

# Buprenorphine/naloxone szubsztitúciós kezelés alatt álló opiátfüggők pszichoszociális tüneteinek változásai

Doktori értekezés

**Dr. Petke Zsolt**

Semmelweis Egyetem  
Patológiai Tudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Rácz József egyetemi tanár, az MTA Doktora

Hivatalos bírálók: Dr. Németh Attila egyetemi docens, CSc.  
Dr. Gazdag Gábor, PhD.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Forgács Iván, Professor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Hoyer Mária, PhD

Dr. Harmat György, PhD

Budapest

2012

0

## TARTALOMJEGYZÉK:

<b>1</b>	<b>BEVEZETÉS .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>ELMÉLETI HÁTTÉR .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1</b>	<b>A droghasználat különböző ártalmai .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Egészségügyi következmények .....</b>	<b>9</b>
2.1.1.1	HIV fertőzöttség .....	10
2.1.1.2	Hepatitis C fertőzöttség .....	11
2.1.1.3	Kábítószerrel összefüggő halálesetek .....	12
2.1.1.4	A szubsztitúció jelentősége az egészségügyi ártalmak megelőzésben .....	13
<b>2.1.2</b>	<b>Mentális zavarok .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1.3</b>	<b>Szociális következmények .....</b>	<b>15</b>
2.1.3.1	Hajléktalanság .....	15
2.1.3.2	Munkanélküliség .....	15
2.1.3.3	Iskolából való kimaradás .....	15
2.1.3.4	Társas kapcsolatok és társas környezet .....	16
2.1.3.5	Bűncselekmények és elterelés .....	16
2.1.3.6	Társadalmi költségek .....	17
<b>2.2</b>	<b>Hazai helyzetkép a szerhasználat tekintetében .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Szerhasználat prevalenciája Magyarországon .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Intravénás szerhasználat prevalenciája Magyarországon .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Az intravénás használat jellemzői és mintázata .....</b>	<b>26</b>
<b>2.3</b>	<b>Fenntartó kezelés fogalma és áttekintése .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.1</b>	<b>Gyógyszerrel kísért józanság fogalma .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Fenntartó kezelés története .....</b>	<b>28</b>
2.3.2.1	Európai Unió .....	29
2.3.2.2	Egyesült Államok .....	29
2.3.2.3	Közép-Kelet-Európa .....	30
<b>2.3.3</b>	<b>Fenntartó kezelés a nemzetközi szakirodalomban .....</b>	<b>31</b>
<b>2.3.4</b>	<b>Hazai fenntartó kezelések .....</b>	<b>33</b>
2.3.4.1	Kezelési típusok .....	35
2.3.4.2	A hazai kezelőhelyek története .....	36
2.3.4.3	A hazai fenntartó kezelések jogi háttere .....	38

<b>2.4 A metadon készítmény.....</b>	<b>39</b>
<b>2.4.1 A metadon terápiás alkalmazása.....</b>	<b>39</b>
<b>2.4.2 Metadonkezelést végző intézmények .....</b>	<b>40</b>
<b>2.4.3 A metadon alkalmazási protokollja .....</b>	<b>41</b>
2.4.3.1 A metadon szubsztitúciós kezelés kritériumai:.....	42
2.4.3.2 Ajánlott gyógyszeres kezelés .....	44
2.4.3.3 Kontraindikációk.....	45
2.4.3.4 Kiegészítő szolgáltatások .....	46
<b>2.4.4 Metadon fenntartó programok hatékonysága .....</b>	<b>47</b>
<b>2.5 Buprenorphine/naloxone kombinált készítmény .....</b>	<b>49</b>
<b>2.5.1 Buprenorfin/naloxon kombinált készítmény alkalmazási protokollja</b>	<b>49</b>
2.5.1.1 A buprenorfin/naloxon szubsztitúciós kezelés feltételei.....	50
2.5.1.2 Ajánlott gyógyszeres kezelés .....	52
2.5.1.3 Kontraindikációk.....	52
2.5.1.4 Kiegészítő szolgáltatások .....	54
<b>2.5.2 Eddigi tapasztalatok a B/N kombinált készítménnyel .....</b>	<b>55</b>
<b>3 ELŐZMÉNYEK : A METADONNAL KEZELT M. ....</b>	<b>57</b>
<b>3.1 Kutatási elrendezés .....</b>	<b>58</b>
<b>3.1 A metadonnal kezelt minta mérőeszközei .....</b>	<b>59</b>
<b>3.1.1 Metadon kezelési interjú .....</b>	<b>59</b>
<b>3.1.2 Szorongás kérdőív (STAI).....</b>	<b>60</b>
<b>3.1.3 Depresszió kérdőív (CES-D) .....</b>	<b>60</b>
<b>3.1.4 Élettel való elégedettség kérdőív (SWLS).....</b>	<b>60</b>
<b>3.1.5 Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI) .....</b>	<b>60</b>
3.1.5.1 Újdonságkeresés.....	61
3.1.5.2 Ártalomkerülés.....	61
3.1.5.3 Jutalomfüggés .....	61
3.1.5.4 Kitartás .....	62
3.1.5.5 Önirányítottság.....	62
3.1.5.6 Együttműködés.....	62
3.1.5.7 Transzcendencia.....	62

<b>4</b>	<b>CÉLKITŰZÉSEK, HIPOTÉZISEK.....</b>	<b>64</b>
4.1	A kutatás célja .....	64
4.2	Hipotézisek.....	64
<b>5</b>	<b>MÓDSZEREK.....</b>	<b>66</b>
5.1	Buprenorphine/naloxone-nal kezelt minta .....	66
5.1.1	Kezelési protokoll .....	67
<b>6</b>	<b>MÉRŐESZKÖZÖK.....</b>	<b>69</b>
6.1	Addikció súlyossági index – EuropASI.....	69
6.2	Beck Depresszió Kérdőív (BDI).....	69
6.3	Hamilton Depresszió Skála (HAM-D) .....	70
6.4	Hamilton Szorongás Skála (HAM-A) .....	70
6.5	Szorongás Kérdőív (STAI).....	71
6.6	Heroin Sóvárgás Kérdőív (HCQ).....	71
6.7	Általános pszichés jóllét (WBI-5) .....	72
6.8	Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI) .....	72
6.9	Kutatási elrendezés .....	73
6.10	A két minta mérőeszközeinek ekvivalenciái .....	75
6.11	Statisztikai elemzések.....	77
<b>7</b>	<b>EREDMÉNYEK.....</b>	<b>78</b>
7.1	A minta elemszáma .....	78
7.2	A mérőeszközök megbízhatóságának vizsgálata (reliabilitás) ...	78

<b>7.3</b>	<b>Minta jellemzői.....</b>	<b>80</b>
7.3.1	Szociodemográfiai adatok.....	80
7.3.2	Szerhasználattal kapcsolatos adatok .....	81
<b>7.4</b>	<b>Kezelésben maradás.....</b>	<b>82</b>
<b>7.5</b>	<b>Kezelés során bekövetkező változások.....</b>	<b>82</b>
7.5.1	Depresszió.....	83
7.5.2	Szorongás.....	84
7.5.3	Pszichés jól-lét.....	85
7.5.4	Elvonási tünetek.....	86
7.5.5	Egyéb változások .....	89
7.5.5.1	Általános egészségi állapot .....	89
7.5.5.2	Foglalkoztatás és megélhetés .....	90
7.5.5.3	Jogi status.....	92
7.5.5.4	Családi- és szociális kapcsolatok.....	93
<b>7.6</b>	<b>Kezelésben maradást bejósoló tényezők.....</b>	<b>94</b>
7.6.1	Személyiségtényezők.....	94
7.6.2	Egyéb bejósoló tényezők .....	95
<b>8</b>	<b>DISZKUSSZIÓ.....</b>	<b>96</b>
<b>9</b>	<b>A KUTATÁS KORLÁTAI .....</b>	<b>101</b>
<b>10</b>	<b>ÖSSZEFOGLALÁS.....</b>	<b>102</b>
<b>11</b>	<b>SUMMARY .....</b>	<b>103</b>
<b>12</b>	<b>IRODALOM.....</b>	<b>104</b>
<b>13</b>	<b>SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE .....</b>	<b>121</b>
13.1	Disszertációhoz kapcsolódó publikációk.....	121
13.2	Disszertáció témájához nem kapcsolódó publikációk.....	121
<b>14</b>	<b>ÁBRAJEGYZÉK .....</b>	<b>122</b>
<b>15</b>	<b>TÁBLÁZATJEGYZÉK .....</b>	<b>123</b>

## 1 BEVEZETÉS

A droghasználat által előidézett ártalmakat a használat következtében fellépő negatív következményekként határozhatjuk meg<sup>[1]</sup>, amelyek eltérő szinteken és dimenziókban jelentkezhetnek. Az egészségügyi, társadalmi és gazdasági ártalmak az egyén, a közösség és a társadalom szintjén alakulhatnak ki.

Az EMCDDA (Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja) által a problémás droghasználat prevalencia értékeinek becslésére kifejlesztett módszerhez alkalmazott definíció szerint a problémás droghasználat meghatározása leginkább minőségi és mennyiségi dimenziók mentén történik. Ennek értelmében problémás droghasználó az, aki intravénásan használ kábítószer, és/vagy az, aki hosszú és rendszeres ideje használ opiát származékokat, kokaint és/vagy amfetamin származékokat<sup>[2]</sup>.

A módszertani problémák kiküszöbölését, illetve a mérhetőség standardizálását elősegítő fogalmi leegyszerűsítés ellenére a problémás droghasználat meghatározása, fogalmi keretei jóval tágabbak és képlékenyebbek.

Ehelyütt jelezni kívánjuk, hogy a fogalom meghatározásakor sok esetben a használat különböző dimenzióiban (egészségügyi-fizikai, társadalmi-szociális és pszichológiai) tapasztalt problémás következményeket veszik figyelembe<sup>[3;4;5;6]</sup>.

A problémás droghasználat kezelésére vonatkozó definícióban az EMCDDA irányelveit követve<sup>[7]</sup> kezelésnek minősül a droghasználat csökkentésére vagy az absztinencia elérésére irányuló egészségügyi vagy/és pszichoszociális ellátás, amely egy jól körülhatárolható fizikai környezetben történik. Kiemelt jelentőséggel bírnak a problémás használat (injektálás és tú-, illetve eszközmegosztás) által okozott ártalmak, ezek csökkentése, amelyek elsősorban a HIV és Hepatitis B,C fertőzések 1980-as években tapasztalt előretörésével kerültek újra előtérbe<sup>[1]</sup>.

A droghasználat által előidézett ártalmakra a társadalom szereplői gyakran ellentmondásosan reagálnak. Ezt számos tényező befolyásolhatja, mint a probléma súlyossága, vélt, vagy valós érdekek, értékek. Valamennyi a probléma megoldására, kezelésére tett kísérletekként értelmezhetők, három cselekvési mezőben, úgy, mint:<sup>[8;9]</sup>:

- kínálatcsökkentés,
- keresletcsökkentés,
- ártalomcsökkentés,

Mindhárom cselekvési mező eltérő elméleti és gyakorlati megfontolást részesít előnyben. Azonban általános gyakorlat Európában, hogy valamennyi országban mindhárom modell jelen van, változó viszont, hogy az egyes országok melyikre helyezik leginkább a hangsúlyt saját gyakorlatukban<sup>[1]</sup>.

Kínálatcsökkentés: A kínálatcsökkentő drogpolitika<sup>1</sup> (*drug policy*) szerint a droghasználat csökkentése, a droghoz való hozzájutás nehezítésén keresztül eredményes lehet. Ez a törekvés néha szélsőséges megoldásokat is felszínre hoz, ilyen volt pl. az Egyesült Államokban az alkohol prohibíció időszaka, ill. ez a filozófia irányítja jórészt az USA jelenlegi drogpolitikáját is. A „drogháború” 1971-es meghirdetése óta Európában ezek a fajta szélsőséges kínálatcsökkentési módszerek nem terjedtek el.

A kínálatcsökkentő drogpolitika legfontosabb szereplői a különféle rendészeti- (rendőrség, vám- és pénzügyőrség, határőrség), igazságügyi- (ügyészség, bíróság) és büntetés-végrehajtási (pártfogó felügyelők) szervek, ezek alapvetően a kriminalizáció felé mutatnak. Európában ezen feladatok leginkább az illegális droghasználat elleni fellépés szinte kizárólagos eszközei. Az 1993-ban hatályba lépő Maastrichti Szerződés e téren jelentős fordulatot hozott, ennek következményeként a droghasználat elleni fellépés egyre inkább háttérbe szorult.

Keresletcsökkentés: A keresletcsökkentő drogpolitika a droghasználat megelőzésére helyezi a hangsúlyt. Alapfilozófiája, hogy a drogmentes társadalom utópia, ezért a felnövekvő generációkat minél korábban és minél szélesebb körben egészségfejlesztési-droghasználat-ellenes programokba kell folyamatosan bevonni, így alakíthatóak ki a különféle legális és illegális droghasználat-ellenes attitűdök.

Ártalomcsökkentés: Az ártalomcsökkentő drogpolitika lényege, hogy a droghasználat okozta negatív hatásokra mind egyéni, mind társadalmi szinten olyan válaszokat adjon, melyek filozófiájában és alkalmazásában az egészségügyi, szociális, és emberi jogi

---

<sup>1</sup> Dolgozatunkban, ahol drogpolitikát említünk, természetesen nem közpolitikáról és/vagy ennek különböző értékteljes irányzatairól van szó, hanem az angol *policy*: „lehetőség, stratégia” kifejezésről.

szempontok játsszák a döntő szerepet, szemben az előítéletekkel, vagy a moralizálással. Legfontosabb lépésnek az elérhető célok kijelölését kell tekintenünk. Az, hogy az éppen használt szer jelenleg legális vagy illegális, az ártalomcsökkentés szempontjából nem jelentős.

Az ártalomcsökkentő technikák védik a nem szerhasználó többséget is. Könnyen belátható, hogy az intravénás szerhasználók is kapcsolatban állnak szermentes társaikkal, akik e kapcsolatok nyomán szerhasználat nélkül is potenciálisan veszélyeztetettek (HIV fertőzés, Hepatitis B, C fertőzés). Megjegyzendő még, hogy az illegális szerek használata rejtőzködésre kényszeríti e szerek használóit, emiatt a szermentes többség nehezebben szerez tudomást, illetve védekezhet a környezetében élő aktív szerhasználat okozta ártalmakról. Komoly kihívásnak bizonyulnak azon fiatalok, akik úgy döntenek, hogy a káros és/vagy tiltott szereket fogyasztják. Számukra kell hozzáférhetővé tenni, a fogyasztás kevésbé veszélyes módjait, amelyekkel magukat és környezetüket a legkevésbé terhelik.

Az ártalomcsökkentő drogpolitika elsődleges cselekvési színterei az alacsonyküszöbű szolgáltatások (túcsere, szubsztitúciós-programok, belövő szobák avagy „fixerstube”, party szerviz stb.). Az ilyen jellegű szolgáltatásoknak két célja van, hiszen lényege nemcsak abban áll, hogy a programokat szervező és lebonyolító szakemberek előítéletek nélkül elfogadják mások droghasználatát, hanem a fenti eszközökkel igyekeznek őket segíteni az egészségkárosítás minimalizálásában. Az ilyen típusú megközelítés fontos eleme, hogy a segítő szakemberek kapcsolatot teremtsenek és tartsanak fent a droghasználók egyébként nehezen elérhető csoportjaival.

Dolgozatomban az utóbbi cselekvési mezőbe tartozó programok hatását vizsgálom a két, Magyarországon jelenleg elérhető opiát-szubsztitúciós szerrel (metadon, buprenorphine/naloxon) kezelték körében. Ehhez előbb bemutatom a különböző szerhasználati mintázatokat, a hazai és nemzetközi prevalenciaadatokat, a szerhasználat okozta ártalmakat, a szubsztitúciós kezelések kialakulását, illetve a kezeléshez használt szereket, ezek nemzetközileg használati protokolljait.

Ezt követően bemutatom a két kutatást, melyek eltérő időintervallumban, a két eltérő szubsztitúciós szerrel kezelték körében végzett két külön munkacsoport:



Az első kutatás a metadon-szubsztitúciós programban résztvevők körében végeztek Demetrovics és mtsai <sup>[10;11]</sup> 2001 és 2003 között a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciáján. A szerző nem vett részt a kutatásban, de az Addiktológiai osztály munkatársaként, figyelemmel kísérte azt. Ezt a kutatást összehasonlítási alapként szándékszik felhasználni, tekintettel arra, hogy a viszonylag alacsony számú opiáthasználó, illetve a terápiájukkal kapcsolatos kevés kutatás két, kutatási paramétereiben teljesen megegyező minta összehasonlítását gyakorlatilag lehetetlenné teszi.

A szerző, valamint jelen munka kutatásának tárgya a második, buprenorphin/naloxon szubsztitúciós szerrel kezelt csoport volt, Demetrovics, Rác, Csorba <sup>[12]</sup> irányításával. Ezt a hatásvizsgálatot 2007 és 2008 között végezte egy nagyobb kutatócsoport, melynek a szerző is aktív résztvevője volt, az ország több kezelőhelyét is bevonva a kutatásba.

A két kutatás célkitűzése megegyezik, hiszen a kutatók arra voltak kíváncsiak, mely tényezők (szubsztitúciós szer hatása mellett egyéni, ill. szociális tényezők) befolyásolják a kezelt személyek programban maradását, illetve kiesését. Vajon képesek vagyunk-e egyértelmű protektív faktorok azonosítására, illetve vannak-e eltérések ebben a tekintetben a két kezelt csoport között? A kérdésfeltevések hasonlósága következtében felmerült az összehasonlítás igénye. Mivel mindkét kutatás keretében megegyező, illetve hasonló (egymásnak megfelelő) mérőeszközöket használtak a kutatók, ezért az összehasonlítás nagy vonalakban megvalósíthatónak bizonyult.

Az első, korábbi (metadon) kutatás vezetője hozzájárulását adta, hogy a szerző a saját kutatás keretében végzett csoporttal (buprenorfin/naloxon) történő összehasonlítást elvégezhesse.

## 2 ELMÉLETI HÁTTÉR

### 2.1 A droghasználat különböző ártalmai

A következőkben az injekciós használat közegészségügyi, társadalmi és (köz)gazdasági következményeit tekintem át, felhasználva Newcomb korábban kidolgozott elméleti keretét<sup>[1]</sup>. Ezeket a különböző dimenziókban keletkező ártalmakat – melyek előfordulását és kiterjedtségét számos további egyéni, társadalmi, környezeti és strukturális tényező együttes előfordulása is meghatározza (kockázati környezet<sup>[13;14]</sup>) –, az intravénás használat kirekesztettségi, marginalizációs kontextusaként értelmezzük.

Számos megközelítés és definíció használatos a társadalmi kirekesztettségre vonatkozóan. Itt a kirekesztettség alatt olyan, az intravénás használathoz szorosan kapcsolható jelenségeket értünk, mint az alacsony iskolázottság, az oktatási rendszerből való kiesés, a társas kapcsolatok beszűkülése, a bizonytalan lakhatási és foglalkoztatási státusz, valamint a kedvezőtlen egészségügyi helyzet. Az alábbiakban ezek rövid áttekintésére kerül sor.

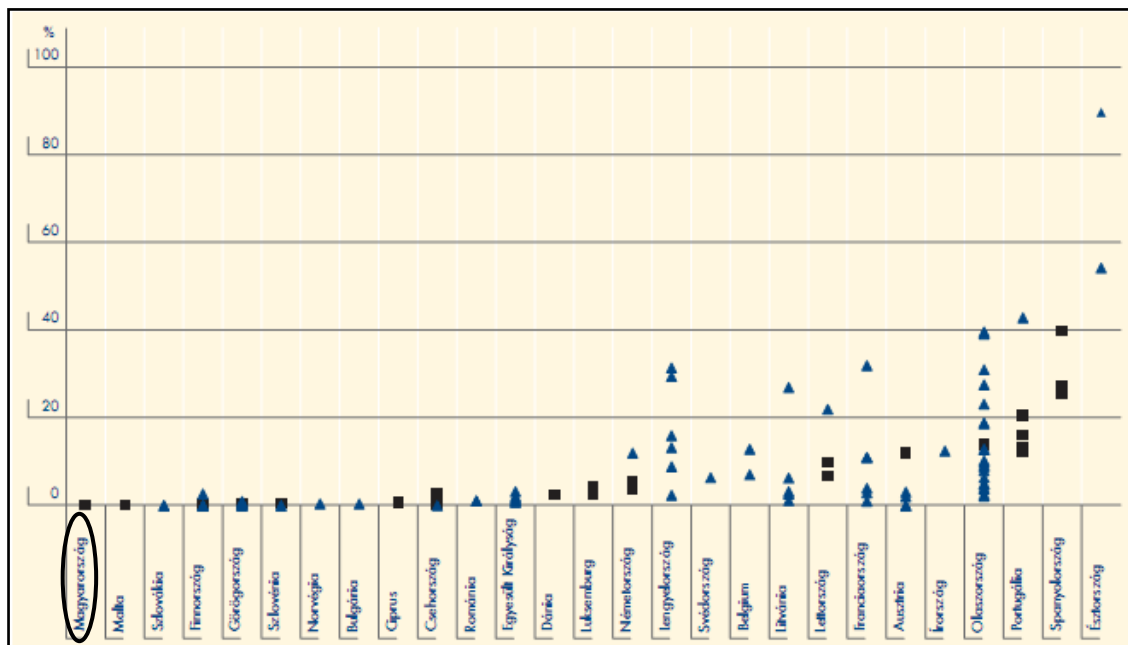
#### 2.1.1 Egészségügyi következmények

Az intravénás szerhasználat legsúlyosabb közegészségügyi következményei a sterilitás szabályait mellőző túlhasználatból fakadó (tú- és eszközmegosztás) maradandó egészségkárosodást vagy halált okozó fertőző betegségek (elsősorban a Hepatitis B, C, HIV), illetve a túladagolásból fakadó halálesetek<sup>[15;16;17;18;19]</sup>.

Nem elhanyagolható a kockázatos szexuális magatartásformák szerepe sem, mely ebben az érintett populációban relatív gyakori<sup>[20;21]</sup>. Ezalatt a védekezés nélküli szexuális kapcsolatok magas előfordulási gyakoriságát<sup>[22]</sup>, valamint az alkalmi szexuális partnerek magas számát értjük<sup>[23;24]</sup>.

### 2.1.1.1 HIV fertőzöttség

Az intravénás populációt tekintve Magyarország mind az uniós tagországokhoz, mind a közép- és kelet európai régióhoz viszonyítva alacsony HIV fertőzési rátákkal rendelkező ország<sup>[25;26;27]</sup>.



2-1. ábra: Országos és országosnál kisebb vizsgálatokból származó becslések a HIV előfordulásáról az intravénás kábítószer-használók körében, 2004/05

Forrás: EMCDDA jelentés 2007

Megj.: ■ = országos lefedettségű minták

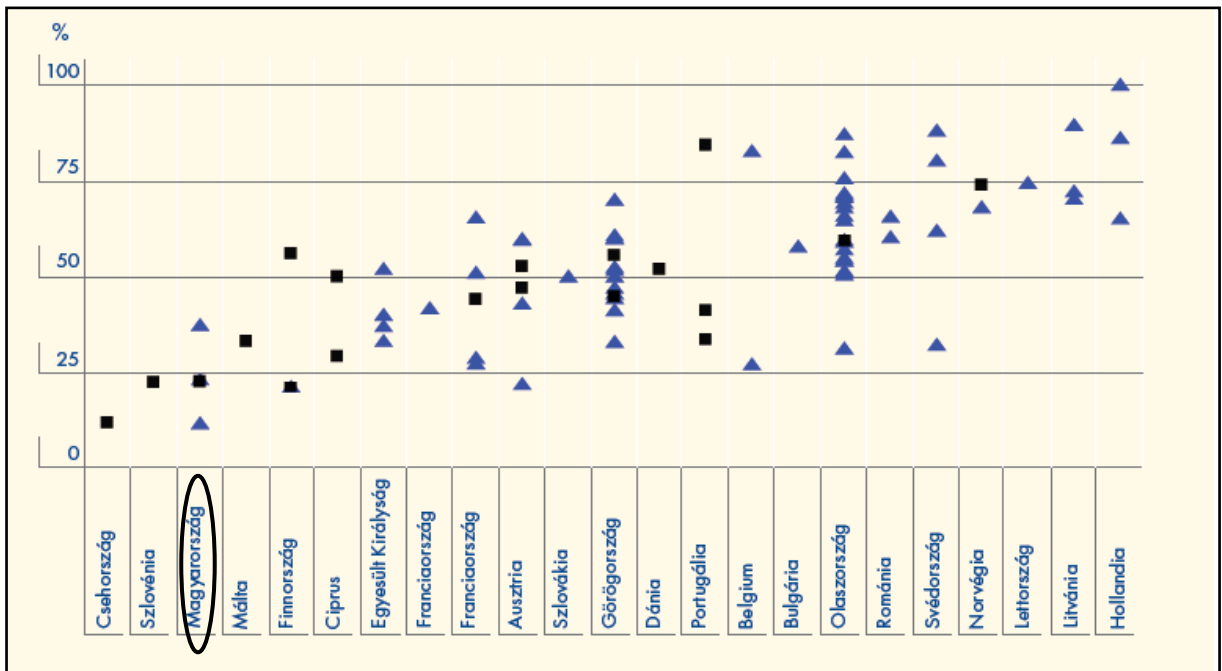
▲ = országosnál kisebb (akár helyi vagy regionális) lefedettségű minták

A Spanyolországra és Svédországra vonatkozó becslések 2006-os adatokat tartalmaznak. Az Írországra és Lettországra vonatkozó adatok 2003-ból, a Szlovákiára vonatkozó adatok 2003/04-ből származnak.

Az országokat a HIV fertőzöttség előfordulása szerinti növekvő sorrendben soroltuk fel, az országos adatok átlaga vagy ezek hiányában az országosnál kisebb körű adatok átlaga alapján. Az összehasonlításokat a körülmények és a vizsgálati módszerek különböző típusai miatt fenntartással kell értelmezni. Az országos mintavételi stratégiák változóak – további információért lásd az INF-3. ábrát a 2007. évi statisztikai közlönyben. A jelentésben szereplő minták minden esetben 50 főnél nagyobbak.

### 2.1.1.2 Hepatitis C fertőzöttség

A HIV fertőzöttséggel szemben a Hepatitis C-fertőzöttség mértéke az átlagpopulációhoz képest kiemelkedő Magyarországon [28;29]. Nemzetközi becslések szerint az Európai Unióban 1 millió körüli azon HCV-fertőzést hordozó felnőttek száma, akik intravénás kábítószerrel használtak [27]. Az injektlók között mért hazai Hepatitis C fertőzési ráta Unión belül alacsony hazánkban [29;27].



2-2. ábra: A HCV-antitestek előfordulása az intravénás kábítószer-használók körében (%)

Forrás: EMCDDA jelentés 2010

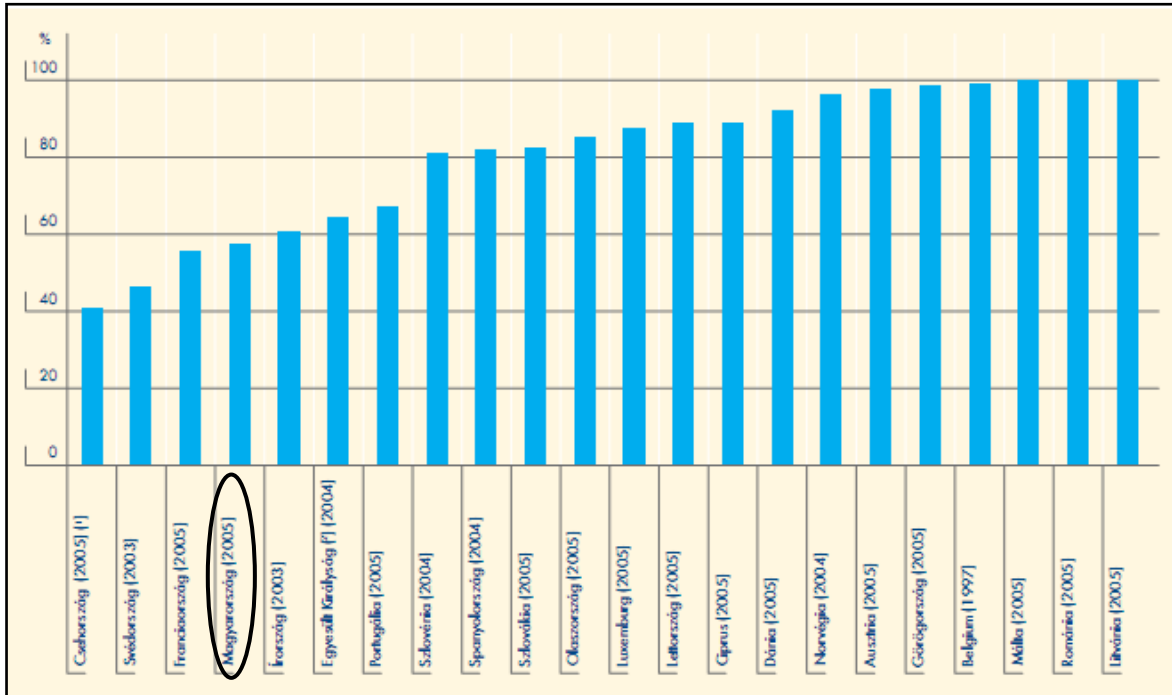
Megj.: ■ = országos lefedettségű minták

▲ = országosnál kisebb (akár helyi vagy regionális) lefedettségű minták

A 2-2. ábrán látható eredmények 2007. és 2008. évre vonatkozó adatok. Az országok közötti különbségeket a helyszínek típusai és a felmérési módszerek közötti különbségek miatt fenntartással kell értelmezni; az országos mintavételi stratégiák eltérőek. Az országokat az előfordulás szerinti növekvő sorrendben soroltuk fel, az országos adatok átlaga vagy ezek hiányában az országosnál kisebb körű adatok átlaga alapján.

### 2.1.1.3 Kábítószerrel összefüggő halálesetek

Az intravénás használatból származó halálesetek tekintetében is elmondható, hogy Magyarország az alacsony halálozási arányú tagországok közé tartozik<sup>[30;27]</sup>.



2-3. ábra: Az opioidok jelenlétét mutató, kábítószerrel összefüggő akut halálesetek aránya

Forrás: EMCDDA jelentés 2007.

A 2-3. ábránál néhány ország esetében a „nemzeti definíciók” korlátozott számban tartalmaznak a kábítószer-használattal közvetetten összefüggő haláleseteket is. Az ábrán látható eredmények 2005-ös vagy legutolsó elérhető adatok. Bővebb információért lásd a DRD-1. táblázatot a 2007. évi statisztikai közlönyben.

Csehország esetében a nemzeti definíció helyett az EMCDDA „D válogatás” definícióját használtuk a kábítószerrel összefüggő akut halálesetek meghatározására. Az országos definícióba beletartozik a pszichoaktív gyógyszerekkel történt mérgezés is, amely az esetek többségéért felel (156 eset a 218-ból).

#### **2.1.1.4 A szubsztitúció jelentősége az egészségügyi ártalmak megelőzésben**

A HIV és hepatitis terjedését világszerte a metadon-programok kiszélesítésének növekvő igénye kísérte<sup>[31;32;33;34]</sup>. A WHO 1999-es állásfoglalása alapelveként fogalmazza meg a szubsztitúciós kezelések biztosítását, mint az intravénás drogfogyasztók közötti HIV fertőzések csökkentésének hatékony eszközét. Számos vizsgálat igazolta továbbá, hogy a metadon-fenntartó programokban résztvevők HIV fertőzöttsége szignifikánsan alacsonyabb, mint a nem kezelt csoportjában<sup>[35;36;37]</sup>.

A fenntartó kezelésben egy évnél kevesebb időt töltöttek között, közel háromszor nagyobb valószínűséggel fordultak elő HIV pozitív esetek, szemben a minimum egy évig kezelésben maradókkal (5 éves utánkövetéses vizsgálat)<sup>[38]</sup>.

A hatékonyan végzett szubsztitúciós program tehát protektív faktor lehet a HIV fertőzés tekintetében<sup>[39;40]</sup>. Ismert, hogy az intravénás drogfogyasztóknál a HIV, illetve Hepatitis B és C fertőzésben a legjelentősebb kockázati tényező – a védekezés nélküli szexuális aktivitás mellett – a közös fecskendőhasználat. Az orvosi kontroll mellett alkalmazott orális szubsztitúciós opiát alkalmazásán alapuló metadon-programok ezáltal szignifikánsan csökkentik az intravénás droghasználatot<sup>[32;41;42-45]</sup>. Így a metadon-programoktól a HIV fertőzés szempontjából az egyik legjelentősebb kockázati tényező jelentős mértékű csökkentése várható.

