

*Dr. Balogh Sándor PhD – Dr. Hargitai Réka*

## A HÁZIORVOS LEHETŐSÉGEI KÁBITÓSZER-HASZNÁLÓK LESZOKTATÁSÁBAN ÉS GONDOZÁSÁBAN

Országos Alapellátási Intézet

### I. Háttér

A kábítószer-jelenség világszerte az egyik fő aggodalomra okot adó kérdés, a társadalom biztonságára és az egyének egészségére egyaránt jelentős veszélyt jelent. Az EU-ban mintegy 2 millió problémás kábítószer-használó van. A kábítószeresek használata, különösen a fiatalok körében, soha nem látott magas szintet ért el, és a helyzetet csak súlyosbítja a HIV/AIDS elterjedtségének növekedése a kábítószer-használók körében (1). Ugyanakkor nem lehet kétségünk afelől sem, hogy a drogok illegális használata és az ezzel együtt járó egyéni és társadalmi károk Magyarországon is komoly problémájává váltak. A hazai statisztikai eredmények szerint folyamatosan emelkedik a kábítószereseket kipróbálók, a drogfogyasztók, a drogfüggők, a droghasználattal összefüggésben fertőző betegségeket hordozók száma, de nő a kábítószeresekkel kapcsolatos bűncselekmények aránya, illetve a szervezett bűnözés aktivitása (2).

Mindezek alapján kérdésként merül fel, hogy lehet-e az alapellátásnak egyáltalán szerepe a probléma megoldásában, és ha igen, akkor milyen módon tud eredményesen hozzájárulni a szakellátás munkájához. A cikk ezekre a kérdésekre keresi a választ.

### II. Nemzetközi és hazai egészségpolitikai trendek

Az EU jelenlegi kábítószerhelyzetét a Kábítószer és a Kábítószerfüggőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) és az Europol éves jelentései ismertetik. Ezek alapján a kábítószeresekkel kapcsolatos egészségkárosodások előfordulása és a kábítószeresekkel kapcsolatos halálozások száma stabilizálódott, sőt csökkent, mely a korábbi drogstratégiák eredményének tudható be, mindazonáltal nem lehet arra következtetni, hogy jelentős visszaesés következett volna be a kábítószer-használat elterjedtségében.

Az EU jelenlegi drogstratégiája (2005–2012) a kábítószer-problémát különböző szemszögekből vizsgálja (3), és a kábítószeresekkel kapcsolatban a Tanács az alábbi két általános célt határozza meg:

- „az EU célja a magas szintű egészségvédelem, jólét és társadalmi kohézió eléréséhez való hozzájárulás a tagállamok fellépésének kiegészítése révén a kábítószer-használat, a kábítószer-függőség, valamint a kábítószerrel kapcsolatos egészség- és társadalmi ártalmak megelőzése és csökkentése terén,
- az EU és tagállamai célja a magas szintű biztonság nyújtása a lakosság számára a kábítószeresek előállítására, a határokon átnyúló kábítószer-kereskedelem és a prekursorok eltérítése elleni fellépés, valamint a kábítószeresekkel kapcsolatos bűncselekményekkel szembeni megelőző tevékenység fokozása révén, a közös megközelítésbe ágyazott hatékony együttműködés segítségével.”

A kábítószer-problémát illetően az Unió megközelítésének alapja a kereslet és a kínálat együttes csökkentésére vonatkozó egységes, multidiszciplináris és kiegyensúlyozott megközelítés. A kínálatcsökkentés a bűnüldözés feladata, míg a keresletcsökkentés terén – azaz a fogyasztók számának csökkentésében – az egészségügyi ellátórendszer is szerepet kap.

A keresletcsökkentés területén az alábbi prioritások kerültek a dokumentumban meghatározásra:

1. A **megelőzési programokhoz való hozzájárulásnak** és a programok hatékonyságának javítása (a kezdeti hatástól a hosszú távú fenntarthatóságig), valamint a pszichoaktív anyagok használata és az azokkal kapcsolatos következmények kockázatainak fokozott tudatosítása. E célból a megelőző intézkedéseknek ki kell terjedniük a korai kockázati tényezőkre, a felderítésre, a célzott megelőzésre és a családi/közösségi alapú megelőzésre.
2. A **korai intervenció programok** (intézkedések) elérhetőségének javítása, különösen a pszichoaktív anyagokat kísérleti jelleggel használó fiatalok számára.
3. A **célzott és szakosított kezelési programok elérhetőségének javítása**, beleértve az egységes pszichoszociális és gyógyszeres gondozást. A kezelési programok hatékonyságát folyamatosan értékelni kell. A pszichoaktív anyagok használatából eredő

egészségügyi problémák kezelésének az egészségpolitika szerves részévé kell válnia.

