOI] [Artykuł bezpłatny PMC] [PubMed] [Google Scholar]
110. Toumbourou JW, & Bamberg JH (2008). Powrót rodziny do zdrowia po problemach związanych z używaniem substancji psychoaktywnych przez młodzież: badanie pilotażowe programu BEST Plus. *Substance Use & Misuse*, 43, 1829. 10.1080/10826080802297385 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
111. Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych (2020). Telezdrowie: bezpieczna opieka podczas pandemii COVID-19. Strona internetowa: <https://www.hhs.gov/coronavirus/telehealth/index.html>
112. Ventura AS i Bagley SM (2017). Aby poprawić profilaktykę, leczenie i powrót do zdrowia w przypadku zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych: zaangażuj rodzinę. *Journal of Addiction Medicine*, 11, 339–341. 10.1097/ADM.0000000000000331 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
113. Volkow ND, Jones EB, Einstein EB, & Wargo EM (2019). Zapobieganie i leczenie nadużywania opioidów i uzależnienia od nich: przegląd. *JAMA Psychiatry*, 76, 208–216. 10.1001/jamapsychiatry.2018.3126 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
114. Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, Ney JP i van der Goes DN (2015). Wskaźniki nadużywania opioidów, uzależnienia od nich i uzależnienia w przypadku przewlekłego bólu: przegląd systematyczny i synteza danych. *Pain*, 156, 569–576. 10.1097/01.j.pain.0000460357.01998.f1 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
115. Waldron HB, Kern-Jones S, Turner CW, Peterson TR i Ozechowski TJ (2007). Angażowanie opornych nastolatków w leczenie uzależnienia od narkotyków. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 133–142. 10.1016/j.jsat.2006.07.007 [DOI] [Artykuł bezpłatny PMC] [PubMed] [Google Scholar]
116. Wenzel K, & Fishman M (2020). Mobilna dostawa buprenorfiny o przedłużonym uwalnianiu i naltreksonu o przedłużonym uwalnianiu dla młodzieży z OUD: dostosowanie do sytuacji kryzysowej związanej z COVID-19. *Journal of*

Substance Abuse Treatment, 108149. 10.1016/j.jsat.2020.108149 [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

117. Wild TC (2006). Kontrola społeczna i przymus w leczeniu uzależnień: w kierunku polityki i praktyki opartej na dowodach naukowych. *Addiction*, 101, 40–49. 10.1111/j.1360-0443.2005.01268.x [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
118. Winters KC (1999). Badania przesiewowe i ocena nastolatków pod kątem zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 31. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment. [[Google Scholar](#)]
119. Winters KC i Kaminer Y (2008). Badania przesiewowe i ocena zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych u nastolatków w populacjach klinicznych. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 740. 10.1097/CHI.0b013e31817395cf [[DOI](#)] [[Artykuł bezpłatny PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
120. Wrape ER i McGinn MM (2019). Kliniczne i etyczne aspekty prowadzenia terapii par i rodzin za pośrednictwem telezdrowia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45, 296–308. 10.1111/jmft.12319 [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]