A metadon-kezelés közvetlen kedvező hatásán kívül figyelembe kell vennünk olyan közvetett hatásokat is, mint a szerhasználókval való kapcsolatfelvételt – a másképpen nem elérhető használók számára – információs szóróanyagok terjesztését, a HIV/AIDS illetve Hepatitis B és C fertőzésekhez kapcsolódó rizikóviselkedésekkel kapcsolatos felvilágosító munkát, tanácsadást is. Ezeknek az additív beavatkozásoknak is központi jelentősége lehet a HIV és egyéb fertőző betegségek megelőzésében<sup>[46]</sup>.

Hollandiában nem sikerült egyértelműen bizonyítani a metadon-programok protektív erejét a HIV terjedésének megelőzésében, az eredménytelenségért a nem megfelelő, 40 mg alatti dózis alkalmazása is szerepet játszhat<sup>[47]</sup>, ezzel szemben számos vizsgálat alátámasztja a hatékony dózis protektív szerepét<sup>[39;40]</sup>.

### 2.1.2 Mentális zavarok

A pszichiátriai rendellenességek gyakran járnak együtt problémás kábítószer-használattal. A problémás szerhasználók jelentős része kedvezőtlen pszichés mutatókkal rendelkezik<sup>[48-51]</sup>. A rendelkezésre álló adatok szerint Európában a drogkezelésben résztvevő kliensek 30-90%-a hordoz pszichiátriai társbetegségeket<sup>[27]</sup>, míg a drogkezelő helyek klienseinek jelentős része problémás droghasználó<sup>[52]</sup><sup>2</sup>. Ezt támasztják alá a rendelkezésre álló EU-s adatok is, miszerint komorbiditást gyakrabban észleltek heroin használók körében, főként a metadonkezelésből kiesetteknél, illetve a hosszabb drogkarrierrel rendelkezőknél<sup>[27]</sup>. A problémás szerhasználat és a pszichiátriai betegségek, valamint a kedvezőtlen mentális állapot között szoros összefüggés feltételezhető<sup>[52]</sup>. A mentális zavarokon belül a személyiségzavarokban, affektív- és pszichotikus kórképekben szenvedők aránya a legjelentősebb.

A mentális zavarban szenvedő intravénás szerhasználók nagyobb valószínűséggel tanúsítanak különböző kockázati magatartásformákat az AIDS/HIV fertőzések szempontjából is<sup>[50;53;54]</sup>.

Korrelációt állapítottak meg különböző pszichiátriai tünetek, mint például a depresszió<sup>[55,56]</sup>, az antiszociális viselkedészavar<sup>[53;54]</sup>, a pszichológiai diszfunkciók, kockázatos szexuális magatartás<sup>[57]</sup>, illetőleg szorongás, alacsony önértékelés és döntésképesség és a túmegosztás között<sup>[58]</sup>.

Megállapíthatjuk, hogy a pszichiátriai tünetek előfordulásának gyakorisága és a kockázati magatartásformák között pozitív korreláció van<sup>[59]</sup>. Eszerint minél több tünettől rendelkezik valaki, annál valószínűbb, hogy több, a túmegosztással kapcsolatos kockázati magatartásformát tanúsít. Azonban nem egyértelműsíthető a mentális zavarok és a problémás szerhasználat közötti összefüggés iránya.

Magyarországon kutatásunkat megelőzően nem történt átfogó és részletekre is kiterjedő vizsgálat a drogfogyasztás-, valamint a problémás szerhasználat és a pszichiátriai betegségek közötti összefüggések körvonalazására.

---

<sup>2</sup> Az egységes módszertani protokoll hiánya, valamint a diagnosztikus felmérések különböző fókuszára nehezíti az adatok összehasonlíthatóságát és a trendek megállapítását.

### **2.1.3 Szociális következmények**

#### **2.1.3.1 Hajléktalanság**

A problémás és intravénás szerhasználat, valamint a bizonytalan lakhatási státusz (beleértve a hajléktalanságot) közötti összefüggések többirányúságát két elmélet segítségével szemléltethetjük<sup>[60]</sup>.

A társadalmi szelekció elmélete szerint a szerhasználati karrier előrehaladtával nő a hajléktalanná válás kockázata<sup>[61-63]</sup>.

A társadalmi adaptáció elmélete szerint ugyanakkor az intravénás használat az egyén hajléktalan státuszával járó coping stratégiának tekinthető: a hajléktalan léttel való megküzdést segíti elő az intravénás használat iniciációja<sup>[64-66]</sup>.

Az elméletek számos empirikus alátámasztást is nyertek<sup>[66-72]</sup>.

A rendelkezésre álló kevés magyarországi adatból nehezen következtethetünk az intravénás használat és hajléktalanság összefüggésére<sup>[73;74]</sup>.

#### **2.1.3.2 Munkanélküliség**

Számos kutatás hívta fel a figyelmet az intravénás használat és a bizonytalan foglalkozási státusz összefüggéseire. Az injekciós használat valószínűsíti a munkanélküli státuszt, a bizonytalan munkaerőpiaci helyzet kialakulását<sup>[68;72;75;76;]</sup>, ugyanakkor a munkanélküli státusz az injekciós használat egyik prediktora lehet<sup>[77]</sup>. Magyarországon kevés adat áll rendelkezésre a fenti összefüggésekkel kapcsolatban. Egyik hazai kutatás szerint azonban a kezelésen kívüli problémás használók 57%-a rendelkezett rendszeres vagy alkalmi munkával, a fennmaradók segélyekből, vagy más forrásokból éltek<sup>[73]</sup>.

#### **2.1.3.3 Iskolából való kimaradás**

Számos kutatás támasztotta alá az iskolából való kimaradás és a problémás szerhasználat közötti összefüggéseket. Ezen kutatások jelentős részben következtetnek arra, hogy az iskolából való kimaradás valószínűsíti az injekciós használat kezdetét, illetve az injekciós használatra történő átállást<sup>[15;78-80]</sup>.



Ugyanakkor az intravénás használat kezdete elősegítheti az iskolából való kimaradást, amely tovább generálhatja a problémás szerhasználatot (kontroll hiánya). Ezért az oktatási rendszerből való kiesés feltételezhetően egy komplexebb folyamat eredménye, amelyben a problémás használatnak jelentős szerepe lehet. E két tényező összefüggésére irányuló vizsgálatokat még nem végeztek Magyarországon.

#### **2.1.3.4 Társas kapcsolatok és társas környezet**

A problémás droghasználat társas kapcsolatokra gyakorolt hatások jellemezhetőek az egyén családi és más, releváns kapcsolatainak leépülése<sup>[81]</sup>, illetve a szerhasználó kapcsolathálójának szűkülése, orientációja olyan csoportok irányába, amelyeket hasonló státuszú és életformájú egyének alkotnak. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy az intravénás használók elsősorban szintén injekciókkal létesítenek társas (baráti és szexuális) kapcsolatokat<sup>[82]</sup>. Az intravénás használók kapcsolathálóját a droghasználat strukturálja<sup>[75;76;86]</sup>. A társas kapcsolatok szűkülése hátráltathatja a kezelésbe jutást, csökkentheti a valós kezelési szükségletek felismerését.

#### **2.1.3.5 Bűncselekmények és elterelés**

Számos kutatás<sup>[76;86]</sup> hangsúlyozza a problémás használat és a kriminális cselekmények közötti összefüggést. A droghasználat intenzitásának fokozódása növeli annak valószínűségét, hogy a használó bűncselekményt követ el. Az injekciók sokkal nagyobb valószínűséggel követnek el bűncselekményeket, mint a nem injekciók<sup>[87]</sup>. Az injekciói karrier kezdetét követően fokozódik a megélhetési bűnözés gyakorisága<sup>[88]</sup>. Ezzel kapcsolatban mások úgy pontosítanak, hogy a használat nem feltétlenül eredményezi egy kriminális karrier kezdetét; sokkal inkább felerősíti és állandósítja a már meglévő karriert<sup>[84]</sup>.

Nem elenyésző szempont az sem, hogy az illegális szerek használata hazánkban bűncselekmény. Jogrendszerünk 1930-tól tartalmaz kábítószerrel kapcsolatos büntetőjogi szabályokat, azóta változó tartalommal ugyan, de folyamatosan büntetendő cselekmény a kábítószerrel való visszaélés<sup>[89]</sup>. Magyarországon az elterelés jogintézménye 1993 óta létezik. Annak ellenére, hogy számos szempontból megtörtént az elmozdulás a professzionális és szabályozott működés irányába, mind a mai napig

sok kétség és kritika fogalmazódik meg az elterelés hatásosságával, hasznosságával kapcsolatban<sup>[90]</sup>.

Egyik saját kutatásunk keretében arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a elterelésbe bekerülő célcsoport vajon tényleg azokat a rendkívül problémás, intravénás szerhasználó személyeket tartalmazza, akik igénylik a kezelést? A kutatásunk 2001 és 2005 között vizsgálta az elterelést választó személyeket. Arra a következtetésre jutottunk, hogy 2003 után (amikor változott a kábítószerrel kapcsolatos jogszabály) az elterelést igénybevevő kliensek száma 24%-ról hirtelen 72,6%-ra ugrott, ugyanakkor a droghasználatuk súlyosságát figyelembe véve, ezen személyek 60%-a nem számított problémás használónak. Kutatásunk következményeként arra jutottunk, hogy előfordulhat, hogy ezek a kevésbé problémás szerhasználókkal történő foglalkozás miatt, az elterelést végző szakszemélyzet nem képes összpontosítani energiáit a valóban problémás, intravénás használók esteire, akik ettől további hátrányokat szenvednek<sup>[91]</sup>.

#### **2.1.3.6 Társadalmi költségek**

A kutatás témájához tartozik úgyszintén a problémás szerhasználatból fakadó társadalmi költségvonzatok körvonalazása. Ezek részben szociális dimenzióban manifesztálódnak: a problémás használat társadalmi vonatkozásai közé sorolhatók a munkanélküli segélyek, szociális ellátások, a munkanélküli szerhasználók adó hozzájárulásának hiánya, az injekciós használók munkaerőpiacról történő kieséséből fakadó veszteségek, valamint a bűncselekmények által okozott anyagi veszteségek<sup>[92-96]</sup>.

Hasonlóan a társadalombiztosításra hárul a problémás használók egészségügyi ellátásának és kezelésének költsége: megelőzés, alacsony és magas küszöbű kezelés, valamint a rehabilitáció<sup>[95;96]</sup>. Ezek közül kiemelkednek a fertőző megbetegedések megelőzését szolgáló szűrések, a fertőzött használók különböző kezelési formáinak anyagi vonzatai<sup>[97-100]</sup>.

2008 végén készült az első olyan átfogó magyarországi kutatás<sup>[101]</sup>, mely a kábítószerrel összefüggő költségvetési kiadások (KÖKK) időbeli változását vizsgálja 2000 és 2007 között.

<b>A KÖKK nagysága fő funkciócsoportok szerint (pontbecslés, folyó áron)</b>				
<b>Funkció</b>	<b>2000</b>	<b>2003</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>
Büntető-igazságszolgáltatás	3892	5421	8748	7382
Kezelés	704	846	1256	1019
Ártalomcsökkentés és egyéb szociális ellátás	88	137	362	376
Kutatás és prevenció	656	1793	794	1033
<b>Összesen (millió Ft)</b>	<b>5340</b>	<b>8197</b>	<b>11160</b>	<b>9810</b>

Forrás: Hajnal 2009  
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2009

**2-1. táblázat: A KÖKK nagysága fő funkciócsoportok szerint (pontbecslés, folyó áron)**

Az adatokból kitűnik, hogy valamennyi kiadási tétel évről – évre emelkedik. A vizsgált időszakban a büntető igazságszolgáltatás – egyébként is számottevő költségei gyakorlatilag megkettőződtek, ennél dinamikusabban az ártalomcsökkentési és szociális kiadások emelkedtek (a vizsgált időszakban több mint négyszeresére emelkedett de így sem éri el a büntető igazságszolgáltatás költségeinek 5%-át).

Az adatok alapján megállapítható, hogy a büntető igazságszolgáltatásra vonatkozó tételek a teljes vizsgált időszakban az összes kiadás 2/3 ill. 3/4 közötti részét tették ki, valamint, hogy a költségvetési kiadások szerkezetében határozott változás nem történt. Az egyetlen monoton növekvő trend a legkisebb részterület, az ártalomcsökkentés kiadásokon belüli részesedésének növekedése, de meg kell jegyezni, hogy ez – a rendelkezésre álló adatok korlátai miatt – bizonyos mértékű kezelési kiadásokat is magába foglal, így az ártalomcsökkentés súlya a fenti értéknél minden bizonnyal kisebb.

### A kábítószer-politika időbeli alakulása a kiadási szerkezet tükrében

Funkció	2000	2003	2005	2007
<b>I. Belső arányok</b>				
Büntető igazságszolgáltatás	73%	66%	78%	75%
Kezelés	13%	10%	11%	10%
Ártalomcsökkentés és egyéb szociális ellátás	2%	2%	3%	4%
Kutatás és prevenció	12%	22%	7%	11%
<b>Összesen</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>II. Az egyes KOKK-csoportok abszolút nagyságának változása (összehasonlító áron, 2000=100%)</b>				
Büntető igazságszolgáltatás	-	116%	169%	127%
Kezelés	-	100%	134%	97%
Ártalomcsökkentés és egyéb szociális ellátás	-	130%	311%	287%
Kutatás és prevenció	-	227%	91%	106%
<b>Összesen</b>	-	<b>128%</b>	<b>157%</b>	<b>123%</b>

Forrás: Hajnal 2009  
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2009

2-2. táblázat: A kábítószer-politika időbeli alakulása a kiadási szerkezet tükrében

#### 2.1.3.7. Kirekesztettség

A nemzetközi szakirodalom a társadalmi kirekesztettséget egy olyan következmény-komplexumként definiálja, amely magába foglalja a hátrányos fizikai-mentális egészségi állapotot, a társadalmi és intézményi kapcsolatok szűkülését, a hajléktalanságot, a munkanélküliséget, a bűncselekmények elkövetését. Ezek az egyén és a helyi közösségek kirekesztődésének olyan dimenziói, amelyek szoros összefüggést mutatnak a problémás szerhasználattal<sup>[102]</sup>, jóllehet ezen összefüggés iránya továbbra is vitatott<sup>[60;88;103;104]</sup>. A társadalmi kirekesztettségnek igen sok és változatos formája létezik a mai magyar társadalomban (pl.: jövedelmi egyenlőtlenségek, erőforrások, jogok és szolgáltatások ill. a hozzáférhetőség nehézségei, stb.) ehelyütt azonban azokkal foglalkozunk amelyek a problémás szerhasználókat leginkább érinthetik.

## **2.2 Hazai helyzetkép a szerhasználat tekintetében**

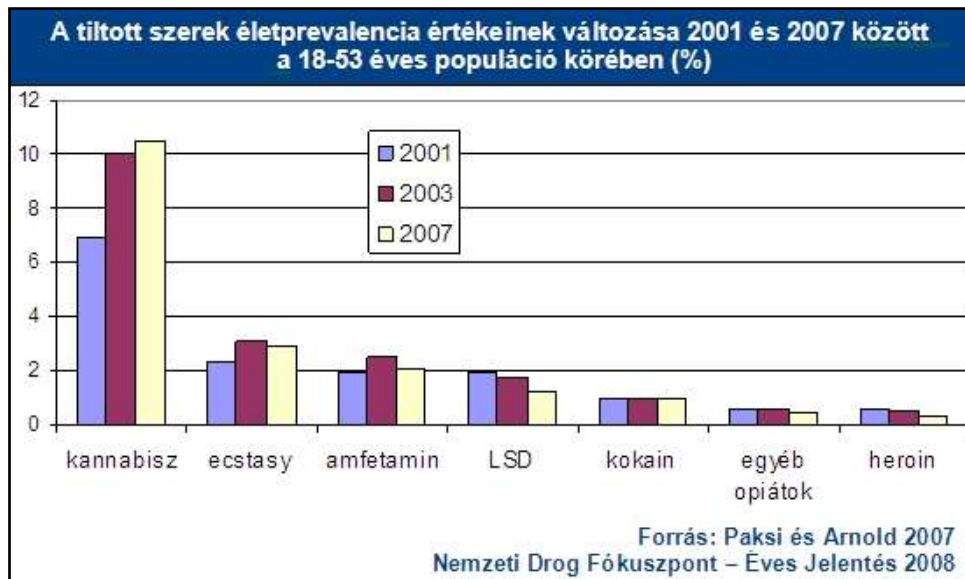
### **2.2.1 Szerhasználat prevalenciája Magyarországon**

Magyarországon a népesség körében rendszeresebb adatgyűjtésekre a kilencvenes évek kezdetétől került sor. Először a 1992/93-as tanévben budapesti 17 éves középiskolások körében, majd később néhány megyében végezték az első iskolavizsgálatokat.

Hazánk 1995-ben bekapcsolódott az European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) kutatássorozatba, eddig valamennyi ESPAD kutatásban részt vett (1995, 1999, 2003, 2007). Az ESPAD vizsgálatok éveiben, valamint 1998-ban, 2000-ben, 2002-ben és 2005-ben Budapesten kiegészítő adatfelvételek is zajlottak.

A felnőtt népesség körében (18-65 éves) az első, országos reprezentatív mintán végzett, és nemzetközileg összehasonlítható adatfelvétel 2001-ben készült, részben az EMCDDA tiltott szerekre vonatkozó, részben pedig a GENACIS (Gender, Alcohol and Culture: An International Study) program alkoholra vonatkozó kérdéseinek felhasználásával. A felnőtt népesség körében 2003-ban és 2007-ben történt további adatfelvétel.

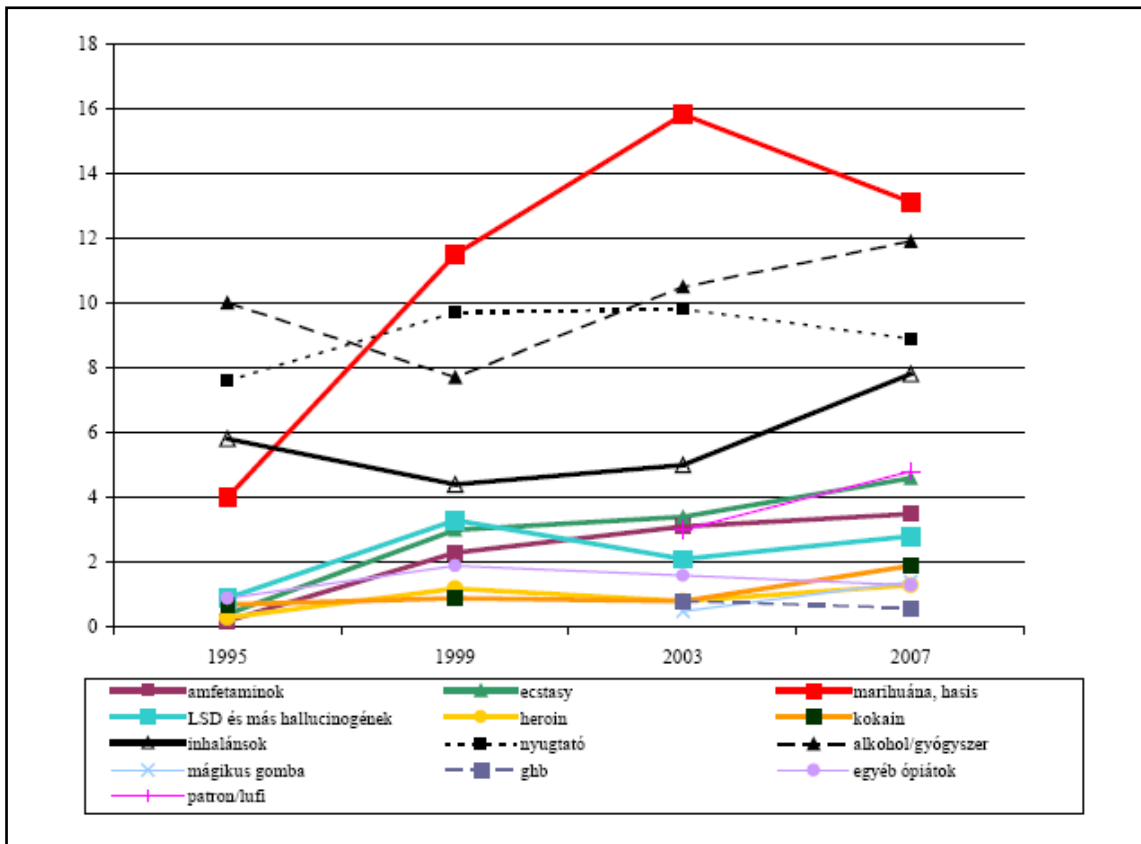
Az illegális szerek tekintetében a felnőtt népesség körében mind az élet-, mind az éves prevalenciák alapján a kannabisz származékainak fogyasztása a legelterjedtebb (életprevalencia 8,5%). A kannabisz-származékokat az ecstasy (2,4%), az amfetamin (1,8%) és a hallucinogének (1,4%) követik, a többi vizsgált tiltott szer életprevalencia értéke 1% alatti. A 18-34 éves korcsoportban szintén a kannabisz-származékok a leggyakrabban fogyasztott szerek (19,1%), ezt az ecstasy (5,1%) az amfetamin (4%) és a hallucinogének követik (3,2%). Azt is látnunk kell azonban, hogy az illegális szerhasználat jellemzően a fiatalabb korosztályok sajátja.



**2-4. ábra: A tiltott szerek életprevalencia értékeinek változása 2001 és 2007 között a 18-53 éves populáció körében (%)**

A 16 évesek körében hasonló tendenciákat tapasztalunk a használt szereket tekintve. Közöttük azonban a prevalencia-adatok lényegesen magasabbak mint a felnőtt népesség körében.

Az illegális szerek tekintetében a 16 éves népesség körében mind az élet-, mind az éves prevalenciák alapján a kannabisz származékok fogyasztása a legelterjedtebb (életprevalencia 16,0% a felnőtt népesség körében tapasztalt kétszerese).



2-5. ábra: A tiltott és legális szerek életprevalencia értéke a 16 évesek között 1995-2007

Igen magas említettek körében a különféle legális drogok használata (nyugtatók 8 – 10% között mozog, a gyógyszer + alkohol kombinált használata 10 – 12 % között változik a vizsgált időszakban). Ezeket követik a különféle más illegális szerek prevalencia értékei 4% vagy ez alatti értékekkel.

### 2.2.2 Intravénás szerhasználat prevalenciája Magyarországon

Nem állnak konkrét adatok rendelkezésünkre arra vonatkozóan, hogy hány problémás és intravénás szerhasználó van ma Magyarországon. Ez a populáció viszonylag nehezen megközelíthető, így komoly kihívásnak tekinthető ezen fogyasztók feltérképezése. Ebben a témakörben már uniós szinten is történtek törekvések, mivel ez nem csak hazánkban okoz problémát<sup>[6;105]</sup>. Az EMCDDA munkacsoport által

kifejlesztett problémás kábítószer- használati mutatók segítségével az opiát- és injekciós használat mértékét szerették volna feltérképezni.

Hazánkban először 2003-ban végeztek felmérést arra vonatkozóan, hogy megbecsüljék a problémás kábítószer-használók számát, ennek során a multiplikátor módszert használták<sup>[106]</sup>. Később végeztek még felmérést a fogás-visszafogás módszerével is. Ezen adatok alapján 2003-ban, Budapesten kb 4000 főre becsülték a szerhasználók arányát<sup>[107]</sup> ez 2,4 használót jelent 1000 főre vetítve. Két évvel később 2005-ben ugyanezzel az eljárással 2669-re becsülték ezt a számot. Ugyanekkor készült fogás-visszafogás módszerrel egy másik kutatás, mely 1872-re teszi az opiáthasználók számát. Ezek alapján feltételezhető, hogy a budapesti intravénás szerhasználók száma 2000-2500 főre tehető<sup>[107]</sup>.

Ugyanebben az évben országos becslés is történt, ez 24204 főre becsüli a szerhasználók létszámát, ezen belül az intravénás használók számát 3941-re teszi<sup>[108]</sup>.



**2-6. ábra: Becslések a problémás opioidhasználat éves prevalenciájáról az EU néhány tagállamában és néhány EU-n kívüli államban (a 15–64 éves népességben)**

**Megjegyzés:** A vízszintes jelzés egy becsült pontot jelöl; a függőleges jelzés egy bizonytalansági intervallumot jelöl: egy 95%-os konfidenciaintervallumot vagy egy érzékenységi elemzésen alapulót. A célcsoportok a különböző módszerektől és adatforrásoktól függően kissé változhatnak, ezért csak óvatos összehasonlításokat szabad végezni. A szabványostól eltérő korcsoportokat a Finnországból (15–54), Máltáról (12–64) és Lengyelországból (minden korosztály) származó vizsgálatokban használták. Az arányt mindhárom esetben hozzáigazították a 15–64 éves népességhez. Németország esetében az

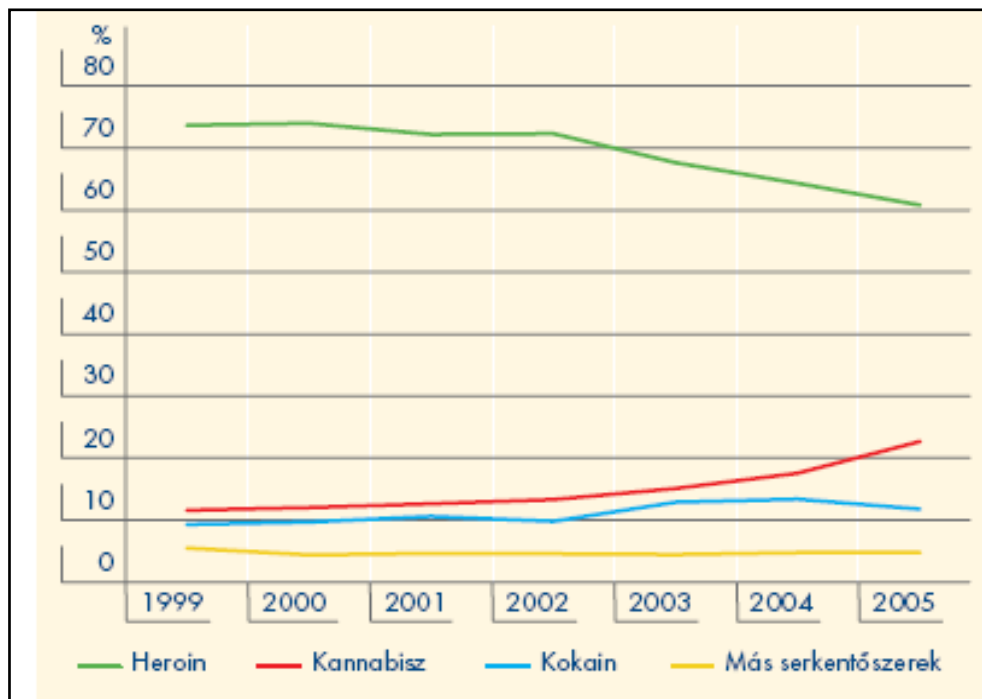


intervallum az összes létező becslés legalsó és legfelső határát jelöli, a becslt pont pedig a középpontok egyszerű átlaga.

**A becslési módszerek rövidítése:** CR = fogás-visszafogás eljárás; TM = kezelési szorzó; MM = halálózási szorzó; CM = kombinált módszerek; TP = csonkolt Poisson-eloszlás; OT = egyéb módszerek.

*Forrás: EMCDDA jelentés 2010.*

Hazánkban az intravénás droghasználókra vonatkozó becslések alulmaradnak az Unió adatokhoz viszonyítva. Különböző eljárásokkal születtek ugyan a becslt adatok, de így is informatív, hogy Magyarországon 1000 főre, a 15-64 éves népességben a becslt kábítószer-használók száma nem éri el az 1-et, míg az uniós országokban 1000 főre 5-6 szerhasználó esik<sup>[27]</sup>.



**2-7. ábra: Az elsődleges kábítószer, amely miatt a kliens kezelést kér, az összes kezelési igény (%) 21 EU-tagállam adatai alapján (1999–2005)**

**Megjegyzés:** 21 EU-tagállam adatai alapján: Bulgária, Csehország, Dánia, Németország, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország, Ciprus, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Málta, Hollandia, Románia, Szlovénia, Szlovákia, Finnország, Svédország és az Egyesült Királyság.

A hiányzó adatokat mindegyik ország esetében interpolálták, az egyes évekről rendelkezésre álló adatokban megfigyelt átlagos EU-s tendencia megőrzésével.

*Forrás: EMCDDA jelentés 2007.*

A kannabiszhoz viszonyítva relatív alacsony opiát-használati prevalencia ellenére azt láthatjuk, hogy a megjelenő kezelési igények igen magas arányát (60 – 74%) a heroinhasználat – mint elsődlegesen használt opioid származék – okozza.

Összegzésként elmondható, hogy mivel az elmúlt évek során készült hazai kutatások felnőtt szerhasználók felmérésére vonatkozóan nem kérdeztek rá a problémás és az intravénás használatra, így konkrét adat nem áll rendelkezésre ezt illetően. Következtetni tudunk azonban. Magyarországon a heroinfogyasztók túlnyomó része intravénásan használja a szert. Ezt összevetve az életprevalencia értékekkel megállapítható, hogy a 18-54 éves felnőtt lakosság életprevalencia értéke nem érte el az 1%-ot 2001-ben és 2003-ban<sup>[109]</sup>.

A középiskolások körében végzett ESPAD kutatások alapján megállapítható, hogy 1995 és 2003 között a heroin életprevalencia értéke soha nem érte el az 1%-ot<sup>[110]</sup>. Fenti kutatásból az is kitűnik, hogy a budapesti fiatalok magasabb arányban próbálják ki a heroint, mint más lakóhellyel rendelkező társaik.

A 9-11. osztályos tanulók 0,8%-a próbált már ki bármilyen opiát származékot a 2006-os HBSC kutatás eredményei alapján.

Ezen felül egy 2002-es felmérés alapján elmondhatjuk, hogy a szakmunkásképzőbe és szakiskolába járók 2%-a kipróbált már opiát származékot és ez az érték magasabb, mint a szakközépiskolások és gimnazisták esetében<sup>[111;112]</sup>.

### 2.2.1 Az intravénás használat jellemzői és mintázata

Hazai kutatási adatok alapján megállapíthatjuk, hogy az intravénás szerhasználat az ország egészére nézve jellemzően lokális mintázatot mutat. Nincs egy összefüggő szubkultúra, és a különböző városokban sem figyelhető meg nagyobb összefüggő közösség.

Magyarországon az injektálók hasonló mintázatot mutatnak, mint a környező országokban, azaz inkább kisebb, csoportos, network-szerű használat a jellemző.

Különbségek inkább a makró társadalmi tényezők hatásaiban mutatkozik az ország különböző városait vizsgálva. Ilyen a kiemelkedő munkanélküliségi ráta, az ebben érintett városokban emelkedett a szerhasználat, valószínűsíthetően a szociális mutatók romlása miatt. Ezzel szemben számos vidéki településen csökkent a szerhasználat. A témában született kutatások szerint a heroinhasználat elterjedtsége összefügg az infrastrukturális helyzettel is, miszerint bizonyos települések, a fejlettebb megközelíthetőségüknek köszönhetően könnyebben teríthetők heroinnal, mint mások<sup>[113]</sup>.

A hazai szerhasználati mintázatban viszonylag elterjedt, a drog közös beszerzése, elkészítése majd elosztása, olykor előfordul közös tű használat is, ami azonban inkább közeli ismerősök körében jellemző, tehát jó barátok vagy szexuális partnerek között. Előfordul azonban alkalmi társaságok körében is az injektálás<sup>[114;115]</sup>. Egy másik hazai kutatás adataiból az is látszik, hogy a nők körében is növekszik az intravénás szerhasználat<sup>[111]</sup>, ez azonban messze elmarad a férfiakra jellemzőtől (kb. 1/3 – 2/3 a nemek közötti megoszlás aránya a férfiak javára).

## 2.3 Fenntartó kezelés fogalma és áttekintése

A medikáció-asszisztált terápia ( *medically-assisted treatment* ) közé soroljuk az opiát-használók számára nyújtott következő kezeléseket:

- az átfogó fenntartó kezelés,
- az orvosi fenntartó kezelés (pl. a háziorvos írja fel az agonista szert),
- az orvosilag felügyelt elvonó kezelés, amikor agonista szert használnak.

(Magyarországon forgalomban lévő agonista szer lehet a metadon, illetve a buprenorfin/naloxon kombinációjú készítmény.)