4. A HIV/AIDS, hepatitisz, egyéb fertőzések és betegségek, valamint a **kábítószerrel kapcsolatos egészségügyi és társadalmi károk megelőzésével** és kezelésével foglalkozó szolgáltatások elérhetőségének javítása.

Az EU kábítószer-ellenes cselekvési tervéből (2005–2008), mely a fent hivatkozott drogstratégia operatív elemeit tartalmazza, az alapellátás szempontjából az alábbi két célkitűzés érdemes kiemelésre:

„11. célkitűzés: A célzott és szakosított kezelési és rehabilitációs programok rendelkezésre állásának, illetve az ezekhez hozzáférés biztosítása

1. intézkedés: Számos pszichoszociális és gyógyszeres megközelítést magában foglaló, a kezelési igényeknek megfelelő, bizonyíték alapú kezelés biztosítása.

....

15. célkitűzés: Az ártalmakat csökkentő szolgáltatások rendelkezésre állása és az azokhoz való hozzáférés.

Intézkedés: A kábítószerfüggők számára a hozzáférés javítása a károsodás csökkentésére kidolgozott valamennyi vonatkozó szolgáltatáshoz és kezelési lehetőséghez, kellő tekintettel a nemzeti jogszabályokra.” (1)

Az EU drogstratégiája keretervnek tekinthető, melyhez a tagállamok stratégiai illeszkednek. Így a hazai feladatokat a Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására (2000–2009) határozza meg (2). Ennek alapján a droggélethez kapcsolódó egészségügyi ellátás tervezésénél számításba kell venni az **alapelletást**. Várható ugyanis, hogy az illegitim droghasználók és családtagjaik egy része – részben a specializált ellátás hiányosságai miatt, részben pedig a házi orvos „közelsége” miatt – a házi orvost fogja problémáival felkeresni. A házi orvos a probléma korai felismerésében, általános orvosi szolgáltatásban, specializált intézményi beutalásban tud közreműködni, valamint fontos szerepe lehet a családok drogmegelőzésében és a drogproblémák korai családi felismerésében és hatékony kezelésében. Ezért jelentősége kiemelkedő. A házi orvosi ellátás addiktológiai-szakmai megerősítése a kezelés eredményességét és hatékonyságát alapvetően és pozitívan befolyásolja.

### III. A drogprobléma orvosi megközelítése

**Opioid intoxikáció** akkor kezdődik, amikor exogén opioidok kerülnek a keringésbe orális vagy intranasalis adás vagy parenteralis injekció során. Ezek az agyba szállítódnak, ahol a  $\mu$  opioid receptorokhoz, a morfin, metadon, fentanyl, heroin és egyéb szerek elsődleges célpontjaihoz kötődnek (4). Akár természetes, akár mesterséges módon történik opioid indukció, a recep-

torokhoz való kötődés stimulálja a dopamin-fel szabadulást a nucleus accumbensben, az agy motivációval és jutalmazással kapcsolatos területén. A túlzott mennyiségű opioidot használó személynél a fokozott dopaminaktivitás a nucleus accumbensben kezdetben eufóriát és egyéb kellemes, az opioid intoxikációra jellemző érzéseket okoz (4, 5).

Azonban az ismételt, exogén opioidok által mesterségesen indukált stimuláció a  $\mu$  receptorok deszenzitizálódásához vezet. Így nagyobb opioid dózis szükséges a receptorok stimulálásához, hogy az intoxikációs hatások kiváltásához elegendő dopamin szabaduljon fel. A **tolerancia** tehát biológiai jelenség, amelynek során csökken a szerre adott válasz az ismételt adás során. A tolerancia akkor alakul ki, ha egyre nagyobb és nagyobb dózisok szükségesek ugyanannak a hatásnak a kiváltásához, amit kezdetben alacsonyabb dózis is kiváltott (6). Bizonyos gyógyszerhatásokkal szemben gyorsabban alakul ki tolerancia, mint másokkal szemben. Például a heroinhasználóknál **gyorsan kialakul az opioid euforizáló hatásával szembeni tolerancia**. Azonban a heroin emésztőrendszeri motilitásra, **légzésdepresszióra, és vérnyomásra kifejtett hatásaival szembeni tolerancia sokkal lassabban alakul ki**. Így lehet tehát fatális a heroin-túladagolás: a heroinhasználó nagyon nagy dózist adhat be magának, ami azonban a tolerancia miatt nem okoz eufóriát, de végzetes légzésdepresszióval járhat (6).