Az utóbbi évek megközelítései (főleg az USA-ban) az opiátaddikciót krónikus „szomatikus” betegségként definiálják<sup>[116;117]</sup>, hasonlóképpen az asztmához, a magas vérnyomáshoz, vagy a cukorbetegséghez, mivel hasonló compliance-szal, genetikai és életvitelbeli faktorokkal, visszaesési rátákkal és egyéb tényezőkkel találkozunk mindezen betegségeknél is. Az opiátaddikció nem kezelhető nehezebben, mint az említett „szomatikus” betegségek, néhány jellemzőjében a terápia hatékonyabbnak látszik (pl. e „szomatikus” betegségek kevesebb, mint 30%-a marad terápiaiban, illetve tartja be az orvos utasításait). Ezen adatok megkérdőjelezhetik a szakmai körökben is gyakran megjelenő véleményeket, amelyek szerint „kezelhetetlen”- vagy nehezen kezelhetőként tartjuk számon az opiátfüggőket.

Egy szakértői panel<sup>[118]</sup> megállapításai szerint az addikció nem az egyén által „kezdemenyezett” betegség, nem az „akaraterő” hiánya, nem erkölcsi fogyatékoság és nem kezelhetetlen. A panel felhívja a figyelmet arra, hogy valamennyi opiátaddikcióban szenvedőnek biztosítani kell a hatásos kezelést<sup>[119]</sup>.

### 2.3.1 Gyógyszerrel kísért józanság fogalma

A Betty Ford Institution a „felépülés” meghatározásában meghatározó szereppel bír, az elmúlt években újra áttekintette a „felépülés” fogalmát<sup>[119]</sup>. Ez alapján valaki „felépülőnek” tekinthető, miközben felírt gyógyszereket szed. Ennek megfelelően akkor javasolt bevonni azokat függőket, akik gyógyszereket szednek akár abúszhajlammal,

ha orvosilag diagnosztizált esetben, a gyógyszert az utasításoknak megfelelően szedik és a szerhasználattal kapcsolatos további feltételek is megvalósulnak, mint a legalább két évig tartó opiát használat, 18 év feletti életkor, több dokumentált sikertelen leállási kísérlet.

Továbbá, mivel az addikció önmagában is krónikus egészségkárosodás, a meghatározás bővíthető, arra az esetre, ha a felírt gyógyszer az addikció kezelésére vonatkozik, például diszulfiram, acamprostate, naltrexon, buprenorfin és metadon esetén, akkor – és csak akkor – ha az adott gyógyszert az előírásoknak megfelelően szedik és a definíció további kikötésének is megfelelnek. Ezek alapján a Betty Ford Institution meghatározásának kikötései mellett a fent említett két csoport egyénei „felépülőnek” tekinthetők.

### 2.3.2 Fenntartó kezelés története

A metadonfenntartó kezelés gyakorlata az első kísérletek (1965) óta<sup>[120]</sup> napjainkig világszerte elterjedt<sup>[75;56]</sup>. A programok azonban – felépítésükben, célkitűzéseikben – mind az egyes országok között, mind az országokon belül jelentős eltéréseket mutatnak<sup>[31;121-123]</sup>.

A kezelés kezdeti szakaszában a páciens droghasználatában csökkenés, pszichoszociális helyzetében javulás várható. A kliensek kezelésbe jutásának feltételei, a terápiás program tervezése, nagymértékben összefügg a program célkitűzéseivel, amelyek a program hatékonyságának mércéjeként szolgálnak<sup>[124]</sup>. Ezek közül különösen fontosak:

- az illegális droghasználat csökkenése,
- a beszerzési bűnözés csökkenése,
- a közös túhasználat következtében kialakuló HIV és hepatitis fertőzés csökkenése/megelőzése,
- a droghasználó egészségi állapotának javulása,
- a pozitív foglalkoztatási mutatók,
- a droghasználó társas kapcsolatainak javulása,

- a droghasználat általános visszaszorulása azáltal, hogy csökken az új használók toborzása a drogok terjesztéséből saját használatukat finanszírozó drogfüggők körében
- a droghasználattal összefüggő költségek csökkenése.
- 

A kliens elvárásaiban a prioritások természetesen a fentiekől eltérőek:

- a közös túhasználattal terjedő betegségek megelőzése, kezelése
- az egészségi állapot javulása,
- az individuális és szociális állapot javulása.

### **2.3.2.1 Európai Unió**

1995 és 2000. között szinte valamennyi EU-tagország a fenntartó programok kiterjesztéséről számol be. 1993. és 1999. között a fenntartó kezelésben részesülő droghasználók száma megháromszorozódott a térségben, 2000-ben az ilyen kezelésben részesült kliensek számát kb. 300 ezerre becsülték.

Hangsúlyozni kell ugyanakkor, hogy az Európai Unión belül is változóak a metadon kezelési protokollok. A regisztrált opiátfüggők arányát és a metadon kezelésben részesülő opiátfüggők arányát figyelembe véve, a határok 30 és 75% között vannak.

A programok egységesítése céljából az EMCDDA kiadta az Euro Metadone Guidelines című tanulmányt, amely tartalmazza a metadon kezelés irányelveit.

Az Európai Unió 2000-2004 közötti periódusra vonatkozó akcióterve, az Unió tulajdonképpen Drogstatégiája alapvető célként határozza meg a droghasználattal kapcsolatos ártalmak csökkentését, ezen belül a szubsztitúciós kezelések hozzáférhetőségének szélesítését a térségben.

### **2.3.2.2 Egyesült Államok**

Az 1992-es adatok alapján kb. 120 ezer kliens kapott metadon terápiát közel 800 központban. Azóta az USA-ban is folyamatosan fejlesztik a metadon programokat. Az

USA államain belül is változó az arány; 0 és 80% között van az kezelésbe jelentkező opiátfüggők helyettesítő terápiába történő bevonása.

Fontos hangsúlyozni, hogy az első tudományos megfigyelés a heroinfüggők metadonnal való kezeléséről az USA-ban született. 1965-ben Dole és Nyswander leírja, hogy a metadonkezelés hatására csökkent a drogéhség és gátlásra került az átlagos heroin euforizáló hatása, ennek eredményeként, a heroin használat elhagyása mellett a betegek pszichoszociális helyzetében is jelentős javulás jelentkezett.

Modern és könnyen hozzáférhető metadonprogramok ezen kívül Ausztráliában zajlanak, kb. 20 ezer használó részesül ilyen kezelésben.

Szintén nemzetközi trend, hogy az utolsó 5 évben a szubsztitúcióra alkalmazott szerek palettája a metadon alkalmazása mellett is bővült: buprenorphine (Dánia, Anglia, Belgium, Franciaország, Olaszország, Finnország); Slow-release morphine (Ausztria); LAAM (Dánia, Németország, Spanyolország, Portugália).

### **2.3.2.3 Közép-Kelet-Európa**

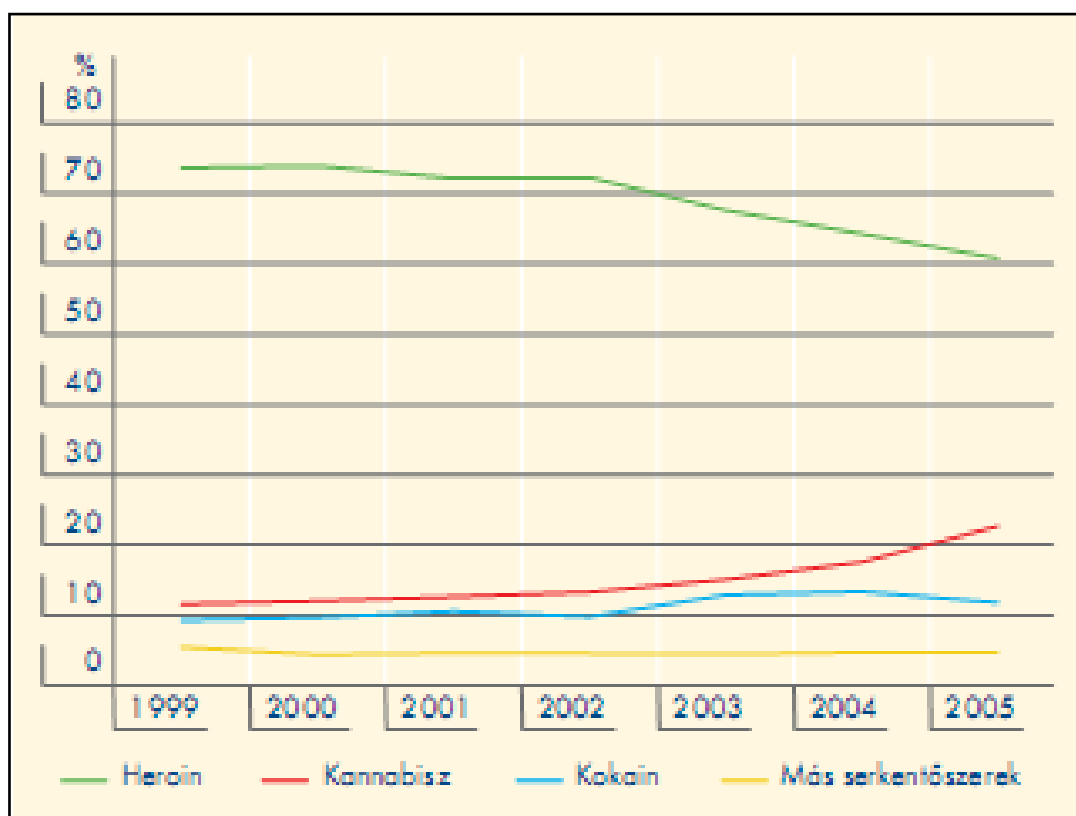
A rendszerváltozás után a heroinhasználó populáció számának jelentős emelkedésével párhuzamosan, számos országban ismerték fel a metadon-programok fontosságát. Szlovéniában (19 központ), Lengyelországban (15 központ), Csehországban (8 központ), illetve Horvátországban (az addiktológiai ellátás mellett a háziorvosi rendszert is bevonták) fejlett a metadon terápiás hálózat.

A fennmaradó országokban egy-egy központban, vagy nagyon korlátozottan érhető el metadon-kezelés, inkább kísérleti jelleggel.

Ugyanakkor, minden Közép-Kelet-Európai országban megszületett a jogi szabályozása a metadon-kezelésnek, és fokozatosan fejlesztésnek indultak a programok.

### 2.3.3 Fenntartó kezelés a nemzetközi szakirodalomban

Az Európai Unió tagországainak többségében a függőségi problémákkal jelentkező betegek közül a legmagasabb arányban a heroin használók vannak az EMCDDA 2007-es jelentése alapján. A járóbeteg-kezelőhelyek klienseinek 60%-a opiát használók teszik ki. A különböző drogok ezt jóval lemaradva követik, a kannabisz használók 22%-os arányban jelennek meg.



**2-8. ábra: A használati mintákban észlelt tendenciák a kezelőszolgálatoknál 1999 és 2005 között. Az elsődleges kábítószer, amely miatt a kliens kezelést kér, az összes kezelési igény százalékában**

*Forrás: EMCDDA jelentés 2007.*

Megjegyzés: 21 EU-tagállam adatai alapján: Bulgária, Csehország, Dánia, Németország, Görögország, Spanyolország, Franciaország, Írország, Olaszország, Ciprus, Litvánia, Luxemburg, Magyarország, Málta, Hollandia, Románia, Szlovénia, Szlovákia, Finnország, Svédország és az Egyesült Királyság. A hiányzó adatokat mindegyik ország esetében interpolálták, az egyes évekről rendelkezésre álló adatokban megfigyelt átlagos EU-s tendencia megőrzésével.



Ugyanakkor elmondható, hogy az uniós országok egy részében (EU 15-ökben) a kezelésre jelentkezett betegek körében csökkenő tendenciájú az injektlás. Ezzel szemben az újonnan belépett tagállamokról már nem mondható el hasonló, itt még továbbra is az injektlók vannak többségben.

Az ENSZ és szervezetei (WHO, UNAIDS, UNODC) a metadon-helyettesítő kezelést alapvetőnek tartják a heroinfüggőség kezelésében<sup>[125]</sup>. A metadon továbbá a WHO esszenciális gyógyszerlistáján is szerepel.

A bizonyítékokon alapuló orvoslás meghatározó szisztematikus irodalmi összefoglalóit – többek között – a Cochrane Kollaboráció állítja össze. A Cochrane Kollaboráció többször végzett szisztematikus irodalmi áttekintéseket a témában, és megállapításai szerint a metadon-helyettesítő kezelés hatékony<sup>[126-128]</sup> heroinhasználó várandós nők esetében is<sup>[129]</sup>.

A Cochrane Review szerint pszichoszociális kezelési elemekkel kiegészítve a hatékonyság (a betegek terápiában maradása) tovább javítható<sup>[130;131]</sup>. Ennek ellentmondásrészént egy későbbi Cochrane Review írása<sup>[132]</sup>, valamint megjegyzendő, hogy a pszichoszociális intervenció csoporttal összehasonlított kontroll csoportnál is alkalmaztak „rutin” konzultációt.

Az amerikai Institute of Medicine is elemzi a szubsztitúciós kezelések átfogó eredményeit (más intervenciókkal együtt) azokban az országokban, ahol a HIV terjedése világviszonylatban rendkívül magas az injekciós droghasználók körében<sup>[133]</sup>.

Az angol National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) irányelve hasonló megállapításokat tesz 27 randomizált, kontrollált kutatás eredményei alapján (2001-2007 közötti periódusból), valamint a módszert költség-hatékonynak is tartja (a nem-kezelt csoportokhoz képest)<sup>[134]</sup>.

A hatékonyságot magyarázzák:

- az injekciós heroinhasználat csökkenése,
- az injekciózás általában vett csökkenése,
- az injekciózáshoz kapcsolódó kockázati magatartások csökkenése,
- a túladagolások és az ebből származó halálozás csökkenése,

- a kriminalitás csökkenése,
- a lakhatási körülmények javulása (a hajléktalanság csökkenése),
- a munkában töltött napok számának emelkedése,
- a fertőző betegségek előfordulásának, illetve átadásának visszaszorulása.

Nem egyértelműek az eredmények:

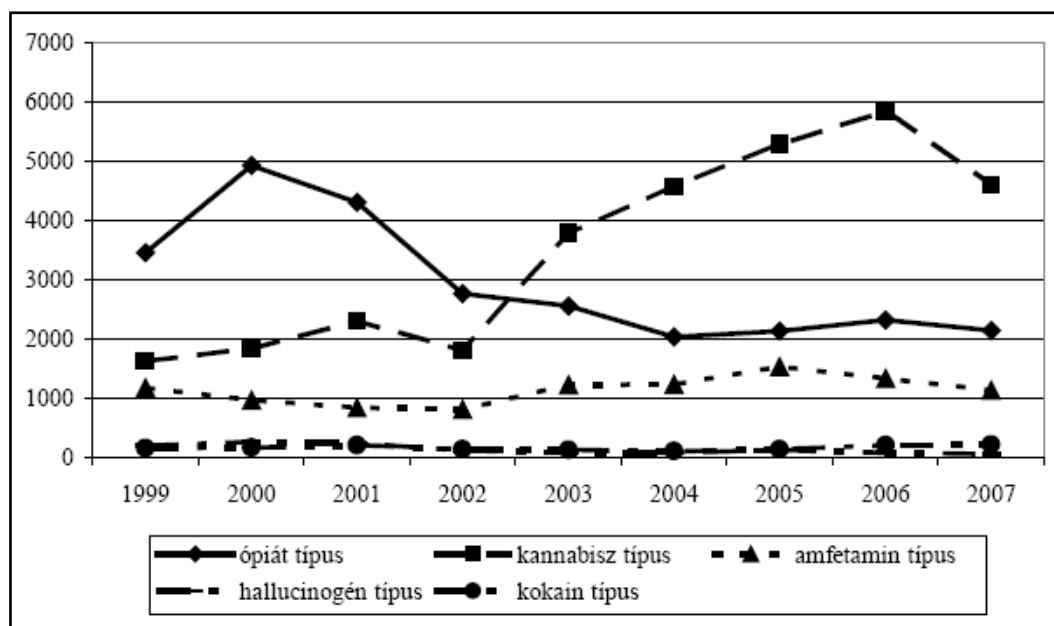
- az egyéb illegitim szerek (elsősorban a kokain) használata,
- a legitim szerek (elsősorban benzodiazepinek, alkohol, egyéb szedatív szerek, illetve „utcai” metadon) használatának csökkenésében.

A kezelést kiegészítő pszichoszociális intervenciók azonban ezekben a jellemzőkben is kedvező hatást értek el – noha a szerhasználat nem szűnt meg teljes mértékben.

#### **2.3.4 Hazai fenntartó kezelések**

Az országban bármilyen szintű addiktológiai ellátásba kerülő szerhasználókról az OSAP adatbázisában érhetők el statisztikai adatok. Ezek segítségével mutatjuk be az elmúlt évek a témához kapcsolódó jellemzőit, elsősorban a szerhasználatot és injektálási szokásokat, ezen belül a heroin-, illetve intravénás szerhasználókat.

A kezelésbe kerültek száma jelentősen megnövekedett a 2003-as évben, ami valószínűsíthetően a törvényi változásoknak köszönhető. Ezen intézkedés kibővítette azok körét, akiket elterelésbe kerülhettek, illetve vállalhattak elterelést a büntetőeljárás helyett. Az új törvényeknek köszönhetően jelentősen megnövekedett a kezelték száma, sokkal többen jutottak el szakemberekhez. Ezt követően nem történt ilyen horderejű változás. 2004-ben mintegy 6%-kal csökkent a drogfogyasztók szakintézményekben való ellátása. Ehhez képest 2005-ben javulás figyelhető meg, 4%-kal nőtt a dokumentált betegek száma. 2006-ban majdnem 5%-os növekedés figyelhető meg a szakellátásban kezelt páciensek számát illetően. Ugyanakkor 10%-kal csökkent az első alkalommal kezelték száma 2005-höz képest (5673 fő). Ezek alapján megállapíthatjuk, hogy a 2006-os évben volt a legalacsonyabb az első alkalommal terápiára jelentkezők aránya a kezelt szerhasználókon belül a 2001-től 2006-ig tartó időszakban.



**2-9. ábra: Kezelt betegek száma az illegális szer típusa szerint**

*Forrás: Elekes Zsuzsanna: „A kábítószeres epidemiológiája Magyarországon”*

A 2006-ban kezelt heroin fogyasztók és intravénás heroin fogyasztók száma 15%-kal nőtt a 2005-ös évhez képest, ami jelentős emelkedésnek számít. Ugyanakkor a vizsgált időszakot elemezve megállapítható, hogy az opiát típusú kezelt szerfogyasztók száma jelentősen csökkent 2002 és 2004 között, mintegy 30%-kal. Amennyiben az összes illegális szer használót vizsgáljuk, az opiát típusú szerfogyasztók aránya a kezelésben – a 2002-ig az első volt – mindvégig a második legnagyobb volt a kannabisz fogyasztók mögött.

Az amfetamin-használók számának növekedése figyelhető meg a kezelési intézményekben a 2002-es évet követően. Jelentős növekedés 2002 és 2003, illetve 2004 és 2005 között volt tapasztalható. 2006-ban arányuk 13%-kal csökkent a kezelésben az előző évihez képest.

2002 óta a kezelt intravénás fogyasztók aránya a kezelték között fokozatosan csökkent: míg 2002-ben az összes kezelt kliens 17%-a volt intravénás fogyasztó, addig ez az arány 2005-ben már csak 9% volt. Ugyanakkor 2006-ban arányuk 10%-kal nőtt. Ennek háttérében feltehetően a kezelésben újonnan megjelent injekciós heroin használók 15%-os növekedése áll. A vizsgált időszakban az egyéb opiátok, a

stimulánsok és más kábítószeresek intravénás használata lényegesen nem változott a korábbi évek viszonylatában<sup>[28]</sup>.

#### **2.3.4.1 Kezelési típusok**

A 2000-es Nemzeti Drogstratégia célul tűzte ki a kábítószer használók számának csökkentését. Egyik legfontosabb eleme annak terjesztése, hogy a társadalom felismerje a drogfekélyesek hatékony kezelésének fontosságát, és ennek megfelelően avatkozzon be egy átfogó programon keresztül, külön hangsúlyozva a társadalmi szereplők összehangolt cselekvésének és a kezelő intézményrendszerek szerepét.

A hazai addiktológiai intézmények droghasználók számára nyújtott szakellátásának fontos lépcsőjét az alacsony küszöbű intézmények alkotják. Ezekben a terápiához való hozzáférést csupán néhány alapvető közösségi normához való alkalmazkodáshoz kötik, elősegítve a kereteket nehezen tartó használók szélesebb körben történő kezelésbe vonását. Kiemelt fontosságuk van ezen intézményeknek, hiszen könnyebb elérhetőségük miatt a kliensek terápiában maradását is elősegíthetik.

Az alacsonyküszöbű intézmények elsőrendű célja, hogy megtalálják a drogfogyasztókat, ezért rendkívül fontos, hogy bárki számára könnyen elérhetőek legyenek, ezért nyitva tartásukat a célcsoporthoz igazítják, a szolgáltatásaik ingyenesek, mentesek a bürokráciától és absztinenciát sem követelnek meg. Klienseik között mind a magas kockázati csoportok, nehezen elérhető csoportok, mind az illegális drogot kipróbálók is megtalálhatók.

Előzőeknél specializáltabbak az ambuláns, metadon fenntartó, illetve a fekvőbeteg kezeléseket nyújtó intézmények, a terápia biztosítását a szerhasználók számára nehezebben tartható feltételekhez kötik, így például megkövetelik és ellenőrzik az absztinenciát, terápiás szerződést kötnek, illetve megbiztosítással is rendelkeznie kell a kezelésbe jelentkezőnek.

A legmagasabb lépcsőn a drog-rehabilitációs intézmények állnak. Ezen intézményekbe való bejutásnak szigorú feltételei vannak. Ilyen többek között a többéves drogkarrier, illetve a több sikertelen kezelésben való korábbi részvétel a szerhasználó részéről, gyakran vizsgálják az absztinenciára való törekvés motiváltságát is.

A hazai kezelőrendszerben megjelentekre vonatkozóan központi statisztikai adatgyűjtés csak az egészségügyi intézmények esetében zajlik. Az OSAP statisztikák szerint 2006-ban a kezelésben először megjelent kábítószer-fogyasztók legnagyobb részét a drogambulanciák látták el (50%). További 23%-uk a pszichiátriai és addiktológiai osztályokon, míg 22%-uk az addiktológiai gondozókban került kezelésre. Az összes kezelt tekintetében megállapítható, hogy az ambulanciák a drogfogyasztók 42%-át, a pszichiátriai és addiktológiai osztályok 32%-át, míg az addiktológiai gondozók 23%-át látták el<sup>[28]</sup>.

Az opiáthasználók jelentős része nem kerül kapcsolatba a kezelőhelyekkel, esetükben bármilyen intervenció kizárt, jellemző továbbá egy olyan klienskör, mely nem nyitott az absztinenciát célzó terápiákra, nem akar, vagy nem tud felhagyni az opiátok használatával<sup>[122]</sup>.

Az elmúlt években ezek a csoportok hazánkban is egyre markánsabban vannak jelen. Következésképp a helyettesítő kezelések, mint alacsony küszöbű szolgáltatások egyik alapvető célkitűzése, hogy a fent leírt populáció számára is nagyobb arányban elérhetőek legyenek, működjön terápiás kapcsolat a kezelőhely és a drogfogyasztó között. Ez egyrészt facilitálja az egészségügyi ellátás további, nem-addiktológiai profilú területeire való bekerülést, másrészt elősegíti, hogy a szerhasználó a későbbiek során tovább kerüljön magasabb küszöbű illetve absztinenciát célzó programba.

#### ***2.3.4.2 A hazai kezelőhelyek története***

Magyarországon 1989-ben dokumentálták az első metadon (depidol) kezelést a Nyíró Gyula Korház Addiktológiai osztályán. Egy angol betegről volt szó, aki Angliában több éve metadon fenntartó kezelésben részesült, és azidőben Budapesten dolgozott. Ezt követően az említett osztály hosszú ideig az egyetlen volt a metadonterápia tekintetében.

1989-ben történtek az első szubsztitúciós kezelési próbálkozások a Nyíró Gyula Korház Klapka – Jász utcai Drogambulanciáján, amikor codein és dihydrocodin származékokat használtak szubsztitúciós céllal. 1992-ben indult el kísérleti jelleggel itt

a metadon kezelés, azóta itt zajlik az országos metadonprogramok koordinációja, illetve a legmagasabb számú opiátfüggő helyettesítő kezelése.

Következő fontos helyszín volt a metadonkezelés szempontjából, bezárásáig az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.

A következő állomásként 1995-ben a Pécsi Drogambulancián is bevezették a metadont az opiátfüggők kezelésében.

2000-ben a Veszprémi Drogambulancián indítottak be metadonfenntartó kezelést.

2002-ben a Gyulai Drogambulancián pár hónappal a nyitást követően elindult a program.

2003-ban kezdte el működését a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Soroksári Addiktológiai Centruma, jelenleg a második legnagyobb esetszámmal működő szubsztitúciós program Magyarországon.

További addiktológiai és pszichiátriai osztályokon vált alkalmazottá a metadon, elsősorban detoxikációs céllal.

Jelenleg Magyarországon a következő helyeken folyik metadonfenntartó kezelés:

- Nyirő Gyula Korház Drogambulancia, Budapest
- Magyar Ökumenikus Segélyszervezet Soroksári Addikt. Centrum, Budapest
- Drogoplex Drogambulancia, Budapest
- BMKT Pándy Kálmán Kórháza, Drogambulancia, Gyula
- INDIT Közalapítvány Baranya Megyei Drogambulancia, Pécs
- Alkohol-Drogsegély Ambulancia, Veszprém
- Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum, Szeged
- Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház, Drogambulancia, Eger
- MJV. Önk. Semmelweis Kórház, Drogambulancia, Miskolc

Metadon kezelés kórházi körülmények között több helyen folyik ma Magyarországon, legjelentősebbek a Balasagyarmati Addiktológiai Osztály és a Péterfy Sándor Utcai Kórház.

#### ***2.3.4.3 A hazai fenntartó kezelések jogi háttere***

A Fővárosi ÁNTSZ, felismerve a drogprobléma egyre komolyabb terjedését, engedélyezte a metadon tartalmú gyógyszerek használatát opiátfüggők körében (1993). A szervezet akkori vezetője hangsúlyozta, hogy a metadonkezelést a lakosság egészségi állapotának javítása, a szenvedélybetegségek leküzdése és megelőzése érdekében kell alkalmazni.

A hosszú távú metadonkezelés folytatását az akkor működő két drogambulancia vezetője kezdeményezte az ÁNTSZ-nél. A határozatot követően hivatalossá vált a metadonterápia.

2000 novemberében OGYI T-7691/01. szám alatt forgalomba hozatali engedélyt adtak ki a Metadon-EP 5 mg és a Metadon-EP 20 mg nevű tablettára, amelyek indikációja kifejezetten az opiátfüggőség. Ez azért volt fontos lépés, mert az előzőleg használt metadon tartalmú gyógyszer, a Depridol fájdalomcsillapítóként volt törzskönyveztve.

2000. december 5.: Az Országgyűlés elfogadta a „Nemzeti stratégia a kábítószer probléma visszaszorítására” c dokumentumot, ezen belül a metadonprogramok alkalmazását és fejlesztését.

2001. március 13. közös munkakonferencia zajlott az összes érintett fél részvételével (Egészségügyi Minisztérium, ISM, Kábítószerrendészet, ÁNTSZ, OEP, OAI, Drogambulanciák képviselői, gyógyszergyártók), ahol a metadon-kezelés szabályozását, illetve finanszírozását egyeztették.

2002. április 25-én az Egészségügyi Közlöny 9. számában hivatalosan megjelent a metadon-kezelés módszertani levele.

2002. május 12-én az Egészségügyi Közlöny 10. számában közzétették a metadon-kezelés OEP finanszírozását. Ezt követően a metadon ingyenessé vált a betegek számára.

Ugyanakkor a magyarországi metadon-kezelés fejlesztését néhány negatívan ható tényező is jellemezte. A fenntartó metadon-kezelés 2000.októberében rövid időre betiltásra került az Országos Tisztifőorvos által, a metadon-kezelést is használó

osztályok vezetői gyakran váltak névtelen feljelentések alapján indított eljárások célpontjaivá, ezek negatívan befolyásolták a fenntartó kezelések szakmai, jogi és társadalmi elfogadását.

## **2.4 A metadon készítmény**

A metadont (6-dimethylamino-4-4-diphenyl-heptanon-3) 1941-ben fedezte föl Max Bockmühl és Gustav Ehrhard Németországban. A II. Világháború körüli időszakban a „Hoechst 10820”, vagy későbbi elnevezése szerint polamidon, majd metadon fájdalomcsillapító és spazmolitikus hatását írták le, kutatták. A 40-es évek második felében az Egyesült Államokban végzett vizsgálatok is elsősorban a metadon fájdalomcsillapító és spazmolitikus hatásait vizsgálták.

A 60-as évek elején használtak először metadont heroinfüggők kezelésére az Egyesült Államokban. Ezt követően a metadon-kezelés fokozatosan elterjedt világszerte, eleinte Észak-Nyugat-Európában, Ausztráliában, Izraelben, azt követően Dél-Európában, a 90-es években fokozatosan Közép-Kelet-Európában. A 90-es évek végétől kezdve a fejlődő ázsiai, dél-amerikai, illetve afrikai országokban is egyre komolyabban foglalkoznak metadon programok bevezetésével, illetve beindultak új metadon programok.

A 90-es évek második felében már a következő nemzetközi szervezetek hangsúlyozták a metadon kezelés fontosságát, illetve ajánlásokat tettek a metadon - programok működéséhez: 1998-ban USA Nemzeti Egészségügyi Intézet, 1999-ben WHO, 2000-ben EMCDDA.

### **2.4.1 A metadon terápiás alkalmazása**

1. Rövid detoxikációs kezelés, amely gyors ritmusú csökkentést jelent, a kezelés időtartama maximum 30 nap. A kezelés célja a detoxikáció, a minél gyorsabb opiátmentesség elérése.
2. Hosszú távú detoxikációs kezelés, ahol a csökkentés ritmusa lassúbb, fokozatosan történik, és általában hosszú opiátfüggőségi múlttal rendelkező



pácienseknél javasolt. A kezelés időtartama változó: 1 hónaptól 6 hónapig tarthat. A terápia célja ebben az esetben is az opiátmentesség.

3. Szubsztitúciós (hosszútávú fenntartó) kezelés, ahol a metadon adag hosszú távon fennmarad, mivel a csökkentési próbálkozások mindig újabb visszaeséssel járnak. A szubsztitúciós kezelés akár évekig is folytatódhat. Olyan opiátfogyasztó populációnál javasolják, ahol belátható időn belül az opiátmentesség elérése reálisan nem lehetséges.

A Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központ nyilvántartása szerint a metadonnal kezelt betegeket száma Magyarországon 683 fő volt 2008.-ban. Ebből 467 fő Budapesten vett részt metadon kezelésben.

#### 2.4.2 Metadonkezelést végző intézmények

Jelenleg kilenc drogambulancián, zajlik metadon szubsztitúciós/detoxikációs ambuláns kezelés, illetve egyes addiktológiai és pszichiátriai osztályokon metadont alkalmaznak az opiát-függő betegek detoxikációs kezelésében.

<b>Metadon (met.) és buprenorfin-naloxon (b.n.) kezelésben résztvevők száma (fő) kezelőhelyek szerinti bontásban 2008-ban (N=802)</b>																				
	Budapest Nyíró		Budapest Soroksár		Budapest Drogoplex		Eger		Gyula		Miskolc		Pécs		Szeged		Veszprém		Összesen	
	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.	met.	b.n.
férfi	251	56	71	5	28	-	7	-	24	11	57	-	11	14	67	6	11	-	527	92
nő	80	18	25	1	12	-	0	-	4	1	7	-	7	5	18	2	3	-	156	27
<b>összesen</b>	<b>331</b>	<b>74</b>	<b>96</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>-</b>	<b>7</b>	<b>-</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>64</b>	<b>-</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>85</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>-</b>	<b>683</b>	<b>119</b>

Forrás: Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia  
Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2009

2-10. ábra: Metadon (met.) és buprenorfin-naloxon (b.n.) kezelésben résztvevők száma (fő), kezelőhelyek szerinti bontásban 2008-ban (N=802)

Metadon-kezelést olyan egészségügyi egységekben lehet alkalmazni, amelyek rendelkeznek ÁNTSZ engedéllyel fekvő- és/vagy járó beteg addiktológiai szakellátásra és gondozásra.

A hosszú távú szubsztitúciós metadon-kezelésről a kezelőhelyen dolgozó kéttagú munkacsoport dönt, az előzmény, a beteg szomatikus és pszichés állapota, szociális helyzete, valamint a drogkarrier alapján. A munka-csoport egyik tagja addiktológus vagy pszichiáter szakorvos, a másik szakember felsőfokú végzettséggel rendelkező munkatársnak (addiktológus, pszichiáter, háziorvos vagy egyéb szakképesítéssel rendelkező orvos, pszichológus, szociális munkás, konzultáns) kell lennie. Szükség esetén a döntésben külső szakorvos is részt vehet. A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelést pszichiáter, vagy addiktológus szakorvos indikálja és folytatja speciális tanfolyam elvégzését követően.

### **2.4.3 A metadon alkalmazási protokollja**

A metadon-kezelésnek két típusát különböztetjük meg: a metadon-detoxikáció és a hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés.

#### *a) A metadon detoxikáció:*

A metadon-detoxikáció két lépcsőből áll. Az első lépcsőben a beteget a rövid hatástartamú opiátokról átállítjuk a hosszabb hatástartalmú, és orálisan adagolható metadonra. A második lépcsőben, az egyénileg kialakított metadon adagolás mértékét lehetőség szerint – egy, de maximálisan hat hónapon belül – fokozatosan csökkentjük, majd elhagyjuk.

#### *b) A hosszú távú szubsztitúciós metadonkezelés.*

A metadon- terápiát folytató intézmény vezetője időszakonként absztinenciát célzó kezelést ajánl fel a metadon programban résztvevőnek.

A választható kezelési formák közül a megfelelő:

- az elérhető helyi lehetőségek,
- a kliens egészségi állapota, drogkarrierje,
- a jelenlegi állapot,

- a szociális támogató rendszer és
- speciális helyzet (pl. terhesség) függvényében kerül kiválasztásra.

Figyelembe véve a kliens motivációs szintjét és a kezelő központ szakmai hátterét, megkülönböztethetőek alacsony és magas küszöbű program<sup>[161]</sup>:

*a) Alacsony küszöbű programok jellemzői:*

- mindenki számára elérhetőek,
- ártalomcsökkentésre orientáltak,
- az elsődleges cél a megvonási tünetek és a szer utáni sóvárgá csökkentése, valamint az életminőség javítása,
- a kezelési lehetőségek széles választéka,
- nem absztinencia orientáltak.

*b) Magas küszöbű programok*

- magas kritériumszint, nehezebben teljesíthetőek a bekerüléshez
- absztinencia-orientált (amely magába foglalja hosszú távon a metadonra vonatkozó absztinenciát is)
- rendszeresen alkalmazott vizelet-vizsgálat
- a terápiából való kizárás merev szempontok szerint történik (az illegális drogfogyasztás nem engedélyezett)

**2.4.3.1 A metadon szubsztitúciós kezelés kritériumai:**

- több éves igazolt opiát-függőség (legalább két év)
- 18 éven felüli életkor
- dokumentált, sikertelen próbálkozások absztinenciát célul kitűző kezelési programokban

A kezelésbevétel feltétele a klienssel kötött terápiás szerződés, mely rendelkezik a terápia kereteiről.

Nyilvántartás:

A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelésben részesülő páciensek nyilvántartását a metadonkezelést végző addiktológiai szolgáltatók biztosítják, mely a hatályos szabályok alapján történik. A kezeltek az anonimitást biztosító kód alapján országos regiszterbe kerülnek. A regisztert a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciáján vezetik. A Drogambulancia vezetője az országos összesített adatokat és a havonta felhasznált metadon mennyiségét tartalmazó információt elküldi a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központnak.

A metadon adagolása folyadék (oldat, solutio, suspensio, feloldott tablettá, feloldott por, pezsgőtablettá) formájában javasolt. Az alapelv az, hogy a metadon lehetőség szerint a terapeuta előtt kerüljön bevétele. A napi ellenőrzött bevételtől eltérően indokolt esetben maximum 1 heti, különlegesen indokolt esetben maximum 3 heti mennyiség adható ki.

A kezelés teljes időtartama alatt folyamatos és rendszeres ellenőrzés szükséges.

Az adagolás biztonsága érdekében a metadon-terápiás helyeken kell a metadon tárolását biztosítani. A biztonsági feltételeket az érvényben lévő jogszabályok alapján kell kialakítani (trezor, riasztó rendszer, biztonsági kamera).

Az újonnan kezelést kezdő a szer bevitelét követő néhány órában maradjon a kezelőhelyen és legyen megfigyelés alatt. A kezdő dózis legyen alacsony. A megfigyelés alatt lévő kliensnek tovább emelhető a gyógyszeradagja, ha megvonási tünetek jelentkeznek, illetve, ha azok nem szűnnek meg. A fentiek miatt a gyógyszer beállítását kezdjük reggel, lehetőleg a hét elején.

A kliens tájékoztatása

A hatékony terápiakezdés feltétele a kliens pontos tájékoztatása a következőkről:

- a metadon szérumszint a maximumát a bevételt követő 2-4. órában éri el,
- a metadon akkumulációja miatt a legerősebb hatást - egyenletes dózis mellett - kb. a 3-5. napon, vagy még később éri el,
- más drogok használatának veszélye nő a szubsztitúciós kezelés alatt, elsősorban az opiátok, a kokain, a benzodiazepinek és az alkohol vonatkozásában ,

- az aktuális metadonszint következménye az aktivitás növekedése, vagy csökkenése.

#### **2.4.3.2 Ajánlott gyógyszeres kezelés**

A napi metadon dózis meghatározása egyéni megítélés tárgyát képezi az ajánlott hatékony dózistartományon belül. Ez a dózis a kívánt szubsztitúciós hatás eléréséhez szükséges minimum szint. A hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján a hatékony dózistartomány 60-120 mg/nap<sup>[120;123;144;164]</sup>. Ugyanakkor nem bizonyított a rutinszerűen alkalmazott 100mg feletti napi dózis előnye sem<sup>[143;165]</sup>.

A megfelelő gyógyszer szint elérése a beteg klinikai vizsgálata (pszichés státusz, vegetatív paraméterek), vizelet-, nyálvizsgálat, illetve heteroanamnézis alapján állapítható meg. A fizikai függőség mértékének alapja a használt mennyiség, a használat időtartama, a bevitel módja.

A használt opiát mennyisége nehezen becsülhető meg, mivel a heroin tisztasága változó, illetve a házi előállítású mákszarmazékok adagjának becslése területenként változik. Máktea esetében egyes helyeken a fogyasztott mennyiséget literben adják meg, máshol a máktea főzéséhez felhasznált mákgubók számában. Ugyanakkor a betegek hajlamosak túlbecsülni a bevallott adagot annak érdekében, hogy több gyógyszert kapjanak. Így a beállítás alapja a beteg megfigyelése, és fizikális vizsgálata, a megvonásos tünetek súlyossága.

A beteg általános egészségi állapotánál a kardiovaszkuláris betegség, a colitis ulcerosa, a krónikus fájdalom szindróma, a tüdőbetegség fokozott figyelmet igényel.

A kezdeti cél a megvonási tünetek megszüntetése. Az opiátmegvonás megjelenésekor, az utolsó opiát használatot követő 8-12 órán belül, 15-20 mg metadon adagolással javasolt a kezelést indítani, majd még az első nap során, ha újabb tünetek jelentkeznek, további metadon adagolása szükséges. Az első napi adag ritkán haladja meg a 40 mg-ot. Ha a tolerancia alacsony, vagy tisztázatlan, a kezdő dózis ne legyen több 10-20 mg-nál. Ha a kezdő dózist az első héten szükséges növelni, a növelés mértéke maximum napi 5-10 mg-mal javasolt, és a heti növelés mértéke ne haladja meg 20 mg-ot. Kezdetben a napi kétszeri adagolás elégséges, majd a tünetmentesség

elérésekor napi egyszeri adagolásra lehet áttérni<sup>[166]</sup>. A stabil dózis eléréséhez kb. 6 hét, vagy ennél több idő szükséges<sup>[167;168]</sup>.

A vérszint meghatározása irányadó lehet a szubsztitúciós adag beállításakor, a hatékony vérszint 150-600 ng/ml közötti, átlagosan 400 ng/ml fenntartása javasolt.

### **2.4.3.3 Kontraindikációk**

#### Abszolút ellenjavallat

- A készítmény bármely összetevőjével szembeni túlérzékenység
- A légzőközpont depressziójával járó állapotok

#### Lehetséges jelentős interakciók

Együttadása tilos:

MAO-gátlókkal (növeli a toxicitást)

Óvatosan együtt adható:

- központi idegrendszer depresszánsaival,
- általános érzéstelenítőkkel,
- phenotiazinokkal,
- major tranquillánsokkal,
- szedato-hipnotikumokkal,
- triciklikus antidepresszánsokkal,
- alkohollal (egymás hatását, de a légzésdepressziót is fokozhatják)

A megvonási tünetek jelentkezésekor a kliens azonnal ezek csökkentésének lehetőségét kezdi keresni, visszatérhet az illegális opiátok illetve a benzodiazepinek használatához. Ezért a túladagolás veszélye ilyenkor nő. A gyors metadon-metabolizáló kliensek az erős elvonási tünetek miatt szintén e csoportba tartoznak<sup>[169]</sup>.

#### Egyéb interakciók

A metadon metabolizmusát gyorsító szerek (carbamazepin, barbiturátok), és lassító szerek (cimetidin) adása módosítja a hatékony dózis szintjét<sup>[170]</sup>.

Ezek alapján a kezelést kezdő kliensek az első hónapban veszélyeztetettebbek a túladagolás tekintetében, mint a kezelésbe kerülést megelőzően<sup>[171]</sup>.

A metadon túladagolásra leginkább veszélyeztetett kliensek jellemzői:

- első jelentkezés, illetve ismeretlen/tisztázatlan szerhasználati anamnézis
- magas kockázatú, politoxikomán típusú szerhasználat
- többszörös túladagolás az anamnézisben
- klinikailag jelzett légzési problémák
- klinikailag jelzett máj problémák
- gátolt a CYP3A4 enzim működése (lassú metabolizmus)

Az ezen körbe tartozó klienseket az első napokban, a kezelés megkezdését követően, szigorúbb megfigyelés alatt tartjuk.

#### ***2.4.3.4 Kiegészítő szolgáltatások***

Számos adat jelzi a kiegészítő szolgáltatások fontosságát a fenntartó metadon kezelésben. Ily módon bár a konzultációs, csoportterápiás vagy egyéb pszichoszociális segítségnyújtás nem tekinthető a fenntartó metadon kezelés szükséges elemének, ezek elérhetősége jelentősen növelheti a terápia hatékonyságát<sup>[122;153;172-174]</sup>.

*Az ellátás megfelelőségének indikátorai* – a szakmai munka eredményességének mutatói

A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés hatékonyságának értékeléséhez intézményi és egyéni indikátorok monitorozása ajánlott.

*Intézményi szintű indikátorok:* az újonnan kezelésbe kerülők és a kezelést elhagyók száma, illetve aránya, intravénás droghasználók számának monitorozása.

*Egyéni indikátorok* közül javasolt az illegális drogfogyasztás monitorozása, a szervezetben lévő drogok kimutatására a beteg időszakos, véletlenszerű vizelet, nyál ellenőrzése útján (1 hónap után, majd 3 havonta, minimum évi négy alkalommal). Ugyancsak ajánlott az ASI (Addikció Súlyossági Index) teszt felvétele, az első jelentkezéskor, 3 hónap múlva, majd minimálisan félévente. Ez alapján a társadalmi beilleszkedés mértékének – munka, tanulás, családi élet, - figyelemmel kísérése.

#### 2.4.4 Metadon fenntartó programok hatékonysága

A metadonfenntartó program célja, valamint hatékonyságának egyik lényeges mércéje a kliens kezelésben maradása<sup>[120]</sup>. A kezelés időtartama és sikeressége közötti pozitív összefüggés többszörösen bizonyított<sup>[123;135-137]</sup>, hasonló összefüggés figyelhető meg a már említett krónikus „szomatikus” betegségek ellátása esetében is.

Random, kontrollált összehasonlító vizsgálatok igazolták, hogy a metadonprogram szignifikánsan hatékonyabb a szerhasználat és a kriminalitás csökkentését illetően a nem kezeltékhez viszonyítva<sup>[138]</sup>.

Hasonló célú, placebo-kontrollált<sup>[139-142]</sup> és kettős vak vizsgálatok<sup>[143]</sup> megerősítették ezeket az eredményeket, valamint a kliensek kezelésben maradási arányát hosszútávon is szignifikánsan magasabbnak találták.

Noha az obszervációs vizsgálatok nem használtak random besorolást, korrekcióval szűrték ki az ebből eredő hibalehetőségeket<sup>[144]</sup>, így ezek eredményeit is figyelembe vesszük.

A metadonfenntartó kezelést terápiás közösségi ellátással, illetve kórházi detoxikációs programmal összehasonlítva (egy egyéves uránkövetéses vizsgálatban) a fenntartó kezelés szignifikánsan hatékonyabb volt, mind az illegális drogfogyasztás, mind a kriminalitás, mind a kezelésben maradás szempontjából<sup>[145]</sup>.

További vizsgálatok alátámasztják a fentieket, illetve megállapítást nyert, hogy a kriminális aktivitás és a heroinhasználat fordított irányú kapcsolatban volt a kezelésben maradás idejével<sup>[137;146;147]</sup>.

A pre-post összehasonlító vizsgálatok is igazolták, hogy a metadonprogramban maradók aránya viszonylag magas, nő a szociális produktivitás, csökken a kriminális aktivitás, a mortalitás<sup>[148]</sup> és az intravénás droghasználat<sup>[41;149;150]</sup>.

Az USA hat államában 24 intézményt vizsgáltak a hatékonyság vonatkozásában, melynek kritériumaként a 20% alatti intravénás heroin használatot határozták meg. Ez alapján 14 program bizonyult hatékonynak<sup>[151;152]</sup> az adatok másodelemzése során napvilágra került, hogy az alkalmazott metadon dózis valamennyi program esetében meghatározó volt a hatékonyság szempontjából.



Fontos további szempont, hogy a metadonfenntartó kezelésnek kedvező hatása van a mortalitásra, ugyanis a kezelésben részt vevők mutatója e tekintetben szignifikánsan alacsonyabb, mint a csak detoxikálásra jelentkezők és a nem kezelték csoportjában<sup>[148]</sup>. A fenntartó metadonkezelés továbbá kedvező hatással volt az általános egészségügyi állapotra is<sup>[153]</sup>. A vizsgálatok szerint az opiáthasználók között magas a pszichiátriai komorbiditás aránya. Magas a pszichológiai terhelés<sup>[154]</sup>, és gyakran állnak fenn párhuzamos depresszív tünetek<sup>[155;30]</sup>. A vizsgálatok e tünetek enyhüléséről számolnak be, a fenntartó kezelés során a legjelentősebb javulást a kezelés első 4 hónapja alatt tapasztalták<sup>[147;153;155-160]</sup>.

A pszichiátriai komorbiditás rontja a terápia hatékonyságát, függetlenül a kezelési módoktól<sup>[55;84;155;161-163]</sup>. Az adatok a fenntartó metadonkezelés egyik eredményeként a pszichiátriai státus javulását jelzik, a kedvező hatást a kiegészítő pszichoterápia növelte<sup>[146;157;163]</sup>.

## 2.5 Buprenorphine/naloxone kombinált készítmény

A szubsztitúciós terápiák palettájának szélesítése kapcsán az elterjedt metadon készítmény mellett hazánkban 2007-ben bevezetésre került a sublingvális buprenorphine/naloxon kombinált készítmény (továbbiakban B/N), mely gyógyszer, parciális  $\mu$ -receptor agonista buprenorphine-t, valamint  $\mu$ -receptor antagonistá naloxt tartalmaz; 4:1 arányban. A buprenorphine kettős, parciális opiát agonista és parciális opiát antagonistá hatásánál fogva enyhébb, kevésbé euforizáló és kevésbé szedatív hatású, mint a teljes opiát agonista hatással bíró metadon vagy a heroin. Intravénás alkalmazás esetén a naloxon komponens blokkolja a buprenorphine parciális agonista hatását, és megvonásos tünetegyüttest produkál.

Az opiátfüggő betegek jelentős része nehezen képes az absztinenciára, emiatt átmenetileg vagy akár tartósan is agonista helyettesítő kezelést igényel. A szubsztitúciós fenntartó terápiák alapelve, hogy ezek lehetőséget teremtenek az utcai - többnyire intravénás - heroinhasználat legális szerrel történő helyettesítésére. Tekintve, hogy a szubsztitúciós célzattal alkalmazott gyógyszerek teljes vagy parciális opiát receptor agonisták, esetükben a túladagolás kockázata mellett, a velük való visszaélés, valamint ezen szerek illegális kereskedelembé való kikerülése jelenthet problémát. A túladagolás kérdését tekintve, a buprenorphine, mint parciális opiát receptor agonista, túladagolásának kockázata lényegesen kisebb, mint a teljes agonista metadoné. Ezen tulajdonságánál fogva felmerült, hogy a buprenorphine akár alkalmas lehet a metadon helyettesítésére is az opiátfüggők fenntartó kezelésében <sup>[175-177]</sup>.

### 2.5.1 Buprenorfin/naloxon kombinált készítmény alkalmazási protokollja

A B/N kezelésnek a metadonhoz hasonlóan két típusa lehetséges: a detoxifikáció és hosszú távú szubsztitúciós fenntartó kezelés.

#### a) *A B/N detoxifikáció*

A B/N detoxifikáció két lépcsőből áll. Az első lépcsőben a beteget a rövid hatástartamú opiátról átállítjuk a hosszabb hatástartalmú, és sublingualisan adagolható B/N-ra. A második lépcsőben, az egyénileg kialakított B/N dózist fokozatosan

csökkentjük, majd a kliens jellemzőit figyelembe véve, a lehető legrövidebb időn belül elhagyjuk.

b) A hosszú távú szubsztitúciós fenntartó B/N kezelés

Hosszú távú fenntartó kezelés esetén a megfelelő B/N dózis beállítását követően a készítmény tartósan adható.

**2.5.1.1 A buprenorfin/naloxon szubsztitúciós kezelés feltételei**

- legalább egy éves opiát dependencia
- 15 éven felüli életkor
- legalább két sikertelen próbálkozás absztinenciát célul kitűző kezelési programban

A kezelésbevitel feltétele a kliens széleskörű tájékoztatása a kezeléssel, valamint a klienssel kötött terápiás szerződés, amely rendelkezik a terápia kereteiről.

A kezelés bevezetése:

A megvonás gyorsításának elkerülése érdekében a B/N-nal az indukciót akkor kell elkezdni, ha a megvonás objektív és egyértelmű tünetei fennállnak. A javasolt kezdődózis az első napon 2 alkalommal 1-2 db 2 mg/0,5 mg-os nyelvvalatti tablettát, azaz 2-szer 2-4 mg buprenorphine. Elvonásban nem részesült opiátdependens kábítószerfüggők esetében a kezelés kezdetekor a B/N első dózisát a megvonási tünetek megjelenésekor, de legalább 6 órával az utolsó rövid hatású opiát (pl. heroin) használata után kell bevenni. Metadont kapó betegek esetében a B/N-kezelés elkezdése előtt a metadon dózisát maximum 30 mg/napra kell csökkenteni. A B/N első dózisát a megvonási tünetek megjelenésekor, de legalább 24 órával az utolsó metadon használat után kell bevenni.

A B/N a kezelés kezdeti szakában elvonási tünetek megjelenését eredményezheti, ezért különösen nagy figyelmet kell fordítani a betegek megfelelő edukatív és pszichológiai felkészítésére.

A megfelelő dózis beállítása

A B/N dózisát fokozatosan, a betegnél észlelt klinikai tünetek szerint kell növelni. A maximális napi egyszeri adag nem haladhatja meg a 24 mg-ot. A dózist a

beteg klinikai és pszichés állapotának újraértékelése alapján, 2-8 mg-os lépésekben kell beállítani. A túlságosan lassú dóziszemelés kockázatot jelenthet a kezelés megszakadása szempontjából.

A későbbi alkalmazás során, mivel buprenorphine hosszú hatású szer, a napi egyszeri adagolás, adott esetben a másnapenkénti adagolás is elégséges.

Az átlagos fenntartó dózis 16-24 mg/nap. Ennél nagyobb dózis nem alkalmazható, amennyiben a heroin szubsztitúciója ennél a dózissal nem oldható meg hatékonyan, úgy a fenntartó metadon kezelésre való váltás javasolt.

Mivel a buprenorphine magas affinitással bír a  $\mu$  opiát receptorok iránt, jelentősen csökkenti az egyéb opiátok (heroin vagy metadon) receptorokhoz kötődési esélyét. A kezelés megkezdésekor a B/N napi kontroll mellett adható, a fenntartó dózis beállítását követően azonban az orvos-beteg találkozás ritkítható, akár a heti egyszeri találkozás is elégséges.

#### Nyilvántartás

A B/N kombinált készítményt alkalmazó kezelésben részesülő páciensek nyilvántartását a kezelést végző addiktológiai szolgáltatók biztosítják, ami a hatályos szabályok alapján történik. A kezeltet az anonimitást biztosító TDI kód alapján országos regiszterbe kerülnek. A regisztert a Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia vezeti. A Drogambulancia vezetője az országos összesített adatokat és a havonta felhasznált B/N mennyiségét tartalmazó információt elküldi a Nemzeti Kábítószer Adatgyűjtő és Kapcsolattartó Központnak.

#### A kliens tájékoztatása

A hatékony terápiakezdés abszolút feltétele a kliens pontos tájékoztatása a következőkről:

- a B/N készítmény használata a kezelés kezdetekor, elsősorban az első hét folyamán enyhébb megvonásos tünetekkel járhat, ezek azonban a kezelés későbbi időszakára megszűnnek,
- a B/N készítmény csak nyelv alatt feloldódva fejt ki a tervezett hatást; gyomorban alkalmazva az opiát agonista hatás nem jelenik meg, míg

intravénásan alkalmazva antagonistá hatással, azaz a megvonásos tünetegyüttes megjelenésével kell számolni,

- a 24 mg/nap dózis növelése nem eredményez erősebb antagonistá hatást,
- más drogok a B/N-nal történt kombinált használata a túladagolás kockázatával járhat,
- a napi adag bevitelét követően kb. egy órán keresztül tartózkodni kell folyadék és/vagy élelmiszer fogyasztásától.

### **2.5.1.2 Ajánlott gyógyszeres kezelés**

A hazai és nemzetközi tapasztalatok alapján a hatékony dózistartomány 12-24 mg/nap. A megfelelő gyógyszer szint elérése a beteg klinikai vizsgálata (pszichés státusz, vegetatív paraméterek), vizelet- nyálvizsgálat, illetve heteroanamnézis alapján állapítható meg.

A fizikai függőség mértékének alapja a használt mennyiség, a használat időtartama, a bevitel módja. A használt opiát mennyisége nehezen becsülhető meg, mivel a heroin tisztasága változó, illetve a házi előállítású mákszármazékok adagjának becslése területenként változik. Így a beállítás alapja a beteg megfigyelése, fizikális vizsgálata, és a megvonásos tüneteinek súlyossága. A kezelés megkezdésekor, illetve a dózis beállításának időszakában napi kontroll javasolt.

A buprenorfin részleges agonista a  $\mu$ -opiátreceptoron, és krónikus alkalmazása opioid típusú dependenciát okoz. A kezelés leállítására megvonási szindrómát eredményezhet, mely lehet késleltetett.

### **2.5.1.3 Kontraindikációk**

Abszolút ellenjavallat:

- a buprenorfinnal, a naloxonnal vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység,
- súlyos légzési elégtelenség,
- súlyos májelégtelenség,
- akut alkoholizmus vagy delirium tremens,

- a B/N nem alkalmazható együtt: alkoholos italokkal vagy alkoholt tartalmazó gyógyszerekkel, mivel az alkohol fokozza a buprenorfin szedatív hatását,
- a B/N nem alkalmazható együtt MAO gátlókkal, illetve, amennyiben a kliens a megelőző két hét során MAO gátlót szedett.
- nem javasolt a B/N alkalmazása kisgyermekes anyáknak szoptatás alatt, mivel jelenleg erre vonatkozóan nem áll rendelkezésre adat.

Óvatosan adható:

- károsodott májműködés esetén
- a légzőközpont depressziójával járó állapotok esetén,
- benzodiazepinekkal,
- egyéb központi idegrendszeri depressziót okozó szerekkel,
- egyéb opioid származékokkal (pl. metadon, analgetikumok és köhögéscsillapítók),
- bizonyos antidepresszánsokkal,
- szedatív H1-receptorantagonistákkal,
- barbiturátokkal,
- egyéb anxiolitikumokkal, neuroleptikumokkal, klonidin és rokon vegyületekkel,
- potens CYP3A4-inhibitorral (pl. proteázinhibitorokkal, mint a ritonavir, nelfinavir vagy indinavir, vagy azoltípusú gombaellenes szerekkel, mint a ketokonazol vagy itrakonazol)
- CYP3A4-induktorokkal (pl. fenobarbitállal, karbamazepinnel, fenitoinnal, rifampicinnel).

A B/N késztmény túladagolásra leginkább veszélyeztetett kliensek jellemzői:

- első jelentkezés, illetve ismeretlen/tisztázatlan szerhasználati anamnézis,
- magas kockázatú, politoxikomán típusú szerhasználat,
- többszörös túladagolás az anamnézisben,
- klinikailag jelzett légzési problémák,
- klinikailag jelzett máj problémák,
- gátolt a CYP3A4 enzim működése (lassú metabolizmus),

Az ezen körbe tartozó klienseket az első napokban, a kezelés megkezdését követően, szigorúbb megfigyelés alatt tartjuk.

### Mellékhatások

A buprenorphine mellékhatásai hasonlóak a metadon és az egyéb opiátok esetében tapasztalható mellékhatásokhoz.

A kezelés kezdetén a buprenorphine a metadonéhoz képest lassabb stabilizálódásával kapcsolatos tünetek mellett a megvonásos tünetek megjelenése, illetve ritkán álmoság, szédülés, hányinger, émelygés jelenhet meg. A krónikus használat során fejfájás, konstipáció, inszomnia, fáradtság, izzadás jelentkezhethet.

#### **2.5.1.4 Kiegészítő szolgáltatások**

Számos adat jelzi a kiegészítő szolgáltatások fontosságát a szubsztitúciós kezelésekben is. Ily módon bár a konzultációs, csoportterápiás vagy egyéb pszichoszociális segítségnyújtás nem tekinthető a fenntartó kezelések szükséges elemének, ezek elérhetősége jelentősen növelheti mind a terápiában maradás valószínűségét, mind pedig a terápia hatékonyságát.

#### Az ellátás megfelelőségének indikátorai, a szakmai munka eredményességének mutatói

A hosszú távú szubsztitúciós kezelés hatékonyságának értékeléséhez intézményi és egyéni indikátorok monitorozása ajánlott.

Intézményi szintű indikátorok: az újonnan kezelésbe kerülők és a kezelést elhagyók száma, illetve aránya, intravénás droghasználók számának monitorozása.

Egyéni indikátorok közül javasolt az illegális drogfogyasztás monitorozása, a szervezetben lévő drogok kimutatására a beteg időszakos, véletlenszerű vizelet, nyál ellenőrzése útján (1 hét után, majd havonta 2-3 alkalommal, de minimum évi 4-6 alkalommal). Ugyancsak ajánlott az ASI (Addikció Súlyossági Index) teszt felvétele, az első jelentkezéskor, 3 hónap múlva, majd minimálisan félévente. Ez alapján a társadalmi beilleszkedés mértékének – munka, tanulás, családi élet, - figyelemmel kísérése.

Bár a buprenorphine/naloxone kombinált készítmény alkalmazásával kapcsolatosan rendelkezésre állnak nemzetközi vizsgálati eredmények, a terápia hatékonyságáról nemzetközi viszonylatban is alig készültek kutatások.

### **2.5.2 Eddigi tapasztalatok a B/N kombinált készítménnyel**

Az bevezetés oka az említett szer külföldi klinikumban tapasztalat elterjedtsége volt. A nemzetközi szakirodalom eddigi eredményei szerint beszámol arról, hogy a B/N kombinált készítmény az addig használt metadonnal szemben kevésbé euforizáló és szedatív hatású, jól tolerálható komponenseket tartalmaz, és kevés a nemkívánt mellékhatás, pl. túladagolás <sup>[175,178-181]</sup>. További kutatások alátámasztották, hogy az intravénás használat – B/N típusú készítménnyel történő fenntartó terápia mellett – is szignifikánsan csökken <sup>[182]</sup>.

A kombinált B/N készítmény esetében a maximális dózis a gyártó szerint alkalmazható 16-24 mg/nap, egyszeri adagolásban, ez ekvivalenciavizsgálatok szerint 60-70 mg metadonnal egyenértékű. E tapasztalatok alapján a buprenorphine, illetve a B/N kombináció alkalmazása javasolható az agonista szubsztitúciós kezelés megkezdésekor. Ugyanakkor, mivel az opiátfüggők egy része 70 mg metadonnál nagyobb dózist igényel (80-150 mg), esetükben javasolt a 24 mg/nap (B/N), illetve 32 mg/nap (egykomponensű buprenorphine) dózis elérését követően a metadonra történő átváltás.

A B/N készítmény ezen a szubsztitúciós fenntartó programban történő alkalmazása mellett absztinencia-orientált programok előkészítéseként, azaz detoxifikációs céllal is adható <sup>[178; 183;184]</sup>.

A kezelésbevitelt követően, amely adminisztratívén és terápiás szempontból is a metadonterápia tételrendszeréhez hasonlóan zajlik, kiemelt figyelmet kell fordítani a beteg tájékoztatására, különös tekintettel az első egy hétben megjelenő elvonási tünetek vonatkozásában, ez számottevően hozzájárulhat a sikeres kezelésben tartáshoz<sup>[12]</sup>.



Magyarországon 2007 novemberében került bevezetésre, „*Suboxone*” gyári név alatt. B/N kombinált készítménnyel történő kezelést olyan egészségügyi egységekben lehet alkalmazni, amelyek rendelkeznek ÁNTSZ engedéllyel fekvő- és/vagy járó beteg addiktológiai szakellátásra és gondozásra. A hosszú távú szubsztitúciós fenntartó vagy detoxifikációs célzatú B/N kezelésről a kezelő helyen dolgozó pszichiáter/addiktológus szakorvos dönt az előzmény, a beteg szomatikus és pszichés állapota, szociális helyzete, valamint a drogkarrierje alapján.

### **3 ELŐZMÉNYEK : A METADONNAL KEZELT MINTA**

Az összehasonlítás alapját képező metadonnal kezelt minta adataihoz való hozzáférést a kutatás vezetői engedélyezték, így azokat bemutathatom jelen értekezés keretén belül.

A mintát kizárólag a Nyíró Gyula Kórház Drogambulanciájának betegei képezik. 2001 márciusa és 2003 márciusa közötti időszakban valamennyi, a Drogambulancián három hónapnál hosszabb időre tervezett metadon kezelésbe kerülő, opiátfüggő beteget bevontak a vizsgálatba. Ez összesen 281 főt jelentett. Valamennyi vizsgálati személy esetében részletes adatfelvétel történt a kezelésbe kerüléskor. Ezt követően három hónapig havonta, majd a továbbiakban minden harmadik hónapban történt újabb részletes adatfelvétel. Az adatfelvétel 2004 áprilisában zárult, így módon valamennyi kliens esetében biztosított volt a minimálisan egy éves utánkövetés<sup>[10;11]</sup>. A vizsgálat során az kérdőíves és interjú módszereket alkalmazták a szerzők. A részvétel önkéntes és anoním volt, a részvétel megtagadása nem befolyásolta a kezelés kimenetelét, valamint semmilyen jutalmazó eszközt nem alkalmaztak a betegek motiválására. Az adatfelvételt a Drogambulancia erre kiképzett munkatársai végezték. Az utánkövetést kizárólag kódok segítségével, anoním módon oldottál meg a kutatás vezetői.

### 3.1 Kutatási elrendezés

A vizsgálati protokoll szerint valamennyi klienssel, az ambulanciára történő felvételét követően, de lehetőség szerint, a gyógyszeres kezelést megelőzően igyekeztek az első adatfelvételt elvégezni. Ezt követően előbb havonta, majd kéthavonta, később ennél is ritkábban került sor adatfelvételre.