Az **opioid függőség** a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders negyedik kiadásának (DSM-IV) definíciója szerint olyan rosszul adaptált szerhasználati minta, amely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy distresszhez vezet (7). Ennek kimondásához a következő kritériumok közül legalább 3 szükséges, 12 hónapos perióduson belül bármikor:

- tolerancia: jelentősen nő a kívánt hatás eléréséhez szükséges szer mennyisége, vagy jelentősen csökken ugyanazon mennyiségű szer hatásának ideje a folyamatos használat során;
- elvonás: jellemezhető az anyaggal kapcsolatos elvonási tünetekben, vagy az elvonási tünetek enyhülésének megnyilvánulásában opioid adását követően;
- a szer használata a tervezettnél nagyobb mennyiségben vagy hosszabb ideig történik;
- a szerhasználat csökkentésére vagy kontrollálására irányuló sikertelen kísérletek;
- jelentős időráfordítás a drog megszerzésére, elfogyasztására;
- a fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek megszűnnek vagy csökkennek a szerhasználat miatt.

A fizikai dependencia „olyan adaptációs állapot, amely gyógyszerosztály-specifikus megvonási szindróma formájában manifesztálódik, ami kiváltható hirtelen leállítással, gyors dóziscsökkentéssel, a szer vérszintjének csökkentésével, és/vagy antagonistá adásával” [AAPM 2001] (8). A fizikai dependenciát ugyanakkor nem

szabad összekeverni a szerfüggőséggel, amely terápiás szerhasználat esetén is kialakulhat. Ezért a DSM-IV megkívánja, hogy a klinikus minden diagnosztikus értékeléskor pontosan határozza meg, hogy a szerfüggőség (tolerancia vagy megvonás jeleiben manifesztálódó) pszichés vagy fizikai függőséggel jár-e (7).

Az emelkedő dózisok krónikus használata felerősíti a fizikai függőséget, és úgy változtatja meg az agy működését, hogy az megközelítőleg normálisan működik opioidok jelenlétében, és kórosan, ha az opioidok nincsenek jelen (4). A fizikai függőség legfontosabb jellemzője az opioid specifikus megvonási tünetek jelentkezése, melynek oka az opioid szintek csökkenése először a vérben, majd ezt követően a központi idegrendszerben.

Az opioid megvonás kellemetlen és lehangoló. Az opioid megvonás tünetei közé tartoznak az ásítás, izzadás, könnyezés, rhinorrhea, szorongás, nyugtalanság, álmatlanság, pupilla tágulat, piloerectio, hidegrázás, tachycardia, hypertensio, hányinger/hányás, hasi görcsök, hasmenés, és izomfájdalmak (9). Mivel a megvonási tünetek nagyon kellemetlenek, a beteg még több opioidot próbál szerezni, hogy jobban érezze magát. Ezt a droghasználat magatartást hívják **addikciónak**.

#### IV. Alapelvek a drogfüggőség kezelésében

A drogfüggőség kezelésének alapelveit széles körben értékelték. A **pszichoszociális** és a **gyógyszeres** terápia képezik a kezelés két fő oszlopát, és ezeket gyakran kombinálják a legjobb eredmény elérése érdekében. A pszichoszociális kezelés az egyéni és csoportterápiák és tanácsadások különböző formáit foglalja magába, amelyek célja, hogy a beteget segítse a gyógyszeres kezelés végig vitelében, valamint olyan viselkedési mintákat biztosítson, amelyek segítenek megőrizni az absztinenciát.

A drogfüggőség kezelésének alapelvei az alábbiakban foglalhatók össze (10):

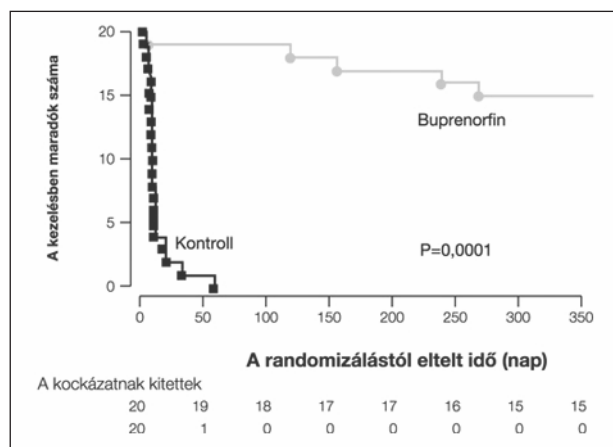
- A kezelésnek **hozzáférhetőnek** és **elérhetőnek** kell lennie.
- A kezelési intervenciókat, intézkedéseket és szolgáltatásokat a beteg sajátos igényeihez kell igazítani.
- A kezelésnek a droghasználattal kapcsolatos egyéb problémákkal, például az **egyéb orvosi, szociális, pszichológiai és jogi problémákkal is foglalkozni kell**.
- A kezelés alatt a betegnek egyéb szolgáltatásokra, például orvosi kezelésre, jogi, szociális és szakmai rehabilitációs szolgáltatásokra is szüksége lehet.
- A kezelésnek megfelelő ideig kell tartania. A legtöbb betegnél **körülbelül 3 hónapos kezelés kell a szignifikáns javuláshoz** vagy fejlődéshez. Gondoskodni kell arról, hogy a beteg a kezelésben maradjon, és ne hagyja azt idő előtt abba.