Adatfelvételi pontok	mérési paraméterek	MKI	STAI	CES-D	SWLS	TCI
1. (T <sub>0</sub> )	kezelésbe vételt megelőzően	x	x	x	x	x
2. (T <sub>1</sub> )	az első hónap végén	x	x	x	x	
3. (T <sub>2</sub> )	10. hét	x	x	x	x	
4. (T <sub>3</sub> )	15. hét	x	x	x	x	
5. (T <sub>4</sub> )	25. hét	x	x	x	x	
6. (T <sub>5</sub> )	35. hét	x	x	x	x	
7. (T <sub>6</sub> )	45. hét	x	x	x	x	
8. (T <sub>7</sub> )	60. hét	x	x	x	x	x
9. (T <sub>8</sub> )	75. hét	x	x	x	x	
10. (T <sub>9</sub> )	90. hét	x	x	x	x	
11. (T <sub>10</sub> )	115. hét	x	x	x	x	x
12. (T <sub>11</sub> )	140. hét	x	x	x	x	
13. (T <sub>12</sub> )	165. hét	x	x	x	x	
14. (T <sub>13</sub> )	190. hét	x	x	x	x	
15. (T <sub>14</sub> )	215. hét	x	x	x	x	x

3-1. táblázat: Metadonnal kezelt minta vizsgált pszichológiai jellemzői

### 3.1 A metadonnal kezelt minta mérőeszközei

Az alapvető szociodemográfiai adatok, a drogkarrier, a kezelési történetet, valamint a fontosabb családi jellemzőket rögzítő kérdőívek mellett az alábbi mérőeszközök kerültek felvételre ebben a mintában:

#### 3.1.1 Metadon kezelési interjú

Korábban, a pszichiátriai kezelték monitorozására kialakított mérőeszközökhöz hasonlóan<sup>[184]</sup>, igyekeztek egy olyan mérőeszközt kialakítani, amely alkalmas a drogfüggő főbb életterületeinek monitorozására, különös tekintettel azokra a területekre, amelyekben változás várható a fenntartó metadon kezelés eredményeként, s amely ugyanakkor lehetővé teszi azt, hogy a kliens saját magára vonatkozó jellemzése mellett, az interjút készítő személy is elvégezhesse az értékelést. Az így kialakított eszköz az élet 14 jelentős területét tekinti át, amelyek a következők: általános életkörülmények, testi és pszichés elvonási tünetek, illetve legális és illegális szerhasználat, droghasználattal kapcsolatos rizikómagatartás, illegális aktivitás, pszichés segítség iránti igény, pszichológiai segítség keresése, általános egészségi állapot, tanulás, munka, szabadidős tevékenység, szülőkkel való kapcsolat, drogfogyasztó barátokkal és ismerősökkel való kapcsolat, nem drogfogyasztó barátokkal és ismerősökkel való kapcsolat, párkapcsolatok, intimitás, szexualitás.

A kliens az adott területtel kapcsolatos szubjektív értékelésére kérdez rá egy ötfokú skálán, illetve, arra, hogy az elmúlt egy hónap során milyen irányú és mértékű változást élt meg ezen a területen.

A teszt -2-es értéktől +2-ig vizsgálja kilenc különböző dimenzióban a páciensek helyzetét. A -2 minden esetben a helyzet jelentős romlását jelenti, míg a +2 a helyzet pozitív irányú elmozdulását a páciensre nézve. A teszt ezen kívül alkalmas arra is, hogy egy-egy páciens esetében összehasonlítsuk a személyzet véleményét a kezelt saját magára vonatkoztatott véleményével. Így láthatjuk, hogy hogyan ítéli meg a kezelő személyzet a kezelt javulását és a kezelt milyennek ítéli saját helyzetének alakulását.

### 3.1.2 Szorongás kérdőív (STAI)

A szorongás mérésére alkalmazott mérőeszköz a 20 tételből álló önkitöltős Állapot Szorongás Kérdőív (STAI-S) volt<sup>[185, 186]</sup>. Ennek a korábban validált magyar változata<sup>[187]</sup> jó reliabilitás és validitás mutatókkal rendelkezik. A kérdőív 4 fokú skálán, 7 fordított tétellel méri (egyáltalán nem volt jellemző, kissé jellemző volt, jellemző volt, nagymértékben jellemző volt) hogy a kérdezett hogyan érezte magát az elmúlt egy hét során.

### 3.1.3 Depresszió kérdőív (CES-D)

A CES-D kérdőív (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) egy rövid, önjellemző, a depresszió mértékét elsősorban a normál populációban mérni hivatott, de ugyanakkor a klinikai szintű problémát is elkülöníteni képes eszköznek készült<sup>[188]</sup>. A kérdőív 20 tételből áll, amelyek között 4 fordított tétel található. A vizsgálati személynek négyfokú skálán kell jeleznie, hogy az egyes állításokat mennyire tartja igaznak saját magára nézve az elmúlt hétre vonatkozóan. A szorongás mérésére alkalmazott STAI mellett, ez az eszköz is állapotot, s nem vonás jellegű dimenziót mér, és 18 pont felett jelzi a depresszív tünetek valószínűségét.

### 3.1.4 Élettel való elégedettség kérdőív (SWLS)

A Diener és munkatársai által kidolgozott Élettel Való Elégedettség Skála (Satisfaction With Life Scale, SWLS) az ezt a dimenziót mérő legnépszerűbb skálának számít<sup>[189,190]</sup>. A konstruktum mindössze 5 állításból áll (pl. „Meg vagyok elégedve az életemmel”), amelyekkel kapcsolatosan a vizsgálati személyeknek hétfokú skálán kell állást foglalnia. Külföldi vizsgálatokban a konstruktum pszichometriai jellemzőit megfelelőnek találták<sup>[191]</sup>.

### 3.1.5 Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI)

Cloninger Temperamentum és Karakter Kérdőívének (Temperament and Character Inventory-TCI)<sup>[192]</sup> rövidített, 56 ítemes magyar változatát használták a szerzők<sup>[193]</sup>. A személyiség-kérdőív a következő alskálákat tartalmazza:

### ***3.1.5.1 Újdonságkeresés***

Genetikailag meghatározott tendencia az intenzív izgalom keresésére: az új ingerekre, a potenciális jutalomra, ami fokozott kíváncsiságban és aktivitásban, a potenciális jutalmak keresésében, a monotónia és a potenciális büntetés aktív elkerülésében jut kifejeződésre. A magas pontszámot elérő személyek temperamentumosak, impulzívok, rendezetlenek, érdeklődők és könnyen elunják magukat, ezzel szemben az alacsony pontszámot elérő személyek mértékletesek, zárkóztak és rendezettek. A temperamentum dimenziót az alábbi skálák alkotják: felfedezés izgalma, impulzivitás, extravagancia, rendezetlenség.

### ***3.1.5.2 Ártalomkerülés***

Örökletes tendencia a fájdalmas ingerek jelzéseire való intenzív válaszadásra, olyan viselkedés elsajátítására, amelynek segítségével a büntetés, az újdonság és a jutalomelmaradás elkerülhető. Ez a viselkedés többnyire viselkedésgátlás. A dimenzió magas pontszámot elérő személyek óvatosak, félnek a bizonytalanságtól és az idegenektől, pesszimisták, aggódóak és könnyen kimerülnek, ezzel szemben az alacsony pontszámot elérő személyek társaságkedvelők, nem aggódóak, optimisták. A temperamentum dimenziót az alábbi skálák alkotják: aggodalom és pesszimizmus, félelem a bizonytalanságtól, félelem az idegenektől, kifáradás és aszténia.

### ***3.1.5.3 Jutalomfüggés***

Örökletes tendencia a jutalom jelzéseire való intenzív válaszadásra (amilyen a szociális, verbális jutalom, szociális támogatás, gyengédség). A jutalommal vagy a büntetés elmaradásával kapcsolatos viselkedés fenntartásának vagy a kioltásával szembeni ellenállásnak a fokozott tendenciája. A dimenzió magas pontszámot elérő személyek érzékenyek, melegszívűek, társaságkedvelők és dependensek. Az alacsony pontszámot elérő személyek gyakorlatiasak, hajlamosak az egyedüllétre, az önállóságra, hidegek. A temperamentum dimenziót az alábbi skálák alkotják: szentimentalitás, ragaszkodás és függőség.

#### **3.1.5.4 Kitartás**

Örökletes tendencia, amely a viselkedés fenntartását teszi lehetővé, még akkor is, ha a viselkedéssel frusztráció, vagy kimerültség kíséri. A temperamentum dimenzió magas pontszámot elérő személyek az őket ért frusztráció ellenére is kiegyensúlyozottak, dolgozók, és elfoglaltak, míg az alacsony pontszámot elérők lusták és kiegyensúlyozatlanok.

#### **3.1.5.5 Önirányítottság**

Ez a karakterjellemző az önmeghatározásra és az akaraterőre utal, ami a személy azon képessége, ami kontrollálja, szabályozza, adaptálja a viselkedését a környezethez, úgy, hogy azáltal céljait és értékeit tudja szolgálni. A karakterjellemzőn magas pontszámot elérő személyek felelősségteljesek, jó önértékeléssel rendelkeznek, képesek hibáikat belátni, s elfogadják magukat olyannak amilyenek, életüket értelmesnek és céltudatosnak élik meg, kezdeményezőképességük magas, a kihívásokat pozitívan élik meg. Az alacsony pontszámot elérő személyek alacsony önértékelésűek, gyakran másokat hibáztatnak a problémáikért, identitásukat és céljaikat illetően bizonytalanok. A karakterjellemzőt az alábbi skálák alkotják: felelősség, célra irányultság, leleményesség, önfogadás és a személyes tulajdonságok belátása.

#### **3.1.5.6 Együtműködés**

A kooperativitás olyan karakterjellemző, ami a társas elfogadást, az empatikus képességeket, a segítőkészséget és az erkölcsi elveket foglalja magába. A dimenzió magas pontszámot elérő személyek segítőkészek, toleránsak és lelkiismeretesek, míg az alacsony pontszámúak önzők, és bosszúállók. Az együtműködés dimenziót a következő skálák alkotják: társas elfogadás, empátia, segítőkészség, együttérzés és lelkiismeretesség.

#### **3.1.5.7 Transzcendencia**

A transzcendencia olyan személyes jellemző, amely az ismeretlen és a természetfeletti elfogadásának képességére, valamint a mindenséggel való azonosulásra utal. A magas pontszámot elérő személyek gyakran számolnak be kreatív inspirációkról és a mindenséggel való egyesülésről, míg az alacsony pontszámot elérő személyeket az egocentrikus racionalitás és az anyagi világba vetett hit jellemzi. A transzcendencia dimenziót a

következő skálák alkotják: önmagunkkal szembeni feledékenység, transzperszonális azonosulás, spirituális elfogadás.

A kérdőív különböző alskáláinak összegzéséből kiszámolható a *temperamentum* és a *karakter*, a következő módon: *Temperamentum*: újdonságkeresés, ártalomkerülés, jutalomfüggés, kitartás; *Karakter*: együttműködés, transzcendencia<sup>[193]</sup>.



## **4 CÉLKITŰZÉSEK, HIPOTÉZISEK**

### **4.1 A kutatás célja**

Vizsgálatunk célja a Suboxone magyarországi bevezetésével párhuzamosan ezen terápia monitorozása és hatékonyságának elemzése volt, illetve ezek összevetése a korábbi, metadon-terápiás klienseknél mért eredményekkel. A vizsgálat célja konkrétan az alábbi kérdések megválaszolására irányult:

1. Felmérni a buprenorphine/naloxone-szubsztitúcióban kezelt kliensek vezető pszichológiai tüneteiben (szorongás, depresszió, sóvárgás) történt változásokat az első fél éves terápia alatt.
2. A betegek függőségi jellemzői alapján (ASI) értékelni a változásokat, a már rutinszerűen alkalmazott metadonszubsztitúciós kezeléssel szemben.
3. Az eredmények alapján, a hosszabb távú terápiában maradáshat előrejelző esetleges prediktorok azonosítása.

### **4.2 Hipotézisek**

1. Feltételezzük, hogy a szubsztitúciós terápia javít a betegek pszichoszociális státuszának mutatóin, mivel a kezelést követően felhagynak az opiáthasználattal, így a szerhasználat következtében kialakult pszichés zavarok rövid időn belül rendeződnek.
2. Feltételezzük, hogy a kliensek jogi, illetve szociális státusa eltérést mutat az átlagpopulációéhoz képest, jóllehet, az illegális szerek használata önmagában is jogi problémákat gerjeszt, a terápia hatására viszont az ezen szerek beszerzéséhez kapcsolódó kriminalitás csökken.
3. Feltételezzük, hogy a betegeink foglalkoztatási státusa elmarad a nem szerhasználó populációtól, mivel az opiát típusú szerek aktív használata gyakorlatilag alkalmatlanná teszi őket a rendszeres munkavégzésre, de a terápiába kerülés hatására ez a probléma is enyhül.

4. Feltételezzük, hogy a metadonnal és a buprenorphine/naloxone-nal eltérő tényezők jósolják be a kezelésben maradást, mivel a visszaélészerű szubsztitúciós szerhasználat a Suboxone esetében minimalizálható.
5. A Suboxone-nal kezelték esetében – a szer hatóanyagai miatt, és korábbi külföldi eredmények, valamint a dokumentált pozitív tapasztalatok miatt – nagyobb a kezelésben maradás és nagyobb a javulás a kezelt betegek pszichoszociális mutatói a metadonnal kezeltékkel összehasonlítva.

Hipotéziseim kialakításában jelentős szerepet játszott az a feltételezés, hogy a szubsztitúciós kezelés pozitív szerepet tölt be betegeink felépülését, a teljes absztinenciát tekintve.

## 5 MÓDSZEREK

### 5.1 Buprenorphine/naloxone-nal kezelt minta

2007-től kezdődött el Magyarországon először a buprenorphine/naloxone (Suboxone) alkalmazása, így felmerült egy hasonló vizsgálat lehetősége a Suboxone-nal kezelték körében. Kutatásunkra 2007 novembere és 2008 áprilisa között került sor 80 fő bevonásával.

A betegek kérdőíves vizsgálatát a kutatás kezdetét megelőzően a Nyíró Gyula Kórház Kutatásetikai Bizottságánál az ehhez szükséges részletes dokumentáció benyújtásával kérvényeztük, amely jóváhagyásra került Dr. Lajtavári László IKEB-elnök által. A résztvevő intézmények pedig külön-külön írásban is hozzájárultak.

A vizsgálat célja a Suboxone magyarországi bevezetésével párhuzamosan ennek a terápiának a monitorozása volt, illetve jellemzőinek összevetése a metadonterápiás klienseknél mért eredményekkel. Valamennyi, 2007 novembere és 2008 áprilisa között Magyarországon Suboxone terápiába kerülő opiátfüggő személyt bevontuk a vizsgálatba.

A kezelés során több alaklommal került sor adatfelvételre: a kezelés megkezdését megelőzően majd a kezelésbevételt követően egy hónappal, a kezelésbevételt követően három hónappal, majd a terápia befejeződésekor, azaz a kezelésbevételt követően hat hónappal, így a programból kiesetteket folyamatosan regisztráltuk.

A Suboxone terápia lehetősége összesen hat kezelőhelyen állt rendelkezésre ebben az időszakban. Ezek az alábbiak:

1. Nyíró Gyula Kórház Drogambulancia és Prevenciós Központ, Budapest
2. Soroksári Addiktológiai Centrum
3. Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia, Budapest
4. INDIT Közalapítvány Baranya Megyei Drogambulancia, Pécs
5. BMKT Pándy K. Kórháza, Drogambulancia, Gyula
6. Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum, Szeged

A terápiába (s ezáltal a vizsgálatba kerülés) kötelező kritériumai az alábbiak voltak:

- 18. életév betöltése
- DSM-IV-TR szerinti opiát dependencia
- Aktuálisan opiát szubsztitúciós kezelésben NEM részesülő kliens

A Suboxone kezelésbe való bekerülést megelőzően valamennyi kliens részletes tájékoztatást kapott a Suboxone kezelésről. A kezelés elfogadása esetén hozzájárulását kértük a vizsgálatban való részvételhez. Ezt követően került sor az első adatfelvételre, majd a Suboxone adására.

A kutatásban történő részvétel, az előző – metadonnal kapcsolatos kutatáshoz hasonlóan, anonim és önkéntes volt. A részvétel megtagadása nem befolyásolta a kezelés kimenetelét, valamint semmilyen jutalmazó eszközt nem alkalmaztak a betegek motiválására. Az adatfelvételt a kezelőhelyek erre kiképzett munkatársai, illetve önkéntes egyetemi hallgatók végezték. Az utánkövetést kizárólag kódok segítségével, anonim módon történt.

Mindkét kutatás kísérletet tett arra, hogy a szubsztitúciós programok egyes jellemzőit felmérje, valamint hogy azonosítson olyan faktorokat melyek összefüggésbe hozhatóak az egyes programokban történő kezelés sikerességével.

### **5.1.1 Kezelési protokoll**

A kezelés a Suboxone Terápiás Protokoll alapelvei, illetve a kezelőorvos döntései és felelőssége mentén zajlott, melyet a kutatócsoport, azaz a bevont kezelőhelyek vezető szakorvosai közös megegyezés alapján alakítottak ki (ismeretése a 2.5.1 fejezetben). A szükséges dózist és annak adagolását a kezelőorvos állapította meg, a kutatás ezeket a paramétereket nem rögzítette. A beteggel való kapcsolattartás intenzitása az alábbiak szerint javasolt:

1 - 30. napon a beteg *naponta* jelenik meg a rendelésen.

31 - 45. nap során *hetente 2-3 alkalommal* jelenik meg a rendelésen.

45. naptól, ha más nem indokolja az ettől való eltérést, akkor *hetente* jelenik meg a rendelésen.

A kezelésből való kizárást jelentette, ha a beteg a kezelés első hónapjában 3 napig, a kezelés későbbi időszakában pedig 10 napig nem jelenik meg a kezelésen. A kezelésből kizárt beteg a kutatás részét képező kezelési programba nem vehető vissza.

A kezelőhelyek szerinti megoszlás a következőképpen néz ki:

kezelőhely	fő	%
<b>Nyíró Gyula</b>	52	<b>65,0</b>
<b>Soroksár</b>	4	<b>5,0</b>
<b>Pécs</b>	6	<b>7,5</b>
<b>Gyula</b>	4	<b>5,0</b>
<b>Kék Pont</b>	8	<b>10,0</b>
<b>Szeged</b>	6	<b>7,5</b>
$\Sigma$	<b>80</b>	<b>100</b>

5-1. táblázat: B/N-nal kezelt minta megoszlása kezelőhelyek szerint

## 6 MÉRŐESZKÖZÖK

A vizsgálat során, a szokásos szociodemográfiai adatok, és szerfogyasztási szokások rögzítése mellett több mérőeszközt is alkalmaztunk, melyek részletes ismertetésére az alábbi alfejezetekben térek ki. Egyes mérőeszközök megegyeznek a korábbi, metadon kutatás mérőeszközeivel, ezek ismertetését a megelőző fejezetben lehet megtekinteni.

### 6.1 Addikció súlyossági index – EuropASI

Az ASI egy többszemponútú, félig strukturált klinikai interjú, melynek célja alkohol, illetve drogfüggő személyek helyzetének feltárása hét meghatározott problématerületen. A Thomas McLellan és munkatársai által először 1980-ban<sup>[194]</sup> kidolgozott, majd utoljára 1992-ben az ötödik kiadással módosított mérőeszköz<sup>[195]</sup> a függőséghez hozzájáruló, valamint a függőség miatt kialakuló problémák feltérképezését szolgálja, elsősorban a leghatékonyabb gyógykezelési mód kiválasztása céljából.

Az eredeti kérdőív számos vizsgálat szerint megbízhatónak és érvényesnek mutatkozott különféle populációkban, és a páciensek állapotváltozásainak vizsgálatára is alkalmasnak bizonyult a kezelés különböző szakaszaiban<sup>[196]</sup>. Az ASI hatékonyan használható utánkövetéses interjúkban is (The Addiction Severity Index Manual and Question by Question Guide). Az ASI által vizsgált életterületek a következők: Orvosi, munkával kapcsolatos, alkoholfogyasztásból eredő, drogfogyasztásból eredő, jogi, családi, illetve szociális jellegű, valamint pszichiátriai problémák. A fenti skálákon kapott adatok az ASI-ban kétféle mutatóval jellemezhetők: a súlyossági értékeléssel és a skálaösszeggel.

### 6.2 Beck Depresszió Kérdőív (BDI)

A depressziós tünetek mérésére alkalmazott 21 tételes Beck Depression Index (BDI)<sup>[197]</sup>, a szakirodalomban az egyik leggyakrabban használt kérdőív a depresszió

súlyosságának megállapítására és követésére. Alkalmazásával jól követhető a hangulat változása<sup>[198]</sup>.

A kérdőív 21 tétele a depressziós tünetek széles körét öleli fel: érzelmi, kognitív, motivációs és szomatikus. Az egyes tételek négyféle megállapítást tartalmaznak, 0-3 súlyossági sorrendben, és a személy a rá leginkább jellemzőt jelöli meg (soha/alig – néha – gyakran – majdnem mindig/mindig). Jelen esetben az utóbbi egy hétre kérdeztünk rá.

A kérdőív a következő alskálákat tartalmazza: *negatív hangulat, teljesítményzavar, illetve testi tünetek*<sup>[197]</sup>.

A kérdőív összpontszáma 0-tól 63 pontig terjedhet. A kérdőív pontszámait általában az alábbiak szerint szokták átszámítani diagnosztikai kategóriákra: a 4-nél kevesebb pontszám nem mutat depressziót; a 14 és 20 pont közé eső értékek közepes depressziós szintnek feleltethetők meg; a 21 vagy annál több pont pedig súlyos depresszióra utal.

A skála magyar mintán megfelelő reliabilitást és validitást mutatott<sup>[199]</sup>.

### **6.3 Hamilton Depresszió Skála (HAM-D)**

A depresszió mérésére másrésről a Hamilton Depression Scale (HAM-D) magyar változata<sup>[200-202]</sup> került alkalmazásra, amelyet a kezelőorvos vett fel a beteggel. A skála leggyakrabban alkalmazott 17 tételű változatát használtuk, amely egyetlen dimenziót mér. A skála korábbi vizsgálatokban validnak és megbízhatónak bizonyult<sup>[203]</sup>.

### **6.4 Hamilton Szorongás Skála (HAM-A)**

A 14 tételű Hamilton Szorongás Skála<sup>[204]</sup> magyar változata<sup>[202]</sup> került alkalmazásra. Az interjú a kezelőorvos készítette a beteggel. Ez egy, a hazai gyakorlatban régóta használt kérdőív, amely jó validitás és reliabilitás mutatókkal rendelkezik.

A tünetek súlyosságának mértékét egy 0-4-ig terjedő skálán becsülte meg a kezelőorvos, aszerint, hogy mennyire akadályozza az adott tünet a beteg mindennapi életvezetését és munkáját<sup>[205]</sup>. A tesztet a megelőző egy hétre értelmezték. A tételek a szorongó hangulatra, nyugtalanságra, félelmekre, alvási nehézségekre, intellektuális teljesítőképességre, depressziós hangulatra, az interjú alatt megfigyelhető magatartásra, testi panaszokra, szív- érrendszeri, légzőszervi, gasztrointesztinális, urogenitális tünetekre, valamint testi (izom) és vegetatív tünetekre vonatkoznak<sup>[198]</sup>.

## **6.5 Szorongás Kérdőív (STAI)**

A kérdőív bemutatásáért lásd metadonnal kezelt minta esetében alkalmazott mérőeszközök bemutatásáról szóló fejezetet.

A választást indokolta a kérdőív széles körű hazai kutatási céllal történő alkalmazása, s ezen vizsgálatok tanúsága szerint a megfelelő pszichometriai jellemzők.

Ebben a mintában azért vettük fel két szorongást és két depressziót mérő kérdőívet, mivel mindkét kérdőív-pár esetében, az egyikhez az adatokat a kezelő, a másikhoz a kezelőorvos adja, így az eltérő információforrások összehasonlíthatóvá, és az egyéni torzítások kiküszöbölhetővé válnak.

## **6.6 Heroin Sóvárgás Kérdőív (HCQ)**

A sóvárgás mértékét a Tiffany és munkatársai<sup>[206]</sup> által kidolgozott Heroin Craving Questionnaire<sup>[207]</sup> alkalmazásával mértük. A kérdőív öt alskálát tartalmaz, ezek:

1. Desire to use heroin (Vágyakozás a heroin után),
2. Intentions and plans to use heroin (A heroinhasználat szándéka és tervezése),
3. Anticipation of positive outcome (A kellemes hatás elvárása),
4. Relief from withdrawal or dysphoria (A megvonás enyhülése),
5. Lack of control over use (A használat feletti kontroll hiánya)



## 6.7 Általános pszichés jóllét (WBI-5)

A kutatásban résztvevő személyek közérzetének felmérésére a WHO Általános Jóllét Skálájának<sup>[208]</sup> 5 tételes változatát vettem fel. A WHO Jól-lét Index (Well-Being Index, WBI) kidolgozása 1982-ben történt egy nemzetközi kutatás keretében, amely a cukorbetegknél alkalmazott különböző terápiás eljárások hatékonyságát vizsgálta az életminőség szempontjából, a betegek szubjektív megítélése alapján. A fejlesztés célja az volt, hogy ne csak a negatív életminőség-mutatókat (pl. depresszió, szorongás) vegyék figyelembe a vizsgálat során, hanem a pozitívakat is. A kezdeti kérdőív 28 tételből állt, majd 1996-ban Bech egy öttételes mérőeszközt is<sup>[208]</sup>. Az öttételes skála elemei a 28 tételes változatban is megvannak.

A kérdőív fordítását és hazai mintán történő validálását Susánszky Éva és munkatársai készítették<sup>[208]</sup>. A teszt olyan, 4 fokú skálán (nem jellemző – alig jellemző – jellemző – teljesen jellemző) megítélendő olyan állításokat tartalmaz, mint hogy: Az elmúlt egy hónap során érezte-e magát vidámnak és jókedvűnek? Vagy ébredéskor frissnek és kipihentnek? A mérőeszköz fordított tételt nem tartalmaz, a nagyobb pontszámok jelentik a pozitívabb, kedvezőbb pszichológiai állapotot. Mivel skála 0-3-ig terjedt, az elérhető pontszámok 0 és 15 pont között változhatnak. A magyar vizsgálat szerint az öttételes WHO Általános Jól-lét Skála belső megbízhatósága rövidege ellenére is kiváló: a Cronbach- $\alpha$  értéke 0,85 volt<sup>[208]</sup>.

## 6.8 Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI)

A skálák leírásáért lásd metadonnal kezelték mintájában használt mérőeszközöket.

## 6.9 Kutatási elrendezés

A kutatás során prospektív elrendezésben vizsgáltuk a kezelésbe kerülő személyeknél a kezelés során bekövetkező változásokat.

A kliensekkel a vizsgálat hat hónapja során 4 alkalommal készült adatfelvétel:

T<sub>0</sub> A kezelés megkezdését megelőzően; T<sub>1</sub> A kezelésbevételt követően 1 hónappal; T<sub>2</sub> A kezelésbevételt követően 3 hónappal; T<sub>3</sub> A terápia befejeződésekor, azaz a kezelésbevételt követően 6 hónappal.

Az adatfelvétel a különböző mérőeszközöket tekintve a következőképp alakult:

Adatfelvételi pontok	1. (T <sub>0</sub> )	2. (T <sub>1</sub> )	3. (T <sub>2</sub> )	4. (T <sub>3</sub> )
mérési paraméterek	T <sub>0</sub>	T <sub>0</sub> + 1 hónap	T <sub>0</sub> + 3 hónap	T <sub>0</sub> + 6 hónap
testsúly	x	x	x	x
testmagasság	x			
teljes vizelet labor	x			
HIV szűrés	x			
Hepatitis C szűrés	x			

6-1. táblázat: B/N-nal kezelt minta vizsgált szomatikus paraméterei

<b>Adatfelvételi pontok</b>	<b>1. (T<sub>0</sub>)</b>	<b>2. (T<sub>1</sub>)</b>	<b>3. (T<sub>2</sub>)</b>	<b>4. (T<sub>3</sub>)</b>
<b>mérési paraméterek</b>	<b>T<sub>0</sub></b>	<b>T<sub>0</sub> + 1 hónap</b>	<b>T<sub>0</sub> + 3 hónap</b>	<b>T<sub>0</sub> + 6 hónap</b>
<b>Addikció Súlyossági Index (ASI)</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
<b>depresszió (HAM-D)</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
<b>szorongás (HAM-A)</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
<b>állapot szorongás (STAI-S)</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
<b>depresszió (BDI)</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
<b>sóvárgás (HCQ)</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
<b>Jól-lét (WHO)</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
<b>Észlelt Stressz (PSS)</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>
<b>TCI</b>	<b>x</b>			<b>x</b>

6-2. táblázat: B/N-nal kezelt minta vizsgált pszichológiai jellemzői

## 6.10 A két minta mérőeszközeinek ekvivalenciái

mérni kívánt konstruktum	Metadonnal kezelt minta	B/N kombinált készítménnyel kezelt minta
<b>depresszió</b>	BDI	CES-D
	HAM-D	
<b>szorongás</b>	STAI	STAI
	HAM-A	
<b>sóvárgás</b>	HCQ	-
<b>pszich. jól-lét</b>	WHO	SWLS
<b>személyiség</b>	TCI	TCI

6-3. táblázat: Pszichés konstruktumok mérésére alkalmazott eszközök ekvivalenciái

Mivel a két minta eltérő mérőeszközöket alkalmazott a konstruktumok megragadására, ezért az összehasonlítások csak részben, fenntartásokkal végezhetőek el a depresszió és általános pszichés jóllét változásainak esetében. Ellenben a szorongás mértékének változása teljes mértékben megragadható, hiszen ugyanaz a mérőeszköz (STAI) került felvételre a két mintában. Ugyanígy a személyiség mérése is megegyezik, tehát a két különböző készítménnyel kezelt betegek összehasonlíthatóak személyiségi jellemzőik mentén, illetve tesztelhetővé válik ezáltal az is, hogy mely személyiségtényezők jósolják be leginkább a kezelésben maradást a szubsztitúciós kezelések esetében.

Az önkitöltős, önjellemző kérdőívek mellett mindét minta esetében felvételre került egy félig strukturált interjú is, melynek témakörei és kérdései helyenként átfednek. Ezek ekvivalenciáit az alábbi táblázat mutatja:

<b>Metadon Kezelési Interjú</b> <i>(metadon – minta)</i>	<b>Addikciós Súlyossági Index</b> <i>(B/N – minta)</i>
<b>A - Általános életkörülmények</b>	<b>Általános információk</b>
<b>B - Testi és pszichés elvonási tünetek</b>	<b>Drog- és alkoholfogyasztás</b>
<b>C - Legális és illegális szerhasználat</b>	
<b>D - Illegális aktivitás</b>	<b>Jogi státusz</b>
<b>E - Pszichés segítség iránti igény</b>	<b>Pszichiátriai státusz</b>
<b>F - Szomatikus panaszok, orvoslátogatás</b>	<b>Egészségi állapot</b>
<b>G - Tanulás</b>	<b>Foglalkoztatás és megélhetés</b>
<b>H - Munka</b>	
<b>I - Szabadidős tevékenység</b>	-
<b>J - Szülőkkel való kapcsolat</b>	<b>Családi és szociális kapcsolatok</b>
<b>K - Drogfogyasztó barátokkal és ismerősökkel való kapcsolat</b>	
<b>L - Nem drogfogyasztó barátokkal és ismerősökkel való kapcsolat</b>	
<b>M - Párkapcsolatok</b>	
<b>N - Intimitás, szexualitás</b>	

6-4. táblázat: Metadon Kezelési Interjú és Addikció Súlyossági Index ekvivalenciái

Mindkét mérőeszköz kétféle értékelést alkalmaz az egyes életterületek felmérésével kapcsolatban: egyrészt a kliens súlyossági értékelését (5 fokú skála mindkét esetben), másrészt a kezelőszemélyzet, illetve az interjúkészítő értékelését (5 fokú, illetve 9 fokú skála) a problémát illetően.

## 6.11 Statisztikai elemzések

Az elemzések során a leíró alapstatisztikák mellett (átlag, szórás, százalékok) a két minta szociodemográfiai adatait független mintás T-próbával (95%-os konfidencia intervallummal) hasonlítottam össze. A nem folyamatos változók esetében (nem, iskolai végzettség, kivel él egy háztartásban) a nem paraméteres eljárások esetében alkalmazandó Mann-Whitney próbát, illetve egyszempontos varianciaanalízist (ANOVA) használtam, ahol a csoportosító változó hatását (kezelés típusa) ellenőriztem a függő változókra (iskolai végzettség, családi státusz)

A kezelési hatások változásának utánkövetésére illesztett mintás T-próbát alkalmaztam, mindkét mintában külön-külön. A illesztés 3 ponton történt két-két egymást követő időpont összehasonlításával: T0-T1, T1-T2 valamint T2-T3 időpontok között, illetve a metadonnal minta esetében T0-T1, T1-T3, valamint T3-T4 időpontok között, a idői illeszkedések és az összehasonlíthatóság miatt. Egyes kérdőívek esetében szükséges volt a skálák átkódolása, szintén az összehasonlíthatóság miatt.

A kezelésben maradási bejósoló tényezők kiszámításához lineáris regressziós számítás Enter módszerét alkalmaztam, ahol a függő változó a kezelésben maradás folyamatos változója, a kezelésben töltött hetek száma volt. A regressziós elemzésbe független változóként az első elemzés során a különböző személyiség-dimenziók, a második elemzés során a különböző pszichológiai változókat (szorongás, depresszió, pszichés jóllét) valamint az elvonási tüneteket vontam be. Mindkét elemzést elvégeztem mindkét kezelési csoportban.

Az elemzéseket SPSS 17.0 programcsomaggal végeztem el.

## **7 EREDMÉNYEK**

### **7.1 A minta elemszáma**

A metadonnal kezelték elemszáma a következőképpen alakult: a vizsgálati periódusban összesen 281 opiátfüggő beteg jelentkezett Metadon kezelésre, közülük 200 fő kezdte meg a vizsgálatot (ennyien rendelkeznek legalább egyszeri adatfelvétellel). A vizsgálati személyek 71%-a (142 fő) férfi, 29%-a (58 fő) nő volt. Átlagéletkoruk 27,2 év (szórás = 5,1 év; 16-54 év közöttiek).

A kutatásba bevont 200 fő mind a Nyíró Gyula Drogambulancia kezeltje volt.

A B/N-nal kezelt minta elemszáma a következőképpen alakult: A vizsgálati periódusban összesen 95 opiátfüggő beteg jelentkezett Suboxone kezelésre, közülük 80 fő kezdte meg a vizsgálatot (ennyien rendelkeznek legalább egyszeri adatfelvétellel). A vizsgálati személyek 68,8%-a (55 fő) férfi, 31,2%-a (25 fő) nő volt. Átlagéletkoruk 30,2 év (szórás = 5,5 év; 18-45 év közöttiek).

### **7.2 A mérőeszközök megbízhatóságának vizsgálata (reliabilitás)**

Valamennyi skála esetében kiszámítottuk a tételek belső konzisztenciáját becsülő Cronbach-alfa mutatót. A Cronbach-alfa mutatók esetében a kutatási gyakorlatban széles körben elfogadott 0,70-es kritériumot alkalmaztam.

Összességében ennek a követelménynek szinte minden vizsgálatban használt kérdőív eleget tett. A Beck Depresszió Kérdőív *Testi tünetek* alskálájának alacsonyabb voltát, a kevés itemszámmal magyarázhatjuk.

Kérdőív (alskálák)	Tételek száma	Cronbach- $\alpha$
<b>Beck Depresszió Kérdőív BDI</b>	21	<b>0,934</b>
<i>Negatív hangulat</i>	10	<b>0,885</b>
<i>Teljesítményzavar</i>	7	<b>0,871</b>
<i>Testi tünetek</i>	4	<b>0,601</b>
<b>Hamilton Depresszió Skála HAM-D</b>	17	<b>0,831</b>
<b>Hamilton Szorongás Skála HAM-A</b>	14	<b>0,901</b>
<b>Állapot Szorongás Kérdőív STAI</b>	20	<b>0,458</b>
<b>Heroin Sóvárgás Kérdőív HCQ</b>	45	<b>0,962</b>
<i>Vágyakozás a heroin után</i>	9	<b>0,907</b>
<i>A heroinhaszn. szándéka és tervezése</i>	9	<b>0,892</b>
<i>A kellemes hatás elvárása</i>	9	<b>0,857</b>
<i>A megvonás enyhülése</i>	9	<b>0,782</b>
<i>A használat feletti kontroll hiánya</i>	9	<b>0,815</b>
<b>Temperamentum és Karakter Kérdőív TCI</b>	56	
<i>Újdonságkeresés</i>	8	<b>0,633</b>
<i>Ártalomkerülés</i>	6	<b>0,699</b>
<i>Jutalomfüggés</i>	7	<b>0,550</b>
<i>Kitartás</i>	6	<b>0,766</b>
<i>Önirányítottság</i>	12	<b>0,707</b>
<i>Együttműködés</i>	8	<b>0,646</b>
<i>Transzcendencia</i>	9	<b>0,825</b>

7-1. táblázat: A használt kérdőívek reliabilitásának bemutatása



## 7.3 Minta jellemzői

### 7.3.1 Szociodemográfiai adatok

	metadon	B/N	t/ F	szign.
<b>A kezeltek nemi megoszlása:*</b>				
<b>férfi</b>	142 (71%)	55 (68,8%)	7820,0	,000
<b>nő</b>	58 (29%)	25 (26,3%)		
<b>A kezeltek életkorbeli megoszlása:**</b>				
<b>átlag</b>	27,2	30,2	-4,31	,000
<b>szórás</b>	5,1	5,5		
<b>Legmagasabb iskolai végzettségük:***</b>				
<b>kevesebb, mint 8 ált.</b>	6 (3%)	5 (6,25%)	2,48	,116
<b>ált. iskola</b>	70 (35%)	29 (36,25%)		
<b>szakmunkás</b>	47 (23,5%)	20 (25%)		
<b>középiskola</b>	70 (35%)	25 (31,25%)		
<b>egyetem, főiskola</b>	7 (3,5%)	1 (1,25%)		
<b>Kivel él egy háztartásban</b>				
<b>szüleivel</b>	36 (18%)	27 (33,75%)	59,88	,000
<b>egyéb családdal</b>	46 (23%)	7 (8,75%)		
<b>partnerrel</b>	45 (22,5%)	15 (18,75%)		
<b>partnerrel és gyerekekkel</b>	19 (9,5%)	11 (13,75%)		
<b>barátaival</b>	5 (2,5%)	6 (7,5%)		
<b>egyedül</b>	28 (14%)	13 (16,25%)		
<b>egyéb</b>	21 (10,5%)	1 (1,25%)		

7-2. táblázat: A két minta szociodemográfiai adatai

\*független mintás t-próba, 95%-os konfidencia intervallummal

\*\*Mann-Withney féle u-próba, nem paraméteres eljárásokra

\*\*\*egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA): csoportosító változó hatása (kezelés) a függő változóra

A két minta nemi megoszlása hasonló, és mindkét esetben több a férfi, mint a női kliens. Életkorbeli megoszlásuk szerint úgy tűnik, hogy a metadonnal kezelt minta átlagosan 3 évvel fiatalabb a B/N-nal kezelt minta klienseinél. Legmagasabb iskolai végzettségüket és családi állapotukat tekintve is hasonló megoszlást láthatunk a két mintában.

### **7.3.2 Szerhasználattal kapcsolatos adatok**

A metadonnal kezelt minta esetében a heroinhasználat kezdete átlagosan 20,1 (szórás = 4,4) év volt. a legkorábban 12 évesen (2 fő, 1%), legkésőbb 37 évesen (2 fő, 1%) kezdtek el heroint használni. A kezelésbe kerüléskor a kliensek 60,5%-a (121 fő) intravénásan használta a heroint, valamint további 6,5%-uk (13 fő) legalább az esetek felében. Tehát a kezelték közel háromnegyede intravénásan, és csupán 18% (36 fő) nem intravénásan használta kezelésbe kerülésükkor a heroint.

A B/N-nal kezelt minta esetében a heroinhasználat kezdete átlagosan 18,7 (szórás = 5,3) év volt, a legkorábban 13 évesen (1 fő, 1,3%), legkésőbb 33 évesen (1 fő) kezdtek el heroint használni.

Az intravénás használókat tekintve (73 fő, a minta 91,3%-a), a használat kezdete átlagosan 19,3 (szórás = 3,8) évre tehető. Legkorábban 12 évesen (1 fő, 1,3%), legkésőbb 32 évesen (1 fő) kezdtek el intravénásan kábítószer használni.

A tartós heroinhasználat átlagos hosszúsága 7,6 év (szórás = 5,7). 1 éven keresztül 7 fő (8,8%) használt heroint; a leghosszabb időtartamról (27 év) 1 fő számolt be.

## 7.4 Kezelésben maradás

	METADON		BUPRENORFIN/NALOXON	
	fő	százalék	fő	százalék
<b>1.hónap</b>	36	18%	19	23,75%
<b>2-3 hónap</b>	44	22%	11	13,75%
<b>4-5 hónap</b>	26	13%	8	10%
<b>≥ 6 hónap</b>	94	47%	42	52,5%
<b>Σ</b>	200		80	

7-3. táblázat: kezelésben maradás aránya a két vizsgálati csoportban

Egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA)  $F = ,901$ ;  $szign = ,323$

Míg a metadonnal kezelt csoport átlagosan 19,2 hétig (szórás = 16,3), addig a B/N-nal kezelt csoport átlagosan 15,6 hétig (szórás = 9,2) volt kezelésben. Független mintás T-próba eredménye szerint a két csoport közötti különbség nem szignifikáns ( $t=2,33$ ,  $df=246,9$ ,  $p= 0,020$ ). Amennyiben hónapok szerint kategóriákra osztjuk a két kezelési csoportot, az egyszempontos varianciaanalízis lefuttatása után, a hatást (kezelési csoport) tesztelve, szintén nem kapunk szignifikáns eredményt ( $F = ,901$ ;  $szign = ,323$ ).

Azonban a fenti táblázatból kiderül a B/N-nal kezelt minta majdnem negyede csupán egy hónapig maradt kezelésben, ugyanakkor elmondható, hogy a minta több, mint fele maradt 6 hónapon keresztül kezelésben. Míg a metadonnal kezelt minta esetében az idő előrehaladtával nem csökken a kiesési arány, és a klienseknek csupán 47% maradt kezelésben az első fél év után.

## 7.5 Kezelés során bekövetkező változások

Amennyiben egyeztetjük az 5-1. és 5-3.-as táblázat adatfelvételi idpontjait, arra jutunk, hogy az alábbi összehasonlítást tudjuk végezni a két mintán.

Metadonnal kezelt minta esetében: T<sub>0</sub> (a kezelésbe vétel előtti állapot), T<sub>1</sub> (4. hét), T<sub>3</sub> (15. hét), T<sub>4</sub> (25. hét). B/N-nal kezelt minta esetében: T<sub>0</sub> (a kezelésbe vétel előtti állapot), T<sub>1</sub> (1. hó, azaz 4. hét), T<sub>2</sub> (3. hó, azaz 12. hét), T<sub>3</sub> (6. hó, azaz 24. hét). Az adatfelvételek közötti eltéréseket illesztett mintás t-próbával számítottam ki.

### 7.5.1 Depresszió

Mivel a depressziót a két kutatásban két különböző mérőeszközzel mérték, ezért csak hozzávetőleges összehasonlítást tudunk végezni. Az alábbi táblázatból leolvasható, hogy mindkét minta esetében a T<sub>0</sub> és T<sub>1</sub> közötti változás mutat szignifikáns eredményt. Azt is láthatjuk, hogy a B/N-nal kezelt minta T<sub>0</sub> és T<sub>3</sub> időpontban mért átlagos depresszió pontszámai között nagyobb különbség van, mint a metadonnal kezelt minta esetében.

		egyéni statisztikák		illesztett minták különbségei		
		átl./szórás	korr/sign.	átlag/szórás	t	sign.
METADONNAN KEZELTEK	1. CES T <sub>0</sub>	2,2 (0,63)	,464 (,000)	0,2 (0,6)	4,95	,000
	CES T <sub>1</sub>	2,0 (0,56)				
	2. CES T <sub>1</sub>	1,9 (0,54)	,513 (,000)	0,3 (0,5)	0,64	,519
	CES T <sub>3</sub>	1,9 (0,5)				
	3. CES T <sub>3</sub>	1,8 (0,5)	,565 (,000)	0,5 (0,5)	1,00	,316
	CES T <sub>4</sub>	1,9 (0,5)				
B/N-NAL KEZELTEK	1. BDI T <sub>0</sub>	26,6 (11,6)	,537 (,000)	11,6 (10,9)	8,36	,000
	BDI T <sub>1</sub>	15,1 (11,1)				
	2. BDI T <sub>1</sub>	15,6 (11,5)	,750 (,000)	1,3 (8,2)	1,12	,267
	BDI T <sub>2</sub>	14,2 (11,8)				
	3. BDI T <sub>2</sub>	15,2 (12,7)	,718 (,000)	1,8 (9,2)	1,08	,287
	BDI T <sub>3</sub>	13,4 (11,9)				

7-4. táblázat: Depresszió változása a két mintában

### 7.5.2 Szorongás

A szorongást azonos mérőeszkőzzel mérték a két mintában, ezért jól látszik, hogy a két csoport a kezelés során hasonló ütemben tapasztalja szorongása csökkenését. Mindkét esetben csak a T0 és T1 időpontok között mért eltérés szignifikáns. Azt is leolvashatjuk, hogy a B/N-nal kezelt minta átlagai magasabb szorongást mutatnak kezdetben, mint a metadonnal kezelt csoporté, azonban szorongásuk az első hónap után ugyanolyan szintre csökken.

		egyéni statisztikák		illesztett minták különbségei		
		átl./szórás	korr/sign.	átlag/szórás	t	sign.
METADONNAL KEZELTEK	1. STAI T <sub>0</sub>	2,5 (0,61)	,455 (,000)	0,2 (0,5)	4,81	,000
	STAI T <sub>1</sub>	2,3 (0,56)				
	2. STAI T <sub>1</sub>	2,2 (0,56)	,525 (,000)	0,5 (0,5)	0,97	,330
	STAI T <sub>3</sub>	2,2 (0,5)				
	3. STAI T <sub>3</sub>	2,2 (0,5)	,509 (,000)	0,5 (0,5)	1,47	,144
	STAI T <sub>4</sub>	2,2 (0,6)				
B/N-NAL KEZELTEK	1. STAI T <sub>0</sub>	2,8 (0,5)	,409 (,001)	0,4 (0,6)	5,43	,000
	STAI T <sub>1</sub>	2,3 (0,6)				
	2. STAI T <sub>1</sub>	2,4 (0,6)	,713 (,000)	0,3 (0,5)	0,48	,627
	STAI T <sub>2</sub>	2,4 (0,6)				
	3. STAI T <sub>2</sub>	2,3 (0,7)	,754 (,000)	0,02 (0,5)	0,23	,817
	STAI T <sub>3</sub>	2,3 (0,6)				

7-5. táblázat: Szorongás változása a két mintában

### 7.5.3 Pszichés jól-lét

A pszichés jóllét esetében is eltérő mérőeszközök kerültek felvételre a két mintában, de a táblázatból leolvasható, hogy mindkét esetben emelkedett az átlagos pszichés jól-lét megítélése, de csak a B/N-nal kezelt mintában történt T0 és T1 közötti változás ért el szignifikáns szintet. .

		egyéni statisztikák		illesztett minták különbségei		
		átl/szórás	korr/sign.	átlag/szórás	t	sign.
<b>METADONNAL KEZELTEK</b>	1. SWL T <sub>0</sub>	2,9 (1,2)	,539 (,000)	0,2 (1,1)	2,59	,010
	SWL T <sub>1</sub>	3,1 (1,1)				
	2. SWL T <sub>1</sub>	3,2 (1,1)	,587 (,000)	0,09 (1,1)	0,882	,380
	SWL T <sub>3</sub>	3,3 (1,2)				
	3. SWL T <sub>3</sub>	3,4 (1,2)	,750 (,000)	0,12 (0,1)	-1,21	,230
	SWI T <sub>4</sub>	3,4 (1,3)				
<b>B/N-NAL KEZELTEK</b>	1. WBI T <sub>0</sub>	4,5 (2,7)	,369 (,003)	3,1 (3,4)	-7,09	,000
	WBI T <sub>1</sub>	7,6 (3,3)				
	2. WBI T <sub>1</sub>	7,5 (3,3)	,507 (,000)	0,3 (3,3)	0,63	,529
	WBI T <sub>2</sub>	7,2 (3,4)				
	3. WBI T <sub>2</sub>	7,4 (3,8)	,683 (,000)	0,03 (2,9)	0,06	,953
	WBI T <sub>3</sub>	7,4 (3,6)				

7-6. táblázat: Pszichés jól-lét változása a két mintában

#### 7.5.4 Elvonási tünetek

A metadonnal kezelték elvonási tüneteire a Metadon Kezelési Interjú idevonatkozó része kérdez rá. Egy-egy kérdés vonatkozik a testi-, illetve lelki elvonási tünetek súlyosságára, melyet a kliens egy 5 fokú skálán ítél meg (az elérhető maximális pontszám tehát 5, ami egyben a legsúlyosabb tüneteket is jelzi). Úgy tűnik, hogy a metadon sikeresen csökkentette mint a testi, mind a lelki elvonási tüneteket, bár úgy tűnik, hogy csak az első két adatfelvétel közötti változás szignifikáns. A csökkenés folyamatos, visszaesés nem tapasztalható.

		egyéni statisztikák		illesztett minták különbségei		
		átl./szórás	korr/sign.	átlag/szórás	t	sign.
testi elvonás - metadon	1. testi T <sub>0</sub>	3,0 (1,4)	,169 (,040)	0,73 (1,7)	5,14	,000
	testi T <sub>1</sub>	2,3 (1,2)				
	2. testi T <sub>1</sub>	2,2 (1,1)	,203 (,103)	0,04 (1,4)	0,24	,805
	testi T <sub>3</sub>	2,2 (1,1)				
	3. testi T <sub>3</sub>	2,1 (1,0)	,456 (,000)	0,03 (1,2)	0,20	,839
	testi T <sub>4</sub>	2,0 (1,3)				
lelki elvonás -metadon	1. lelki T <sub>0</sub>	3,3 (1,5)	,295 (,000)	0,48 (1,7)	3,43	,001
	lelki T <sub>1</sub>	2,8 (1,3)				
	2. lelki T <sub>1</sub>	2,9 (1,3)	,317 (,002)	0,49 (1,4)	3,34	,001
	lelki T <sub>3</sub>	2,4 (1,1)				
	3. lelki T <sub>3</sub>	2,4 (1,1)	,485 (,000)	0,06 (1,2)	0,42	,670
	lelki T <sub>4</sub>	2,3 (1,3)				

7-7. táblázat: Elvonási tünetek csökkenése a metadonnal kezelt mintában

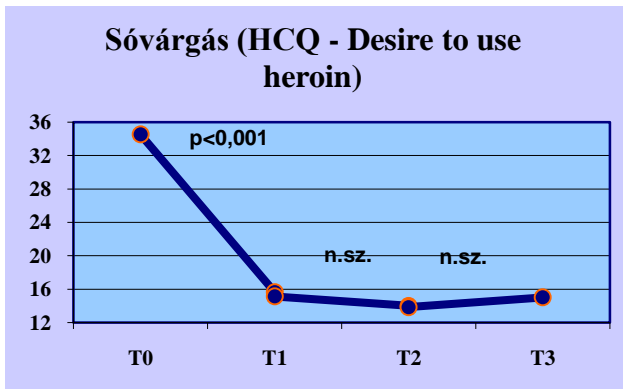
Az elvonási tüneteket a B/N-nal kezelt minta esetében külön kérdőívvel mérhettük, mellyel ellenőrizhetjük az elvonási tünetekkel kapcsolatos vélekedések változását a kezelés ideje alatt. Az alábbi táblázatból leolvasható, hogy szignifikáns, nagymértékű csökkenés tapasztalható az első és második adatfelvétel között, valamint egy nagyon enyhe, nem szignifikáns visszaesés az utolsó mérési pontnál.

		egyéni statisztikák		illesztett minták különbségei		
<b>B/N-NAL KEZELTEK</b>	1. <b>HCQ T<sub>0</sub></b>	196 (61,6)				
			,208 (,108)	96,5 (74,4)	10,13	,000
	<b>HCQ T<sub>1</sub></b>	99,46 (56,4)				
	2. <b>HCQ T<sub>1</sub></b>	96,9 (54,4)				
			,499 (,000)	3,8 (52,5)	0,51	,608
	<b>HCQ T<sub>2</sub></b>	93,1 (50,2)				
3. <b>HCQ T<sub>2</sub></b>	90,2 (45,1)					
		,766 (,000)	-3,5 (31,5)	-0.61	,544	
<b>HCQ T<sub>3</sub></b>	93,7 (46,8)					

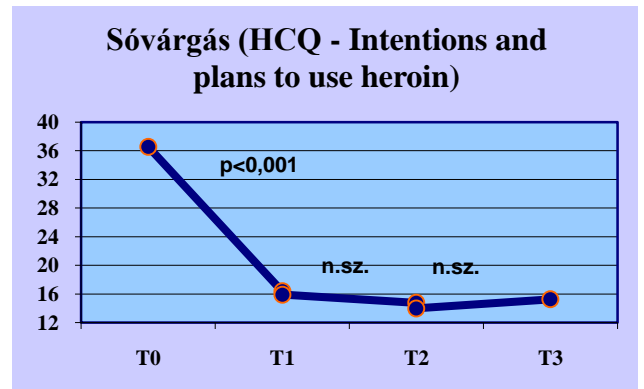
7-8. táblázat: elvonási tünetek változása a B/N-nal kezelt mintában

Ahhoz, hogy megállapítsuk, mi okozza ezt az enyhe visszaesést, meg kell vizsgálnunk az egyes alskálánkénti változásokat. Láthatjuk, hogy a „vágyakozás a heroin után”, a „heroinhasználat szándéka és tervezése”, valamint a „kellemes hatás elvárása” alskála azok, melyek emelkedést mutatnak T2 és T3 pont között, ugyanakkor ezek a változások nem szignifikánsak.

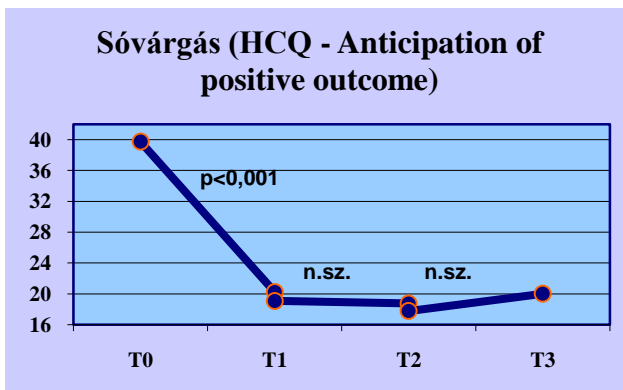




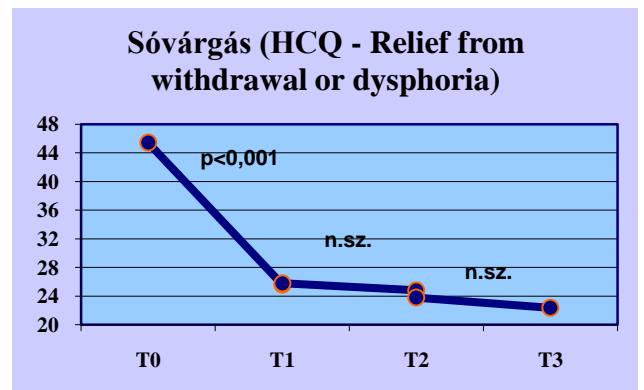
7-1. ábra: HCQ – vágyakozás a heroin után



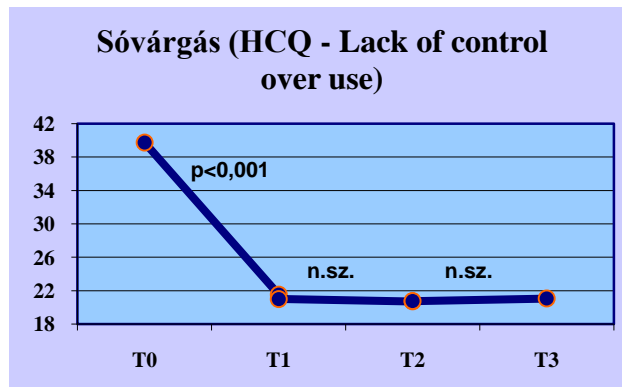
7-2. ábra: HCQ – heroinhasználat szándéka és tervezése



7-3. ábra: HCQ – kellemes hatás elvárása



7-4. ábra: HCQ- megvonás enyhülése



7-5. ábra: HCQ – használat feletti kontroll hiánya

### **7.5.5 Egyéb változások**

Az egyes kezelések hatására egyéb életterületeken bekövetkező változásokat a két strukturált interjú idevonatkozó súlyossági értékelései alapján végeztem el. A metadonnal kezelt csoport esetében a Metadon Kezelés Interjú (továbbiakban MKI), a B/N-nal kezelt csoport esetében az Addikciós Súlyossági Index (továbbiakban ASI) kérdéseit egyeztettem. Minden esetben találtam ekvivalenciákat a kérdésfeltevésben, ezenkívül a súlyossági értékelés skálái (1-5, ill. 0-4) átkódolás után szintén összehasonlíthatóvá váltak. A kérdésfeltevés mindkét interjú esetében az elmúlt egy hónapra vonatkozik.

#### ***7.5.5.1 Általános egészségi állapot***

Az általános egészségi állapot súlyossági értékelésénél az alábbi kérdéseket vettem figyelembe:

MKI: F\_1: “Mennyire gyötörték testi tünetek/panaszok az elmúlt hónap során?”

ASI: Eg\_12: “Mennyire zavarták vagy gátolták Önt bármiben is az előző kérdésekben említett egészségügyi problémák az elmúlt 30 napban?”

Az összehasonlító táblázatból leolvasható, hogy a két csoport ugyanazt a csökkenést éri el, de míg a metadonnal kezelt csoport a  $T_3$  időpontban, addig B/N-nal kezelt csoport már  $T_1$  időpontban eléri el ugyanazt a szintet. Ez azt jelenti, hogy  $T_0$  és  $T_1$  közötti változás a B/N-nal kezelt csoport esetében nagyobb. Hasonlóság a két csoportnál, hogy mindkét esetben visszaesés tapasztalható az utolsó adatfelvételnél. Ezek a hatások nem érik el a szignifikáns szintet.

	egyéni statisztikák		illesztett minták különbségei			
		átl/szórás	korr/sign.	átlag/szórás	t	sign.
<b>METADONNAL KEZELTEK</b>	1. MKI T <sub>0</sub>	2,5 (1,5)	,215 (,009)	0,1 (1,8)	1,0	,319
	MKI T <sub>1</sub>	2,4 (1,3)				
	2. MKI T <sub>1</sub>	2,2 (1,2)	,335 (,000)	0,1 (1,4)	1,3	,194
	MKI T <sub>3</sub>	2,0 (1,2)				
	3. MKI T <sub>3</sub>	1,9 (1,1)	,403 (,000)	-0,3 (1,4)	-2,1	,038
	MKI T <sub>4</sub>	2,3 (1,4)				
<b>B/N-NAL KEZELTEK</b>	1. ASI T <sub>0</sub>	2,3 (1,2)	,501 (,000)	0,3 (1,2)	2,2	,026
	ASI T <sub>1</sub>	1,9 (1,2)				
	2. ASI T <sub>1</sub>	1,9 (1,2)	,484 (,000)	0,1 (1,2)	-0,5	,554
	ASI T <sub>2</sub>	2,0 (1,2)				
	3. ASI T <sub>2</sub>	2,3 (1,3)	,815 (,000)	0,2 (0,8)	1,3	,200
	ASI T <sub>3</sub>	2,0 (1,2)				

7-9. táblázat: Egészségi állapot / testi tünetek változása a két mintában

### 7.5.5.2 Foglalkoztatás és megélhetés

A foglalkoztatottság és megélhetéssel kapcsolatos problémák súlyossági értékelésénél az alábbi kérdéseket vettem figyelembe:

MKI: H\_3: “Mennyire elégedett a munkájával? Mennyire végez olyan munkát, amit szívesen csinál, mennyire elégedett keresetével, munkatársakkal való viszonyával, stb?”

ASI: Eg\_12: “Mennyire zavarták vagy gátolták Önt bármiben is az előző kérdésekben említett foglalkoztatottsági problémák az utolsó 30 napban?”

Az összehasonlító táblázatból az lehet leolvasni, hogy míg mindkét csoport közel hasonló súlyossági értékelésről indul, addig a metadonnal kezelt csoport értékei viszonylag állandóak maradnak a kezelés során, a B/N-nal kezelt csoport értékei pedig viszonylag folyamatos csökkenést mutatnak. A legnagyobb változás T<sub>2</sub> és T<sub>3</sub> időpont között, tehát a kezelés végén, tapasztalható. A vizsgált változások nem érik el a szignifikáns szintet.

		egyéni statisztikák		illesztett minták különbségei		
		átl./szórás	korr/sign.	átlag/szórás	t	sign.
<b>METADONNAL KEZELTEK</b>	1. MKI T <sub>0</sub>	3,0 (1,6)	,479 (,000)	-0,2 (1,8)	-1,4	,149
	MKI T <sub>1</sub>	3,3 (1,9)				
	2. MKI T <sub>1</sub>	3,3 (2,0)	,353 (,002)	0,3 (2,1)	1,6	,113
	MKI T <sub>3</sub>	2,9 (1,7)				
	3. MKI T <sub>3</sub>	3,1 (1,8)	,375 (,001)	0,1 (1,9)	0,5	,551
	MKI T <sub>4</sub>	3,0 (1,6)				
<b>B/N-NAL KEZELTEK</b>	1. ASI T <sub>0</sub>	2,9 (1,5)	,529 (,000)	0,2 (1,5)	0,9	,330
	ASI T <sub>1</sub>	2,7 (1,6)				
	2. ASI T <sub>1</sub>	2,6 (1,6)	,779 (,000)	0,1 (1,0)	1,1	,243
	ASI T <sub>2</sub>	2,5 (1,4)				
	3. ASI T <sub>2</sub>	2,8 (1,4)	,187 (,393)	0,8 (1,8)	2,2	,039
	ASI T <sub>3</sub>	2,0 (1,3)				

7-10. táblázat: Munkával kapcsolatos problémák változása a két mintában

### 7.5.5.3 Jogi status

A jogi status, illetve illegális cselekedetek súlyossági értékelésénél az alábbi kérdéseket vettem figyelembe:

MKI: D\_4: “Az elmúlt hónapra visszatekintve mennyire érzi úgy, hogy illegális cselekedetre kényszerül, ill. mennyire fordul elő ténylegesen, hogy illegális cselekedetet végez?”

ASI: Jog\_19: “Mennyire érzi Ön súlyosnak jelenlegi jogi helyzetét?”

Az eredmények szerint mindkét kezelt csoport jogi problémái enyhülnek a kezelés során, különösen T0 és T1 között, mely a legnagyobb, és szignifikáns változás mindkét csoportban.

		egyéni statisztikák		illesztett minták különbségei		
		átl./szórás	korr/sign.	átlag/szórás	t	sign.
<b>METADONNAL KEZELTEK</b>	1. MKI T <sub>0</sub>	2,3 (1,7)				
			,353 (,000)	0,9 (1,7)	6,6	,000
	MKI T <sub>1</sub>	1,3 (1,1)				
	2. MKI T <sub>1</sub>	1,2 (0,9)				
			,373 (,002)	-0,2 (1,3)	-1,5	,135
	MKI T <sub>3</sub>	1,4 (1,3)				
<b>B/N-NAL KEZELTEK</b>	3. MKI T <sub>3</sub>	1,4 (1,3)				
			,240 (,030)	0,1 (1,4)	1,0	,291
	MKI T <sub>4</sub>	1,2 (0,9)				
	1. ASI T <sub>0</sub>	2,6 (1,4)				
			,156 (,264)	0,7 (1,7)	3,3	,001
	ASI T <sub>1</sub>	1,8 (1,1)				
<b>B/N-NAL KEZELTEK</b>	2. ASI T <sub>1</sub>	1,8 (1,1)				
			,436 (,004)	0,07 (1,2)	0,3	,715
	ASI T <sub>2</sub>	1,7 (1,2)				
	3. ASI T <sub>2</sub>	1,6 (1,3)				
			,791 (,000)	-0,2 (0,9)	-1,1	,260
	ASI T <sub>3</sub>	1,8 (1,4)				

7-11. táblázat: Jogi helyzet változása a két mintában

#### 7.5.5.4 Családi- és szociális kapcsolatok

A családi kapcsolatok súlyossági értékelésénél az alábbi kérdéseket vettem figyelembe:

MKI: J\_1: “Milyen a szülőkkal való kapcsolata? Mennyire elégedett a kapcsolatukkal?”

ASI: Csa\_20: “Mennyire zavarták vagy gátolták Ont bármiben is családi problémái az elmúlt 30 nap során?”

Az eredményeket elemezve azt tapasztaljuk, B/N-nal kezelt minta súlyosabb családi problémákkal indul, de szinte ugyanolyan szintig enyhülnek problémáik, mint a metadonnal kezelt csoporté, tehát nagyobb mértékű javuláson mennek keresztül a családi problémákat illetően, ugyanakkor csak a T<sub>0</sub> és T<sub>1</sub> közötti változás éri el a szignifikáns szintet.

		egyéni statisztikák		illesztett minták különbségei		
		átl./szórás	korr/sign.	átlag/szórás	t	sign.
METADONNAL KEZELTEK	1. MKI T <sub>0</sub>	2,2 (1,3)	,352 (,000)	0,2 (1,4)	1,5	,118
	MKI T <sub>1</sub>	2,0 (1,1)				
	2. MKI T <sub>1</sub>	2,1 (1,2)	,225 (,029)	-0,9 (1,4)	-6,5	,000
	MKI T <sub>3</sub>	3,0 (1,0)				
	3. MKI T <sub>3</sub>	3,0 (1,0)	,319 (,004)	1,0 (1,2)	7,3	,000
	MKI T <sub>4</sub>	1,9 (1,1)				
B/N-NAL KEZELTEK	1. ASI T <sub>0</sub>	2,9 (1,3)	,352 (,010)	0,6 (1,5)	3,2	,002
	ASI T <sub>1</sub>	2,2 (1,2)				
	2. ASI T <sub>1</sub>	2,1 (1,1)	,473 (,002)	0,2 (1,2)	1,1	,262
	ASI T <sub>2</sub>	1,9 (1,2)				
	3. ASI T <sub>2</sub>	1,9 (1,1)	,036 (,872)	-0,8 (1,5)	-0,2	,796
	ASI T <sub>3</sub>	2,0 (1,0)				

7-12. táblázat: Családi problémák változása a két mintában

## 7.6 Kezelésben maradást bejósoló tényezők

A kezelésben maradást bejósoló tényezőket a lineáris regresszió ‘enter’ módszerével számítottam ki, melyben a függő változó a kezelésben maradás folyamatos változója, a kezelésben töltött hetek száma volt. A regressziós elemzésbe független változóként az első elemzés során a TCI személyiség kérdőív alszárait, a második elemzés során a különböző pszichológiai változókat (szorongás, depresszió, pszichés jóllét) valamint az elvonási tüneteket vontam be. Mindkét elemzést elvégeztem mindkét kezelési csoportban.

### 7.6.1 Személyiségtényezők

A TCI kérdőívvel mért személyiségtényezők körülbelül ugyanakkora variációt magyaráznak meg a két mintában, viszont eltérőek azok a tényezők melyek erősebb hatás mutatnak a kezelésben maradást illetően. A metadonnal kezelt minta esetében a “kitartás” és a “jutalomfüggés” faktorai, a B/N-nal kezelt minta esetében pedig az “ártalomkerülés” faktorai jósolja be leginkább a kezelésben maradást. A mért faktorok nem érték el a szignifikáns szintet.

	változó	$\beta$	t-érték	szign.	megmagyarázott variancia (R <sup>2</sup> )
METADON	újdonságkeresés	-,043	-,325	,746	24%
	ártalomkerülés	-,078	-,598	,552	
	jutalomfüggés	-,110	-,923	,359	
	kitartás	-,226	-1,681	,097	
B/N	újdonságkeresés	-,049	-,415	,679	25%
	ártalomkerülés	,260	1,876	,065	
	jutalomfüggés	,011	,096	,924	
	kitartás	,002	,013	,989	

7-13. táblázat: Személyiségtényezők kezelésben maradást befolyásoló hatása

### 7.6.2 Egyéb bejósoló tényezők

Megvizsgáltam az egyéb,  $T_0$  időpontban mért pszichológiai tényezők hatását a kezelésben maradásra. Az eredmények szerint a változók nem csak eltérő mértékben magyarázzák a kezelésben maradás összvarianciáját, de a változók különböző bejósoló ereje is eltérő a két mintában. Míg a metadonnal kezelt mintában a “testi elvonás” kezelés előtt mért állapota jósolta be leginkább a kezelésben maradást, addig a B/N-nal kezelt mintában a sóvárgás  $T_0$  időpontban mért állapota csak a harmadik helyen jelent meg a modellben. A B/N-nal kezelt mintában úgy tűnik sokkal nagyon bejósoló ereje volt a kezelés előtt mért depresszióknak és szorongásnak. Ezek a tényezők nem csak erősebb hatást mutattak, de nagyobb százalékban is magyaráztak a varianciát (30%!). A mért hatások, a B/N-mintánál depresszió kivételével, nem érték el a szignifikáns szintet.

	változó	$\beta$	t-érték	szign.	megmagyarázott variancia ( $R^2$ )
<b>METADON</b>	<b>szorongás</b>	,097	,700	,128	12%
	<b>depresszió</b>	-,080	-,582	,585	
	<b>jól-lét</b>	,030	,348	,562	
	<b>testi elvonás</b>	,129	-1,484	,139	
	<b>lelki elvonás</b>	-,071	-,780	,436	
<b>B/N</b>	<b>depresszió</b>	,399	1,954	,016	30%
	<b>jól-lét</b>	,074	2,476	,597	
	<b>szorongás</b>	-,129	,531	,434	
	<b>sóvárgás</b>	-,105	-,895	,374	

7-14. táblázat: Egyéb pszichés tényezők kezelésben maradást befolyásoló hatása



## 8 DISZKUSSZIÓ

Az opiátfüggők szubsztitúciós terápiája világszerte elterjedt kezelési módszer. Hazai kutatás ezekre vonatkozóan mindeddig nem történt, a kisebb mintákon végzett eredmények úgyszintén kevésbé dokumentáltak. Áttekintettük az opiátfüggőség egészségügyi, szociális és pszichés kockázatait, következményeit, a szerhasználók rejtőzködő attitűdje miatt az absztinencia-orientált kezeléssel az aktív szerhasználó populáció jelentős része elérhetetlen. Ennek következtében alakultak ki a különböző alacsonyküszöbű – ártalomcsökkentő- szolgáltatások. Feltevésünk szerint a szubsztitúciós terápiák is e körben értelmezhetők - különösen a metadon-helyettesítő programok. A B/N készítmény emellett kiegészíti az alacsonyküszöbű és az absztinencia-orientált kezeléseket, amennyiben alkalmazása biztonságosabb, mint a metadon, tekintve, hogy az opiáthatású buprenorphin molekulával együtt, bevételkor a szervezetbe kerül az antagonistá hatású naloxone is, amely blokkolja a további opiátok hatását a receptoron, csökkentve ezzel a heroinhasználat előfordulását és a túladagolás kockázatát.

Összehasonlítottuk a B/N- és a metadon-szubsztitúciós kezelésekre került opiátfüggők terápiában maradására ható tényezőket. Megállapíthatjuk, hogy a B/N-nal szerzett kezdeti tapasztalatok szerint a gyógyszer jól tolerálható és opiátfüggők szubsztitúciós terápiájában sikeresen alkalmazható. A kezelés kritikus időszakának az első egy-két hét tűnik; a kiesések aránya ebben az időszakban igen magas. A sikeres átállást (a heroinról a szubsztitúciós szerre) követően azonban várható a hosszú távú kezelésben maradás.

Általános következtetésként elmondható, hogy a szubsztitúciós kezelésben résztvevő kliensek esetében a kezelés során szignifikánsan csökken depressziójuk, szorongásuk, étellel való elégedettségük pedig nő. Egyéb pszichoszociális életterületeken, mint munka, jogi ügyek és család is jelentős javulást tanúsítanak a kezelésbekerülés előtti állapothoz képest. A dolgozat konklúziójaként kijelenthetjük, hogy ezeknek a klienseknek a kezelésbekerülés jelentős mértékben változtat, javít életkörülményeiken.

A pszichoszociális jellemzők változását tekintve nem találtunk eltérést a két kezelést illetően. Mindkét kezelésben az első hónap eredménye képpen a depresszió és szorongás szintje csökkent, a pszichés jól-lét szintje pedig növekedett. Kutatásunk keretében a pszichés faktorok változását megvizsgálva azt tapasztaltuk, hogy a B/N-nal kezelt minta depresszió és szorongás tekintetében is súlyosabb színtről indulnak, de hasonló mértékű csökkenést tapasztalnak, mint a metadonnal kezelt minta, ami azt jelenti, hogy mindkét csoport folyamatos csökkenést mutat, de a B/N-nal kezelt minta nagyobb ugrást tett meg, mint a metadonnal kezelték. A változás főleg az első egy hónapot tekintve látványos.

A szorongásos tüneteket tekintve a metadonnal kezelt minta az első egy hónap után beáll egy bizonyos szintre és stagnál, míg B/N-nal kezelt minta kicsit ingadozik, sőt enyhe visszaesés is tapasztalható. Ez a jelenség feltehetően annak tudható be, hogy a metadon hatása jobban hasonlít a heroinéhoz, míg a B/N esetében az első bizonytalanságok erősebbek, ezért is nagyon fontos, hogy a betegeket tájékoztassuk a hatásról, és a várható mellékhatásokról is.

Az átlános, egészséggel kapcsolatos problémák szintén mindkét csoportban csökkentek, de a B/N-nal kezelt csoportban ez a változás hamarabb következett be.

A jogi problémák mindkét csoportnál csökkentek már rögtön a kezelésbe kerüléskor, és az összes hatá közül ez bizonyult a legerősebbnek.

A családdal kapcsolat problémák szintén csökkentek mindkét csoportban, de érdekes, hogy míg a B/N-nal kezelt csoportban a kezelés első hónapjában következett be ez a változás, addig a metadonnal kezelt csoportban a kezelés későbbi szakaszában (a harmadik hónap után). A családi problémákkal kapcsolatos eredményeket elemezve azt tapasztaljuk, B/N-nal kezelt minta súlyosabb családi problémákkal indul, de szinte ugyanolyan szintig enyhülnek problémáik, mint a metadonnal kezelt csoporté, tehát nagyobb mértékű javuláson mennek keresztül a családi problémákat illetően, míg a metadonnal kezelt csoport esetében erős ingadozás tapasztalható. Feltételezhető, hogy családi problémák enyhülése párhuzamos a kliens állapotának javulásával, hiszen gyakran tapasztaljuk azt, hogy a család elveszti bizalmát a drogfüggőben, akinek ezek után bizonyítania kell a család felé. Egy szubsztitúciós kezelésbe történő bekerülés

minden esetben javít a kliens állapotán, hiszen több téren is bekerül a pszichoszociális ellátásba. Ezeket a változásokat feltehetően a család is észleli.

Hatásmechanizmusukat tekintve, a metadonnal tapasztalható kezdetben euforizáló hatás, míg ez a B/N készítménynél, a buprenorfin enyhe agonista volta miatt kevésbé jellemző. Ebből kifolyólag a B/N típusú készítmény esetében kisebb a túladagolás valószínűsége, az IV használat kizárható, és kevésbé szedatív. Ez utóbbi miatt ajánlott olyan esetekben B/N készítményt választani, amikor a kliens folyamatos munkával rendelkezik, hiszen így minimalizálható a munkahelyi balesetek száma.

Munkával kapcsolatos problémákat tekintve szintén mindkét csoport közel hasonló súlyossági értékelésről indul, addig a metadonnal kezelt csoport értékei viszonylag állandóak maradnak a kezelés során, a B/N-nal kezelt csoport értékei pedig viszonylag folyamatos csökkenést mutatnak. A legnagyobb változás a kezelés végén, tapasztalható a B/N-nal kezelt minta esetében, mely valószínűsíti, hogy ez a csoport a szubsztitúciós kezelés mellett sikeresebben tud elhelyezkedni, illetve sikeresebb már meglévő munkahelyének megtartásában is. Ez a hatás feltételezhetően annak tudható be, hogy a B/N készítménnyel kezelt betegek kevésbé tapasztalnak szedatív, euforizáló hatást a szubsztitúciós szertől, ezáltal munkavégzésükben is hatékonyabbak. További előnye a B/N készítménynek, hogy folyamatos kezelés esetében a készítmény sikeresen és gyorsan csökkenthető, elegendő a napi egyszeri vagy másnapenkénti adagolás, és hosszabb távon a kiadható a betegnek, mely következtében ritkábban kell járnia a kezelőhelyre, és kevesebbszer kell távollétét igazolnia munkahelyén.

Érdekes megvizsgálni az elvonási tünetek változását is, ami a metadon esetében folyamatos, a B/N esetében szignifikáns és nagymértékű, majd a kezelés előrehaladtával enyhe, nem szignifikáns visszaesés tapasztalható. Az adatokból kiderül, hogy a visszaesés a „használat tervezése”, a „kellemes hatás elvárása” és a „vágyakozás” kognitív alskálákon tapasztalható leginkább. Ezek a lelki elvonási tünetek többnyire a felépülési folyamat részeként értelmezhetők, szemben a metadonnal kezelt populációval ahol a metadon tökéletesen kielégíti a kliensek heroin iránti vágyát, így sóvárgás nem merül fel.

A kezelésben maradási adatokból látszik, hogy míg a metadonnal kezelt populáció létszáma folyamatosan csökken a fél éves utánkövetés során, addig a B/N

készítménnyel kezelt populáció esetében az első hónapban a kezeltek egy negyede ugyan hirtelen kiesik, de utána a kiesési ráta jelentősen javul. Arányaiban több kliens maradt kezelésben ebben a csoportban, mely feltehetőleg a szer sajátosságainak tudható be, hiszen hatása, a metadonéval szemben, nem euforizál. További kiesést fokozó tényező lehet a B/N esetében az, hogy beállításakor sok esetben elvonási tünetek észlelhetők.

A kezelésben maradáshoz bejósoló tényezők megvizsgálása arra világított rá, hogy etéren is eltérés van a két szert illetően. Ugyan a személyiségtényezők vizsgálata során nem kaptunk szignifikáns eredményeket, tendencia szinten megállapítható, hogy a két szubsztitúciós szer, feltehetően két eltérő betegtípusnál alkalmazható sikerrel: A metadonnal kezelt populáció, kezelésben maradását a jutalomfüggés, a B/N-nal kezelt populáció kezelésben maradását az ártalomkerülés személyiségdimenziója jósolja be inkább. A személyiségtípusok is arra utalnak, hogy míg a metadon az erősen dependens, változtatni nem képes betegtípus igényeit szolgálja ki leginkább, addig a B/N azokét, akiknél a szendevésnyomás erősebb, és változtatni szeretnének jelenlegi helyzetükön. Ezek az eredmények nem szignifikánsak, de felhívják a figyelmet arra, hogy a terület további kutatást igényelne.

A többi pszichés változó bejósoló ereje a kezelésben maradásra, egy kivételével, szintén nem vezetett szignifikáns eredményre. A B/N-nal kezelt csoport esetében a kezelésbe kerülés mért depresszió szintje azonban bejósoló erővel bírt a kezelésben maradásra, ami arra utalhat, hogy a pszichés tünetek enyhülése hosszútávon jutalmazóbb, és nagyobb megerősítéssel jár, mint a testi tünetek átmeneti enyhülése.

Úgy tűnik tehát, hogy a B/N típusú készítményt abban az esetben érdemes alkalmazni, amennyiben megbizonyosodtunk a kliens erős és határozott leszokási szándékáról. Ezt a fajta motiváltságot érdemes folyamatos monitorozás alatt tartani, főleg a kezelés első egy hónapja alatt, esetleg pszichoterápiával vagy más jellegű folyamatos pszichoszociális intervenciókkal, valamint a beteg tájékoztatásával.

A szubsztitúciós kezelésbe kerülés az elégtelen ellátórendszer és a szakemberhiány miatt az opiátfüggők körében jelenleg nehezen hozzáférhető kezelésként értékelhető Magyarországon. Ezért a különböző kezelési típusok közötti eltérések felmérése a betegek hatékonyabb ellátása szempontjából is fontos, emellett nem kerülheti el figyel-

münket, hogy a szubsztitúciós kezelések széleskörű alkalmazásához jelenleg nem állnak rendelkezésre megfelelő finanszírozási források, az elmúlt években a központi forrásokból a szubsztitúciós gyógyszerek beszerzésére szánt keret több, mint 40%-al csökkent. A két leggyakrabban alkalmazott szubsztitúciós szer a metadon és a Suboxone forrásigénye eltérő, a Suboxone nagyságrendekkel forrásigényesebb<sup>3</sup>. Magyarországi adatok szerint - és nemzetközi viszonylatban is- a metadon kereskedelmi ára átlagos napi dózissal számolva (100 mg metadonnak kb. 12-16 mg Suboxone felel meg) 4-5-ször olcsóbb a Suboxonénál (250 Ft-ba kerül 100 mg metadon, 1000-1200 Ft-ba pedig a Suboxone). Ennek ellenére eredményeink azt támasztják alá, hogy a B/N készítmény, az említett, motivált betegpopuláció esetében, jobb eredményeket mutat. Kutatásunk alapján elmondható, hogy a fent leírt esetekben a B/N készítmény választása indokolt lehet. Kutatásunk hiánypótló lehet a költségek minimalizálása szempontjából, hiszen fontos, hogy a kezelőszemélyzet meg tudja állapítani, hogy az opitáfüggő kliens melyik szubsztitúciós szerrel érhet el hosszú távon sikereket.

Összességében elmondható, hogy helyettesítő kezelések bizonyítottan csökkentik az intravénás szerhasználatot, így ezzel párhuzamosan csökkennek az intravénás szerhasználat okozta ártalmak<sup>[46]</sup>. Eredményeink alátámasztották, hogy megfelelően beállított szubsztitúciós szer lehetőséget biztosít a teljes életmódváltásra<sup>[210]</sup>, csökkenti a beszerzéshez kapcsolódó kriminalitást<sup>[138]</sup>, alkalmassá tesz a munka világába való visszatérésre<sup>[211,212]</sup>, valamint a szociális kapcsolatok rendezésére<sup>[138]</sup>.

Eredményeink szerint a szubsztitúciós programok további szélesítése jelentősen javíthat a magyarországi heroinhasználat okozta társadalmi károkon, mind a szerhasználó egyén, mind pedig „környezete”, a kábítószer-problémával nem érintettek szempontjából.

---

3 METADON-EP 20 mg tabletta 200 db/doboz: 11524 Ft azaz 58 Ft/db, SUBOXONE 8 mg/2 mg nyelv alatti tabletta 7db/doboz 5790 Ft azaz 827 Ft/db

## 9 A KUTATÁS KORLÁTAI

Kutatásunknak van néhány megkerülhetetlen korlátja, ami a bemutatott eredményeket ugyan nem kérdőjelezi meg, de tovább árnyalja a kapott képet és néhány módszertani és elméleti megoldás újragondolását veti fel:

- alacsony elemszám: jelenleg ill. az adatfelvétel idején relatíve alacsony a B/N terápiába bevontak száma,
- időbeli korlát: mindössze fél évig volt alkalmunk nyomon követni a kezelésbe bevontak terápiájának alakulását,
- az interjúk felvételekor minden adatot kizárólag a kérdezett önbevallása alapján nyertünk, így szinte bizonyos, hogy a szerhasználatra vonatkozó kérdések esetében számolnunk kell látenciával (akár bizalmatlanság, akár a programból való feltételezett kizárás miatt),
- a korábbi, metadonnal kezelték körében végzett vizsgálattal való összehasonlítás gyakran erőltetettnek tűnhet és módszertanilag sem mindig kifogástalan, véleményünk szerint azonban a kutatás eredményeihez sikerült értékelhető információkat nyerni, így ezt a kockázatot vállalnunk kellett (ahol az összehasonlítás metodológiai okokból nem volt lehetséges, ott elmaradt).
- Egyes eredmények nem érték el a szignifikáns szintet, de tendencia szitű következtetéseket levonhatunk belőlük.

Következtetéseink alapján, ha ezeket a korlátokat szem előtt tartjuk, és az eredményül nyert adatokat így értelmezzük, terápiás és kutatási szempontból is értékes adatokkal “számolhatunk”.

## 10 ÖSSZEFOGLALÁS

Becslések szerint a magyarországi injektáló problémás szerhasználók 5500 fő körül van <sup>[213]</sup>, és négyötöde opiátfüggő. Közülük (az OAC-Országos Addiktológiai Centrum 2010-es TDI adatbázisa szerint) az absztinenciaorientált terápiára jelentkezőknek (2010: 384 fő) kevesebb, mint fele jár sikerrel. A sorozatosan visszaeső, opiátmentesen csak napokig-hónapokig kitartó kliensek számára jelent hosszútávú fizikai, pszichés és szociális állapotjavulásra való alternatívát a helyettesítő –ún. szubsztitúciós- kezelés. Ez ellenőrzött körülmények között, orvosi felügyelet mellett adagolt opiátszármazékot jelent.

Módszerek: a régebben elérhető és elterjedt metadonterápiát és a négy éve elindult buprenorphine/naloxone kezelés pszichoszociális indikátorait elemeztük nemzetközileg elfogadott, illetve Magyarországra adaptált klinikai állapotfelmérő és pszichoszociális státuszt mérő kérdőíves és interjú vizsgálatokkal, valamint a szomatikus státuszt monitorozó laboratóriumi vizsgálatokkal. A központi kérdés a terápiában maradásra vonatkozó pozitív előrejelzők keresése volt.

Vizsgálati személyek: 200 metadon és 80 buprenorphine/naloxone terápiában részesülő beteg. Utóbbiak a teljes kezelt betegpopulációt jelentik.

Eredményeink szerint mindkét kezeléssel számottevően javulnak az opiátfüggők pszichés és szociális mutatói (depresszió, szorongás, pszichés jól-lét, jogi- ill. családi problémák) prediktorként pedig a depresszió és szorongás mutatóit, azonosítottuk, mint a kezelésben maradás szempontjából pozitív tényezőt.

Következtetéseink alapján mindkét terápiás módszer segíti az opiátfüggők reintegrációját, ezért –a rendelkezésre álló nemzetközi kutatásokkal egybehangzóan <sup>[126-128]</sup> javasoljuk a terápia szélesebb körben való hozzáféréseinek biztosítását.

A vizsgálat néhány korlátja miatt –viszonylag alacsony elemszám, a két betegcsoport néhol módszertanilag nem egységes összehasonlítása- munkánkat hiánypótló előtanulmánynak ajánljuk, a téma fontossága miatt azonban elengedhetetlennek tartjuk, hogy további kutatások történjenek ebben a tárgykörben.

## 11 SUMMARY

According to estimates, 80% of the problematic substance users (n=5500 persons) in Hungary are opiate addicts. Amongst those who register to abstinence-oriented therapies, less than 50% (384 persons in 2010) are able to succeed. For those, who regress repeatedly, who persist only for few days/months without drugs, the substitution therapy can offer an alternative of long term physical, psychological and social status improvements. This means dosages of opiate-derivatives defined by and under the surveillance of specialists in controlled circumstances.

Methods: We analyzed and evaluated the psychosocial indicators of the still available current therapy of methadone, and the B/N treatment that set off four years ago, using an internationally recognized questionnaires and interviews survey adapted to Hungary, that investigates clinical and psychosocial status alongside laboratory researches monitoring somatic status. The main quest was the research for the prognostic factors regarding retention in therapy.

Patients participating the survey: 200 patients receiving methadone and 80 clients receiving B/N treatment. Latter means the entire client population. Our records demonstrate that both types of treatment significantly improve the physical, psychological and social indicators (depression, anxiety, well-being, and also legal and family problems). As a predictor, we identified depression measured in the beginning of the therapy, which had connections that could influence the retention under treatment.

Based on the summary of our experiences, both therapeutic methods help the reintegration of opiate addicts, therefore – in accordance with international researches of the subject – we suggest the facilitation of access to these programmes in wider scope.

Due to some of the boundaries of the research – relatively low number of elements, sometimes difficult ways of comparisons of the two examined groups – we suggest our research as a missing link pre-study, nevertheless, we emphasize the absolute necessity of further researches in this range of subjects.



## 12 IRODALOM

1. Newcomb MD. Understanding the multidimensional nature of drug use and abuse: The role of consumption, risk factors, and protective factors. In: Glantz M. and Pickens R., eds. *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington, DC: American Psychological Association 1992.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (1999a), *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union — 1999*, EMCDDA, Lisbon.
3. Meier PS, Donmall MC, McElduff P. (2004): Characteristics of drug users who do or do not have care of their children. *Addiction*, August, 99, 8.
4. Weaver T, Madden P, Charles V, Stimson G, Renton A, Tyrer P, Barnes T, Bench C, Middleton H, Wright N, Paterson S. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse. *British Journal of Psychiatry*, 183: 304–313.
5. Royal College of Psychiatrists and The Royal College of Physicians (2000): *Drugs: Dilemmas and Choices*. London, pp.304.
6. Smit F, Toet J, van Oers H, Wiessing L. (2003): Estimating Local and National Problem Drug Use Prevalence from Demographics. *Addiction Research and Theory*, 11, 6: 401– 413.
7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002): *Classifications of drug treatment and social reintegration and their availability in EU Member States plus Norway. Final Report. Programme 2: Monitoring of responses*.
8. *EU Drogstratégia 2000–2004*. Council of the EU, Brussels, 1999
9. Rácz J (2004): A civil ellátói oldal hozzáadott értéke a közösségi drogpolitikák kialakulásához az európai országokban; *Addiktológia – 2004. III. Évfolyam 3. Szám* 356-364
10. Demetrovics Zs, Balázs H & Csorba J. (2004). *Evaluation of Metadone Maintenance Therapy with Qualitative and Quantitative Methods*. Budapest: unpublished manuscript.
11. Demetrovics Zs. (2005, 6-8 July). Two-year follow up of metadone maintenance in Hungary: focusing on psychological aspects. Paper presented at the The Inaugural European Association of Addiction Therapy Conference (pp. 10-11), Budapest, Hungary.
12. Rácz J, Demetrovics Z, Farkas J, Csorba J, Németh A, Mervó B, Szemelyácz J, Fleischmann E, Kassai-Farkas Á, Petke Z, Oroján T, Rózsa S, Rigó P, Funk S, Kapitány M, Kollár A, (2009): Early experiences with Suboxone maintenance

therapy in Hungary, *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 2009; 11 (4), pp. 249-257., pp. 249-257

13. Rhodes T. Environmental Interventions in HIV Prevention for Vulnerable Populations: Lessons from Asia for an Enabling Environment Approach, New Delhi: UNAIDS, 2002.
14. Rhodes T, Briggs D, Holloway G, Jones S, and Kimber J. (2005): Visual assessments of injecting drug use: a pilot study. In "Research Briefing 13". National Treatment Agency, London.
15. Grund JP, Kaplan C, Adriaans N. (1989): Needle exchange and drug sharing: A view from Rotterdam. *Newsletter of the International Working Group on AIDS and IV Drug Use*; 4 1: 4–5.
16. Koester S, Hoffer L. (1994): "Indirect sharing": additional HIV risks associated with drug injection. *AIDS and Public Policy* 2:100-104.
17. Hagan H, Des Jarlais DC (2000): HIV and HCV infection among injecting drug users. *Mount Sinai Journal of Medicine* 67: 423-428.
18. Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE (1996): Viral infections in short-term injection drug users: The prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human t-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health*, 86:655-61.
19. Stimson G, Des Jarlais DC, Ball A. (1998): *Drug Injecting and HIV Infection: global dimensions and local responses*. UCL Press, London
20. Kenski K, Appleyard J, von Haefen I, Kasprzyk D, Fishbein M (2001): Theoretical Determinants of condom use intentions for vaginal sex with regular partner among male and female injecting drug users. *Psychology, Health & Medicine* 6, 2:179-190.
21. Sagrestano LM, Rogers A, Kittleson MJ, Sarvela PD (2005): Does efficacy mediate stage of change and condom use in injected-drug users?. *American Journal of Health Behavior* 29 (1): 12-24.
22. Krauss BJ, Wolitski RJ, Tross S, Corby NH, Fishbein M. (1999). Getting the message; HIV information sources of women who have sex with injecting drug users - a two site study. *Applied Psychology* 48(2): 153-173.
23. Wells EA, Calsyn DA, Saxon AJ, Greenberg DM. Using drugs to facilitate sexual behavior is associated with sexual variety among injection drug users. *J Nerv Ment Dis.* 1993 Oct;181(10):626-31.
24. Wulfert E, Safren S, Brown I & Wan C. (1999). Cognitive, behavioral, and personality correlates of HIV-positive persons' unsafe sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 223–244.

25. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: What are the implications for public health policies? *Lancet* 2004;364: 83-94.
26. Report on the global HIV/AIDS epidemic July 2002 UNAIDS - 20 avenue Appia - 1211 Geneva 27 – Switzerland
27. 2007 Annual report: the state of the drugs problem in Europe EMCDDA, Lisbon, November 2007
28. Daróczy Z, Müller É, Porkoláb L. (2006): Drogfogyasztók kezelése. In: 2007-es éves jelentés az EMCDDA számára. Nemzeti Drogfókuszpont.
29. Csohán Á, Kaszás K, Lendvai Gy (2007a): Az intravénás kábítószer-használat révén terjedő fertőző betegségek helyzetéről- Országos Epidemiológiai Központ, Budapest. Nem publikált tanulmány.
30. Csohán Á, Dudás M, Győri Z, Minárovics J, Rusvai E, (2007b): A hazai intravénás droghasználattal összefüggő fertőzések (HIV, HBV, HCV) 2006-2007. évi prevalenciájának vizsgálata. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest. Beszámoló a 2006. évi tevékenységről.
31. Gossop M, Grant M. (1991). A Six Country Survey of the Content and Structure of Heroin Treatment Programmes Using Metadone. *British Journal of Addiction*, 9. 1151–1160.
32. Selwyn PA, Hartel D, Wasserman W, Drucker E. (1989). Impact of the AIDS Epidemic on Morbidity and Mortality among Intravenous Drug Users in a New York City Metadone Maintenance Program. *American Journal of Public Health*, 79. 10. 1358-1362.
33. Drotman DP (1987). Now Is the Time to Prevent AIDS. *American Journal of Public Health*, 77. 2. 143.
34. Dole VP (1989). Metadone Treatment and the Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic. *JAMA*, Sept. 22/29. 262. 12. 1681-1682.
35. Baertwell A, Senay E, Marks R, White R. (1989) Patients Successfully Maintained with Metadone escaped HIV infection, *archives of General Psychiatry*, oct, 957-958
36. Serraino D, Franceschi S. (1989) Metadone Maintenance Programmes and AIDS. *The Lancet*, Dec. 23/30. 2. 1522- 1523.
37. Metzger DS, Woody GE, McLellan AT, O'Brien CP, Druley P, Navaline H, DePhillippis D, Stolley P, Abrutyn E. (1993). Human Immunodeficiency Virus Seroconversion Among Intravenous Drug Users In- and Out-of-Treatment: An 18-Month Prospective Follow-Up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 6. 1049-1055.

38. Moss AR – Vranizan K, Gorter R, Bacchetti P, Watters J, Osmond D. (1994). HIV Seroconversion in Intravenous Drug Users in San Francisco 1985-1990. *AIDS*, 8. 223-231.
39. Serpeloni G, Carrieri MP, Rezza G, Morganti S, Gomma M, Binkin N. (1994). Metadone Treatment as a Determinant of HIV Risk Reduction Among Injecting Drug Users: A Nested Case Control Study. *AIDS Care*, 16. 215-220.
40. Brown LS, Chu A, Nemoto T, Ajuluchukwu D, Primm BJ. (1989). Human Immunodeficiency Virus Infection in a Cohort of Intravenous Drug Users in New York City: Demographic, Behavioral, and Clinical Features. *New York State Journal of Medicine*, 89. 506-510.
41. Ball JC, Lange WR, Myers CP, Friedman SR. (1988). Reducing the Risk of AIDS Through Metadone Maintenance Treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, 29. 214-226.
42. Abdul-Quader AS, Friedman SR, Des Jarlais D, Marmor MM, Maslansky R, Bartelme S. (1987). Metadone Maintenance and Behavior by Intravenous Drug Users that can Transmit HIV. *Contemporary Drug Problems*, 14. 425-433.
43. Klee H, Faugier J, Hayes C, Morris J. (1991). The Sharing of Injecting Equipment Among Drug Users Attending Prescribing Clinics and Those Using Needle-Exchanges. *British Journal of Addiction*, 86. 217-233.
44. Darke S, Hall W, Carless J. (1990). Drug Use, Injecting Practices and Sexual Behaviour of Opioid Users in Sydney, Australia. *British Journal of Addiction*, 85. 1603-1609.
45. Capelhorn J, Ross MW. (1995) Metadon Maintenance and tha Likelihood of risky needle-sharing, *International Journal of the addiction*
46. Friedman SR, Des Jarlais DC, Goldsmith D: An overview of current AIDS prevention efforts aimed at intravenous drug users. to prevent further drug use, in *The Third International Conference on AIDS*, Washington, June 1-5, 1987.
47. Hartgers C, Van Den Hoek A, Krijnen P, Coutinho RA. (1992). HIV Prevalence and Risk Behavior Among Injecting Drug Users Who Participate in “Low-Threshold” Metadone Programs in Amsterdam. *American Journal of Public Health*, 82. 4. 547-551.
48. Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G et al. (1996): Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in south London. *British Journal of Psychiatry*, 168: 612–619.
49. Kraus L, Kümmler P, Augustin R, Hartnoll R, Wiessing L, 1999. Methodological guidelines to estimate the prevalence of problem drug use on the national level. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions.

50. NIDA's Report Card Details Research Initiatives, Resources, And Accomplishments 1999.
51. Weaver T, Stimson G, Tyrer P, Barnes T, Renton A. (2004): What are the implications for clinical management and service development of prevalent comorbidity in UK mental health and substance misuse treatment populations? *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Aug, 11, 4: 329–348.
52. Fridell M and Nilson M: Co-morbidity — drug use and mental disorders in *Drugs in focus Briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* 2004.
53. Brooner RK, Bigelow GE, Strain EC & Schmidt CW: Intravenous drug abusers with antisocial personality disorder: Increased HIV risk behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 1990, 26, 39-44.
54. Brooner, Greenfield, Schmidt and Bigelow: Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore 1993.
55. Metzger DS, Woody GE, DePhillippis D, McLellan AT, O'Brien CP, Platt JJ. (1991). Risk Factors for Needle Sharing Among Metadone Treated Patients. *American Journal of Psychiatry*, 48. 636-640.
56. Wild TC, el-Guebaly N, Fischer B, Brissette S, Brochu S, Bruneau J, Noel L, Rehm J, Tyndall M, Mun P & Haydon E. (2005). Comorbid depression among untreated illicit opiate users: Results from a multi-site Canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 512-518.
57. Camacho LM et al. (1996). Gender, cocaine and during-treatment HIV risk reduction among injection opioid users in metadone maintenance. *Drug & Alcohol Dependence*, 41(1): 1-7.
58. Simpson DD, Knight K & Ray S. (1993). Psychosocial correlates of AIDS-risk
59. McBride DC, McCoy CB (1993): The drugs-crime relationship: An analytical framework. *The Prison Journal*, 43, 3/4: 257–278.
60. Johnson TP, Freels SA, Parsons JA, Vangeest JB. (1997): Substance abuse and homelessness: Social selection or social adaptation? *Addiction*; 92: 437–445.
61. London Drug Policy Forum: Housing drug users: balancing needs and risks, London: 1999. 326
62. Randall G. (2002): Drug services for homeless people: A good practice handbook, Office of the Deputy Prime Minister. London.
63. Quigley P. (2003): Hard Cases in Hard Places: challenges of community addictions work in Dublin. *Drugs: education, prevention and policy*, 10, 3: 211–221,

64. Farrell M, Howes S, Taylor C, Lewis G, Jenkins R, Bebbington P, Jarvis M, Brugha T, Gill B, Meltzer H. (1998): Substance misuse and psychiatric comorbidity. An overview of the opcs national psychiatric morbidity survey. *Addictive Behaviors*, 23, 6: November-December, 909–918.
65. Gilvarry E. (1998): Young drug users: early intervention. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 5, 3: 281–292.
66. Klee H and Reid P. (1998): Drugs and homelessness: reducing the risks. *Drugs: Education, prevention and policy*, 5, 3: 269–280. 325
67. Leal D, Galanter M, Dermatis H, Westreich L. (1999): Correlates of Protracted Homelessness in a Sample of Dually Diagnosed Psychiatric Inpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 2: 143–147.
68. Cox G, Lawless M. (1999): Where-ever I lay my hat . . . a study of out of home drug users. Dublin: Merchants Quay Project,.
69. Neaigus A, Miller M, Friedman SR, Hagen DL, Sifaneck SJ, Ildefonso G, et al (2001): Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: A comparison of former injectors and never injectors. *Addiction*; 96: 847–860.
70. Coumans M, Spreen M. (2003): Drug use and the role of homelessness in the process of marginalization. *Subst Use Misuse*, 38: 311–338.
71. Roy E, Nonn E, Haley N. (2007): Transition to injection drug use among street youth-A qualitative analysis. *Drug Alcohol Depend*,. 10.
72. March CM, Oviedo-Joekes E, Romero M. (2007): Drugs and Social Exclusion in Ten European Cities. *Eur Addict Res.*, 2006;12: 33–41.
73. Márványkövi F, Melles K, és Rácz J. (2006): A kezelésbe és tícserébe jutás akadályai problémás droghasználók körében Budapesten. *Addiktológia*, 5, 4: 319–341.
74. Ladányi E, Forrai E. (2006): Szociális szolgáltatások és kábítószer-fogyasztók. ICsSzEM kutatási beszámoló. Nem publikált tanulmány.
75. James A. Comer, Theodore Tzianabos, Colin Flynn, David Vlahov, and James E. Childs (1999): Serologic evidence of rickettsialpox (rickettsia akari) infection among intravenous drug users in inner-city baltimore, maryland. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 60, 6: 894–898.
76. MacDonald R., Marsh J. (2002): Crossing the Rubicon: Youth transitions, poverty, drugs and social exclusion. *International Journal of Drug Policy*, 13: 27–38.
77. White B, Day C, Degenhardt L, Kinner S, Fry C, Bruno R, Johnston J. (2006): Prevalence of injecting drug use and associated risk behavior among regular ecstasy users in Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 3: 210–217.

78. Fuller CM, Ahern JA, Borrell LN, Galea S, Monserrate J, Factor S, Vlahov D. (2002): Predictors of transition from non-injection drug use among young drug users: a preliminary analysis. *Int Conf AIDS*. 2002 Jul 7-12; 14: abstract no. MoPeD3668. 322
79. Obot I and Anthony J. (1999): Association of school dropout with recent and past injecting drug use among african american adults. *Addictive Behaviors*, 24, 5: 701–705.
80. Obot I and Anthony J. (2000): School Dropout and Injecting Drug Use in a National Sample of White Non-Hispanic American Adults. *Journal of Drug Education*, 30, 2: 145–155.
81. Reid G, Crofts N, Hocking J. (2000): Needs Analysis for Primary Health Care among the Street Drug-using Community in Footscray. The Centre for Harm Reduction, Macfarlane Burnet Institute for Medical Research and Public Health, Melbourne, Australia.
82. Noel L, Lachance C, Alary M, Marquis G. (1996): Social network in a community of injecting drug users attending a needle exchange program in Quebec City. *International Conference of AIDS 1996 Jul 7-12*; 11: 211.
83. Williams, ML, Zhuo Z, Siegal HA, Robles RR, Trotter RT, Jones A (1995): A Comparison of Drug Use Networks Across Three Cities. In: Needle RH, Coyle SL, Genser SG, Trotter RT (ed.): *Social Networks, Drug Abuse, and HIV Transmission* (Ed) NIDA Research Monograph 151.
84. Beckett H, Heap J, McArdle P, Gilvarry E, Christian J, Bloor R, Crome I, Frischer M. (2004): Understanding problem drug use among young people accessing drug services: a multivariate approach using statistical modelling techniques. *Home Office Online Report 15*, 04.
85. Fuller C, Vlahov D, Arria AM, Ompad DC, Shah N, Strathdee SA (2000): High risk behaviors associated with transition from non-injection drug use among young drug users: A case-control study. *Int Conf AIDS*. 2000 Jul 9-14; 13: abstract no. ThPeD5490.
86. Nyírády A, Porkoláb L. (2004): Problémás drogfogyasztás. In: Nyírádi A, Felvinczi K és Gábor E. (szerk): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. Budapest, Ifjúsági, Családügyi és Esélyegyenlőségi Minisztérium
87. Callaghan RC, Cunningham JA. (2002): Intravenous and non-intravenous cocaine abusers admitted to inpatient detoxification treatment: a 3-year medical-chart review of patient characteristics and predictors of treatment re-admission. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 3: 323–328.
88. Newcomb MD, Bentler PM (1985): *Consequences of Adolescent Drug Use*. Newbury Park, CA

89. Sasvári A. (2000). A kábítószer-fogyasztás büntetőjogi megítélése. In: Rác J (szerk.), A drogkérdésről őszintén. Képzett beteg könyvek sorozat (pp. 165-182). B + V Lap- és Könyvkiadó
90. Vitrai J. (2010). Büntetés helyett. A büntetőeljárás alternatívájaként működő elterelés értékelése. NDI-Szakmai Forrás Sorozat. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
91. Rác J, Melles K, Marvanykovi F, Lencse M, Petke Z (2011). Communicating the principle of 'treatment instead of punishment' in Hungary on the basis of an examination of the patients at a drug outpatient clinic. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, Vol. 18, No. 3, pp. 207-218.
92. Peck DF, Plant MA (1986): Unemployment and illegal drug use. *British Medical Journal*, 293, 11 October, 929–32.
93. McKeganey N, Neale J, Lloyd C, Hay G. (2005): *Sociology and Substance Use*. BSAD.
94. Godfrey C, Eaton G, McDougall C, Culyer A. (2000): The economic and social costs of Class A drug use in England and Wales, Home Office Research Study 249, London.
95. Collins DJ and Lapsley HM (2002), Counting the cost: estimates of the social costs of drug abuse in Australia in 1998–1999, National Drug Strategy Monograph Series No. 49.
96. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2004): *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*.
97. Greater London Authority, London: *The highs and the lows. A report from the Greater London Alcohol and Drug Alliance*. February, 2003.
98. Monitoring of responses. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003a): *The State of The Drugs Problem in the Acceding and Candidate Countries to the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
99. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (1999b): *Extended annual report on the State of the drugs problem in the European Union, 1999*.
100. Kulsudjarit K. (2004): Drug problem in southeast and southwest Asia. *Ann N Y Acad Sci.*, 1025: 446–457.
101. Hajnal György (2009): A kábítószerrel kapcsolatos költségvetési kiadások alakulása (2000-2007), In: Felvinczi, Katalin & Nyírády Adrienn (2009): *Drogpolitika számokban*, Budapest: NDI
102. Neale J. (2002): *Drug Users in Society* Palgrave, Basingstoke.



103. Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. (1985): The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Archives of General Psychiatry*, 43: 746-754.
104. Hawkins JD, Graham JW, Maguin E. (2000): Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *American Journal of Psychiatry*, 157: 745–750,
105. Kraus L, Augustin R, Frischer M, Kümmler P, Uhl A, Wiessing L. (2003): Estimating prevalence of problem drug use at national level in countries of the European Union and Norway. *Addiction*, 98: 461–485.
106. General report of activities 1997 EMCDDA, Lisbon
107. Felvinczi K, Nyírády A, Portörő P. (szerk) (2006): Jelentés a Magyarországi kábítószerhelyzetről. Szociális és Munkaügyi Minisztérium, 2006. Budapest.
108. Elekes Zs, Nyírády A. (2007): A problémás drogfogyasztás elterjedtségének becslése fogásvisszafogás módszerrel. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 6, 2: 97–112.
109. Busa Cs, Elekes Zs, Füzesi Zs, Németh Á, Paksi B, Tistyán L. (2004): Drogfogyasztás a populációban. In: GÁBOR E. (szerk.): Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről – 2004. Gyermek-, Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest. 23-28.
110. Elekes Zs, Paksi B. (2004): A magyarországi középiskolások alkohol- és drogfogyasztása. OTKA Kutatási Beszámoló, Budapest.
111. Sebestyén E. (2003): Illegális szerhasználat. In: Aszmann A. (szerk.). Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Budapest: Országos Gyermekégeszségügyi Intézet.
112. Sebestyén E: Illegális szerek használata. In: Aszmann A. (szerk.): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest, 2003.
113. Rác J és Ritter I (2003): Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 2003, 3-4:305-345.
114. Rác J (2005): Injecting drug use, risk behaviour and risk environment in Hungary: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy*, 16, 5: 353–362.
115. Rác J. (2004): Kockázati magatartások elemzése injekciós droghasználókkal készült kvalitatív interjúk feldolgozása alapján. *Psychiatria Hungarica*, 9, 2.
116. Dole VP, Nyswander M, (1967): Heroin Addiction—A Metabolic Disease *Arch Intern Med.* 1967;120(1):19-24.

117. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 2000; 284(13): 1689–1695.
118. National Institutes of Health (NIH). Effective medical treatment of opiate addiction. NIH Consensus Statement. 1997b; 15(6): 1–38.
119. McLellan AT (2009): Mi a felépülés? A Betty Ford Institute konszenzusos paneldefiníciójának újratárgyalása. *Addiktológia (addictologia Hungarica)*, 8, 1: 115– 118.
120. Dole VP, Nyswander M. (1965): A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction:A Clinical Trial With Metadone Hydrochloride. *J. of the American Medical Association*, 193, 8: 80–84. 320
121. Peachey JE, Franklin T. (1985). Metadone Treatment of Opiate Dependence in Canada. *British Journal of Addiction*, 3. 291-299.
122. Van de Wijngaart GF. (1988): Metadone in the Netherlands: An Evaluation. *The International Journal of Addictions*, 9: 913–925.
123. D'anno T, Vaughn TE. (1992). Variations in Metadone Treatment Practices. Results From a National Study. *Jama*, 267. 2. 253-258.
124. Hall W, Ward J, Mattick RP. (1998b). The Effectiveness of Metadone Maintenance Treatment 1: Heroin Use and Crime. In: Ward J, Mattick RP, Hall W. (1998) (eds.) *Metadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers. 17-57.
125. WHO (2009): Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, Switzerland
126. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. (2009): Metadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
127. Gowing, L, Farrell M, Ali R and White JM (2004): Alpha2 adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. 323
128. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. (2003): Metadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3
129. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. (2008): Maintenance agonist treatments for opiate dependent pregnant women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
130. Amato L, Davoli M, A Perucci C, Ferri M, Faggiano F, Mattick RP (2005): An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies:

Available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28: 321–329.

131. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet, S. (2008a): Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 4
132. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet, S. (2008b): Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 4
133. Committee on the Prevention of HIV Infection among Injecting Drug Users in High-Risk Countries (2006): Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence. Institute of Medicine of National Academies.
134. NICE (2007): Metadone and buprenorphine for the management of opioid dependence, 2007 NICE technology appraisal guidance 114.
135. McCrady BS, Epstein EE (1999). (eds.) Addictions. A Comprehensive Guidebook. Oxford University Press, New York-Oxford
136. Simpson DD (1981). Treatment for Drug Abuse: Follow-Up Outcomes and Length of Time Spent. *Archives of General Psychiatry*, 38. 875-880.
137. Hubbard RL, Rachal JV, Craddock SG, Vavanaugh ER (1984). Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client Characteristics and Behaviors Before, During and After Treatment. In: Timms FM, Ludford JP. (eds.) Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress, and Prospects. NIDA Research Monograph, 51. 42-68.
138. Dole VP, Robinson JW, Orraca J, Towns E, Searcy P, Caine E. (1969). Metadone Treatment of Randomly Selected Criminal Addicts. *New England Journal of Medicine*, 280, 1372-1375.
139. Newman RG, Whitehill WB. (1979). Double-Blind Comparison of Metadone and Placebo Maintenance Treatment of Narcotic Addicts in Hong Kong. *Lancet*, September 8. 485-488.
140. Gunne LM, Grönbladh L. (1981). The Swedish Metadone Maintenance Program: A Controlled Study. *Dug and Alcohol Dependence*, 7. 249-256.
141. Vanichseni S, Wongsuwan B, the staff of the BMA Narcotics Clinic No. 6. – Choopanya, K. – Wogapanich, K. (1991). A Controlled Trial of Metadone Maintenance in a Population of Intravenous Drug Users in Bangkok: Implications for Prevention of HIV. *International Journal of the Addictions*, 26. 1313-1320.

142. Yancovitz SR, Des Jarlais DC, Peyser NP, Drew E, Friedman P, Trigg HL, Robinson JW. (1991). A Randomized trial of an Interim Metadone Maintenance Clinic. *American Journal of Public Health*, 81. 1185-1191. Strain EC, Stitzer ML, Bigelow GE. (1991). Early Treatment Time Course of Depressive Symptoms in Opiate Addicts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179. 215-221.
143. Strain EC, Stitzer ML, Bigelow GE. (1991). Early Treatment Time Course of Depressive Symptoms in Opiate Addicts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179. 215-221.
144. Hall W, Ward J, Mattick RP. (1998a). Introduction. In: Ward, J. – Mattick, R. P. – Hall, W. (eds.) *Metadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers. 1-14.
145. Bale RN, Stone WW, Van Kuldau JM, Engelsing TM, Elashoff RM, Zarcone VP (1980) Therapeutic Communities vs Metadon maintenance. A prospective Controlled Study of narcotic Addiction Treatment: Design and One –Year Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 37, 179-193.
146. McLellan AT, Luborsky L, O'brien CP, Woody GE, Druley KA. (1982). Is Treatment for Substance Abuse Effective? *Journal of the American Medical Association*, 247. 1423-1428.
147. Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client Characteristics and Behaviors Before, During and After Treatment. In: Timms FM, Ludford JP (eds.) *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress, and Prospects*. NIDA Research Monograph, 51. 42-68.
148. Gearing FR, Schweitzer M. (1974) An Epidemiologicka Evaluation of Long Term ethadon Maintenance Treatment for Heroin Addiction. *American Journal of Epidemiology*, 100.101-112,
149. Ball JC, Ross A. (1991). *The Effectiveness of Metadone Maintenance Treatment: Patients, Programs, Services, and Outcome*. Springer-Verlag, New York.
150. Bell J, Ward J, Mattick RP, Hay A, Chan J, Hall W. (1995). *An Evaluation of Private Metadone Clinics*. National Drug Strategy Report Series No. 4. Australian Government Publishing Service, Canberra, Australia.
151. General Accounting Office Study (1990). *Metadone Maintenance: Some Treatment Programs are Not Effective; Greater Federal Oversight Needed*. Report to the Chairman, Select Committee on Narcotics Abuse and Control, House of Representatives. General Accounting Office, Washington DC.
152. Newman RG, Des Jarlais DC. (1991): Criteria for judging metadone maintenance programs. *JAMA: the journal of the American Medical Association* 1991; 265(17):2190-1.

153. Senay EC. (1985): Metadone Maintenance Treatment. *The International Journal of Addictions*, 20, 6–7: 803–821.
154. Khantzian EJ, Treece C. (1985). Psychiatric Diagnosis of Narcotic Addicts. *Archives of General Psychiatry*, 42. 1067-1071.
155. Darke S. (1998). The Effectiveness of Metadone Maintenance Treatment 3 Moderators of Treatment Outcome. In: Ward J, Mattick RP, Hall W. (1998) (eds.) *Metadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers. 75-89.
156. Steer RA, Kotzker E. (1980). Affective Changes in Male and Female Metadone Patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 5. 115-122.
157. Rounsaville BJ, Weissman MM, Crits-Christoph K, Wilber C, Kleber HD. (1982). Diagnosis and Symptoms of Depression in Opiate Addicts. *Archives of General Psychiatry*, Feb. 151-156.
158. Strain EC, Stitzer ML, Liebson IA, Bigelow GE. (1993). Dose-Response Effects of Metadone in the Treatment of Opioid Dependence. *Annals of Internal Medicine*, 119. 23-37.
159. Magruder-Habib K, Hubbard RL, Ginzburg HM. (1992). Effects of Drug Misuse Treatment on Symptoms of Depression and Suicide. *International Journal of the Addictions*, 27. 1035-1065.
160. Dorus W, Senay EC. (1980). Depression, Demographic Dimension, and Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 137. 699-704.
161. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Druley KA. (1983). Predicting Response to Alcohol and Drug Treatments *Archives of General Psychiatry*, 40. 620-625.
162. Darke S, Swift W, Hall W, Ross M. (1994). Predictors of Injecting and Injecting Risk-Taking Behaviour Among Metadone Maintenance Clients. *Addiction*, 89. 331-336.
163. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. (1987). Twelve-Month Follow-Up of Psychotherapy for Opiate Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 144. 590-596.
164. Ward J, Mattick RP, Hall W. (eds.) *Metadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers. 1-14.
165. Ling W, Wesson DR, Charuvastra C, Klett J. (1996). A Controlled Trial Comparing Buprenorphine and Metadone Maintenance in Opioid Dependence. *Archives of General Psychiatry*, 53. 401-407.

166. Jaffe HF. (1990). Drug addiction and drug abuse, In Gilman, A.T- Rall, Th.W.-Nies, A.S – Taylor, P ( eds) *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, Pergamon Press, New York, 522-573.
167. Buning E, Versten A (2003) : Info for policymakers on the effectiveness of substitution treatment for opiate dependence), EuroMethwork
168. The UK Guidelines (1999). *Drug Misuse and Dependence Guidelines on Clinical Management*. Department of Health. The Scottish Office Department of Health. Welsh Office. Department of Health and Social Services, Northern Ireland. 1999.
169. Humeniuk R, Ali R, White J, Hall W, Farrell M. (2000). *Proceedings of The Expert Workshop On Induction and Stabilisation of Patients onto Metadone*. Monograph series no. 39. Adelaide, Australia
170. Taylor MA. (1999). *The Fundamentals of Clinical Neuropsychiatry*. Oxford University Press, New York-Oxford. 379-409.
171. Capelhorn J, Drummer OH. (1999). Mortality Associated with New South Wales Metadone Programmes in 1994: Lives Lost Live Saved. *Medical Journal of Australia*, 170, 104-109.
172. Gunne LM, Grönbladh L. (1989). Metadon –assisted Rehabilitacion of Swedish heroin addicts. *Drug and Alcohol dependence*, 24.31-37
173. McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. (1993). The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment. *JAMA*, 269. 15. 1953-1959
174. Seivewright N. (2000). *Community Treatment of Drug Misuse: More than Metadone*. Cambridge University Press. Cambridge.
175. Kakko, J., Gronbladh, L., Svanborg, K. D., von Wachenfeldt, J., Ruck, C., Rawlings, B., et al. (2007). A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional methadone maintenance in heroin dependence: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 164(5), 797-803.
176. Law, F. D., Myles, J. S., Daghlish, M. R. C., & Nutt, D. J. (2004). The clinical use of buprenorphine in opiate addiction: evidence and practice. *Acta Neuropsychiatrica*, 16(5), 246-274.
177. Whitley, S. D., Kunins, H. V., Arnsten, J. H., & Gourevitch, M. N. (2007). Colocating buprenorphine with methadone maintenance and outpatient chemical dependency services. *J Subst Abuse Treat*, 33(1), 85-90.
178. Amass, L., Ling, W., Freese, T. E., Reiber, C., Annon, J. J., Cohen, A. J., et al. (2004). Bringing buprenorphine-naloxone detoxification to community treatment

- providers: the NIDA Clinical Trials Network field experience. *Am J Addict*, 13 Suppl 1, S42-66.
179. Kleber, H. D. (2007). Pharmacologic treatments for opioid dependence: detoxification and maintenance options. *Dialogues Clin Neurosci*, 9(4), 455-470.
  180. Orman, J. S., & Keating, G. M. (2009a). Buprenorphine/naloxone: a review of its use in the treatment of opioid dependence. *Drugs*, 69(5), 577-607.
  181. Orman, J. S., & Keating, G. M. (2009b). Spotlight on buprenorphine/naloxone in the treatment of opioid dependence. *CNS Drugs*, 23(10), 899-902.
  182. Mammen, K., & Bell, J. (2009). The clinical efficacy and abuse potential of combination buprenorphine-naloxone in the treatment of opioid dependence. *Expert Opin Pharmacother*, 10(15), 2537-2544.
  183. Johnson, R. E., & McCagh, J. C. (2000). Buprenorphine and naloxone for heroin dependence. *Curr Psychiatry Rep*, 2(6), 519-526.
  184. Van den Brink, W., & Haasen, C. (2006). Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients. *Can J Psychiatry*, 51(10), 635-646.
  185. Spielberger CD. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research*. Academic Press, New York.
  186. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto.
  187. Sipos, K., Sipos, M., Spielberger, C. D. (1988). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In Mérei, F., Szakács, F. (szerk.), *Pszichodiagnosztikai Vademecum I/2. rész*. Tankönyvkiadó, Budapest. 123-135.
  188. Radloff LS. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1. 3. 385-401.
  189. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49. 1. 71-75.
  190. Pavot, W., Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment* 5(2): 164–172
  191. Pavot W., Diener E., Colvin C. R., Sandvik E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1): 149–161.
  192. Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St. Louis.

193. Rózsa, S., Kállai, J., Osváth, A., Bánki, M. C. (2005). *Temperamentum és karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle temperamentum és karakter kérdőív felhasználói kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
194. McLellan A. T., Luborsky L., O'Brien C. P., Woody G. E. (1980): An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients - The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
195. McLellan T. A., Kushner H., Metzger D., Peters R., Smith I., Grissom, Pettinati H., Argeriou M. (1992): The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9:199-213.
196. McGahan P., Griffith J., McLellan A. T. (1982): Composite scores for the Addiction Severity Index. University of Pennsylvania, Philadelphia
197. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatry*, 4: 561–571.
198. Ágoston, G., Szili, I. (2001). Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In: Füredi, J., Németh, A., Tariska, P. (szerk): *A pszichiátria magyar kézikönyve*, Medicina, Budapest.
199. Rózsa, S., Szádóczky, E., & Füredi, J. (2001). A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 379-397.
200. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23: 56-62.
201. Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4): 278-296.
202. Perczel Forintos, D., Kiss, Z., Ajtay, Gy. (szerk.). (2005). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest.
203. Rózsa, S., Szádóczky, E., Schmidt, V., Füredi, J. (2003). A Hamilton Depresszió Skála pszichometriai jellemzői depressziós betegek körében. *Psychiatria Hungarica*, 18(4): 4251–4262.
204. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1): 50-55.
205. Kopp, M., Fóris, N. (1993). *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Végeken Sorozat, Budapest.
206. Tiffany, S. T., Fields, L., Singleton, E., Haertzen, C., Henningfield, J. E. (1995). The development of a heroin craving questionnaire. Manuscript in preparation.



207. Schuster, C. R., Greenwald, M. K., Johanson, C. E., Heishman, S. J. (1995). Measurement of drug craving during naloxone-precipitated withdrawal in methadone-maintained volunteers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3(4): 424-431.
208. Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183-190.
209. Susánszky, É., Konkoly-Thege, B., Stauder, A., Kopp, M. (2006): A WHO Jólét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a HUNGAROSTUDY 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7 (3): 247-255.
210. Sells SB, Simpson D. (1980). The Case of Drug Abuse Treatment Effectiveness, Based on the DARP Research Program. *British Journal of Addiction*, 75. 117-131.
211. Simpson DD, Joe GW, Lehman WEK. (1986). Addiction Careers: Summary of Studies Based on the DARP 12-Years Followup. National Institute on Drug Abuse Treatment Research Report.
212. Simpson DD, Joe GW, Bracy SA. (1982). Six-Year Follow-Up of Opioid Addicts After Admission to Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 39. 1318-1323.
213. Bozsonyi, K., Horváth, G. Cs. (2010b). Az intravénás szerhasználat prevalenciájának becslése Magyarországon, 2008-2009.

## **13 SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE**

### **13.1 Disszertációhoz kapcsolódó publikációk**

1. Demetrovics Z, Farkas J, Csorba J, Németh A, Mervó B, Szemelyácz J, Fleischmann E, Kassai-Farkas Á, Petke ZS, Oroján T, Rózsa S, Rigó P, Funk S, Kapitány M, Kollár A, Rácz J. Early experiences with Suboxone maintenance therapy in Hungary. *Neuropsychopharmacologia Hungarica* 11:(4) pp. 249-257. (2009)
2. Petke Z, Csorba J, Mészáros J, Vingender I, Farkas J, Demetrovics Z, Balázs H, Hoffmann K, Kovács Z, Menczel Z, Pataki Z, Simor P, Havasi A, Melles K, Márványkövi F, Rácz J. Kezelésben maradásra ható tényezők vizsgálata metadon-és buprenorphine/naloxone terápiában részesülő opiátfüggőknél. *ADDIKTOLÓGIA - ADDICTOLOGIA HUNGARICA* 10:(1) pp. 5-31. (2011)
3. Petke Z, Mészáros J, Vingender I, Demetrovics Z, Farkas J, Kovács Z, Menczel Z, Havasi A, Simor P, Rácz J. Early dropout after one month of Buprenorphine/Naloxone maintenance therapy. *NEW MEDICINE* 15:(2) pp. 72-75. (2011)
4. Rácz J, Melles K, Márványkövi F, Lencse M, Petke Z, Communicating the principle of "treatment instead of punishment" in Hungary on the basis of an examination of the patients at a drug outpatient clinic. *DRUGS-EDUCATION PREVENTION AND POLICY* 18:(3) pp. 207-218. Paper doi:10.3109/09687637.2010.507558. p. 11 (2011)

### **13.2 Disszertáció témájához nem kapcsolódó publikációk**

5. Kovács Z, Pigniczkiné Rigó A, Szabó É, Sebestyén Á, Hoyer M, Fülöp E, Garamvölgyi N, Török IA, Petke Zs. The prevalence of depression and anxiety in patients with malignant breast tumour. *NEW MEDICINE* 15:(2) pp. 61-66. (2011)
6. Simor P, Köteles F, Sándor P, Petke Z, Bódizs R. Mindfulness and dream quality: The inverse relationship between mindfulness and negative dream affect. *SCANDINAVIAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY* 52:(4) pp. 369-375. (2011)

## 14 ÁBRAJEGYZÉK

<b>2-1. ábra:</b> Országos és országosnál kisebb vizsgálatokból származó becslések a HIV előfordulásáról az intravénáskábítószer-használók körében, 2004/05 .....	10
<b>2-2. ábra:</b> A HCV-antitestek előfordulása az intravénás kábítószer-használók körében (%) .....	11
<b>2-3. ábra:</b> Az opioidok jelenlétét mutató, kábítószerrel összefüggő akut halálesetek aránya.....	12
<b>2-4. ábra:</b> A tiltott szerek életprevalencia értékeinek változása 2001 és 2007 között a 18-53 éves populáció körében (%) .....	21
<b>2-5. ábra:</b> A tiltott és legális szerek életprevalencia értéke a 16 évesek között 1995-2007 .....	22
<b>2-6. ábra:</b> Becslések a problémás opioidhasználat éves prevalenciájáról az EU néhány tagállamában és néhány EU-n kívüli államban (a 15–64 éves népességben).....	23
<b>2-7. ábra:</b> Az elsődleges kábítószer, amely miatt a kliens kezelést kér, az összes kezelési igény (%) 21 EU-tagállam adatai alapján (1999–2005) .....	24
<b>2-8. ábra:</b> A használati mintákban észlelt tendenciák a kezelőszolgálatoknál 1999 és 2005 között. Az elsődleges kábítószer, amely miatt a kliens kezelést kér, az összes kezelési igény százalékában .....	31
<b>2-9. ábra:</b> Kezelt betegek száma az illegális szer típusa szerint.....	34
<b>2-10. ábra:</b> Metadon (met.) és buprenorfin-naloxon (b.n.) kezelésben résztvevők száma (fő), kezelőhelyek szerinti bontásban 2008-ban (N=802) .....	40
<b>7-1. ábra:</b> HCQ – vágyakozás a heroin után .....	88
<b>7-2. ábra:</b> HCQ – heroinhasználat szándéka és tervezése .....	88
<b>7-3. ábra:</b> HCQ – kellemes hatás elvárása.....	88
<b>7-4. ábra:</b> HCQ- megvonás enyhülése.....	88
<b>7-5. ábra:</b> HCQ – használat feletti kontroll hiánya.....	88

## 15 TÁBLÁZATJEGYZÉK

<b>2-1. táblázat:</b> A KÖKK nagysága fő funkciócsoportok szerint .....	18
<b>2-2. táblázat:</b> A kábítószer-politika időbeli alakulása a kiadási szerkezet tükrében .....	19
<b>3-1. táblázat:</b> Metadonnal kezelt minta vizsgált pszichológiai jellemzői .....	58
<b>5-1. táblázat:</b> B/N-nal kezelt minta megoszlása kezelőhelyek szerint .....	68
<b>6-1. táblázat:</b> B/N-nal kezelt minta vizsgált szomatikus paraméterei .....	73
<b>6-2. táblázat:</b> B/N-nal kezelt minta vizsgált pszichológiai jellemzői.....	74
<b>6-3. táblázat:</b> Pszichés konstruktumok mérésére alkalmazott eszközök ekvivalenciái	75
<b>6-4. táblázat:</b> Metadon Kezelési Interjú és Addikció Súlyossági Index ekvivalenciái .	76
<b>7-1. táblázat:</b> A használt kérőívek reliabilitásának bemutatása .....	79
<b>7-2. táblázat:</b> A két minta szociodemográfiai adatai.....	80
<b>7-3. táblázat:</b> kezelésben maradás aránya a két vizsgálati csoportban.....	82
<b>7-4. táblázat:</b> Depresszió változása a két mintában.....	83
<b>7-5. táblázat:</b> Szorongás változása a két mintában.....	84
<b>7-6. táblázat:</b> Pszichés jól-lét változása a két mintában .....	85
<b>7-7. táblázat:</b> Elvonási tünetek csökkenése a metadonnal kezelt mintában.....	86
<b>7-8. táblázat:</b> elvonási tünetek változása a B/N-nal kezelt mintában.....	87
<b>7-9. táblázat:</b> Egészségi állapot / testi tünetek változása a két mintában.....	90
<b>7-10. táblázat:</b> Munkával kapcsolatos problémák változása a két mintában .....	91
<b>7-11. táblázat:</b> Jogi helyzet változása a két mintában .....	92
<b>7-12. táblázat:</b> Családi problémák változása a két mintában .....	93
<b>7-13. táblázat:</b> Személyiségtényezők kezelésben maradást befolyásoló hatása .....	94
<b>7-14. táblázat:</b> Egyéb pszichés tényezők kezelésben maradást befolyásoló hatása .....	95