- A **viselkedési/tanácsadási terápia** a kezelési folyamat kritikus részét képezik.
- A **gyógyszeres kezelés**, különösen a pszichoszociális kezeléssel kombinációban, segít az opioid drogfüggőknek stabilizálni az életüket és csökkenteni a droghasználatot.
- Egyidejű mentális zavar esetén a betegnek a fennálló betegségekre is kezelést kell kapnia.
- Az orvosi méregtelenítést bizonyos fajta **fenntartó vagy stabilizációs kezelésnek** kell követnie, hogy a hosszú távú szerhasználat megváltozzon.
- A kezelésnek **nem kell önkéntesnek lenni ahhoz, hogy hatékony legyen**. A (munkaadó vagy az igazságügyi rendszer által) kötelezővé tett kezelés javíthatja a kezelésbe kerülési, a bennmaradási és a sikerességi arányt.
- A betegeknél **a kezelés alatt monitorozni kell a droghasználat folytatását**. A drogmentes vizeletminták ösztönzésével a compliance növelhető.
- A kezelési programoknak az egyidejű infekciók, így a HIV vagy hepatitis C kezelését is tartalmaznia kell.

#### V. Korszerű és biztonságos gyógyszeres terápia

A drogfüggőség esetén a gyógyszeres terápia ún. szubsztitúciós kezelést jelent a gyakorlatban, melynek során az opioidok fokozatos elvonása történik a szervezetből. Így megelőzhető vagy legalábbis számottevően csökkenthető a megvonási tünetek kialakulása, és ezzel javul a leszoktatási programban részt vevők részéről a compliance is. Az 1. ábra buprenorfin és placebo csoportok esetében mutatja a beteg-compliance-t: 1 év után a buprenorfin csoport 75%-a követte a protokollt, míg a placebo csoportból egyetlen beteg sem (11).

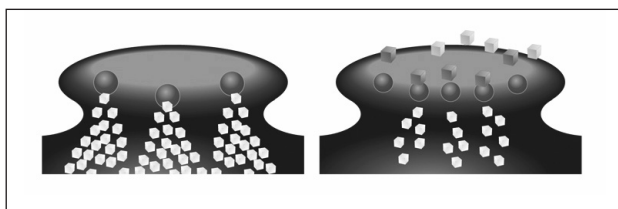
1. ábra A vizsgálat lefolyása során kezelésben maradó betegek Kaplan-Meier görbéje (Kakko 2003)



A szubsztitúciós terápiában a buprenorfin egyre elterjedtebb hatóanyag. A buprenorfin ugyanis kevert agonista-antagonista, mivel parciális aktivitása van a  $\mu$ -receptoron, és antagonistája hatása a kappareceptoron.

Míg a receptor teljes agonista (pl. heroin vagy metadon) általi aktiválása maximális dopamin felszabadulást okoz, a buprenorfin ugyanazt a receptort kisebb mértékben aktiválja, ami alacsonyabb dopamin-felszabadulást eredményez. Ráadásul a buprenorfin nagyon erősen kötődik a  $\mu$ -receptorhoz, ami lehetővé teszi, hogy a buprenorfin kiszorítsa a legtöbb egyéb opioidot, amely a receptorhoz kötődhet (2. ábra). A bal oldali illusztráció a heroin jellegzetes hatását mutatja, míg jobbra a parciális agonista buprenorfin hatása látható. A dopamin-felszabadulás annak ellenére csökken, hogy erősebben kötődik a  $\mu$ -receptorhoz. (piros=receptor, sárga=teljes agonista; zöld=buprenorfin; fehér=dopamim)

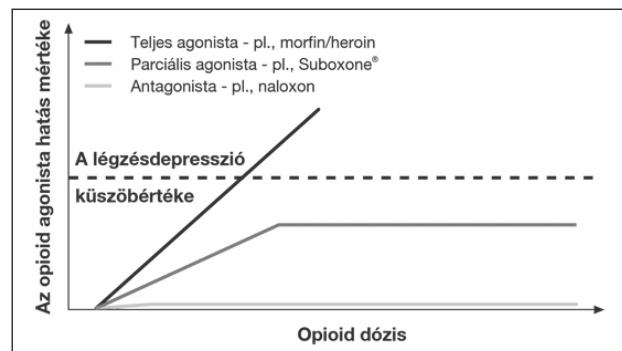
2. ábra A tiszta és parciális agonisták hatása



A két vegyület kötődési affinitásától függően, a parciális agonista antagonistaként viselkedhet egy teljes agonista jelenlétében. Parciális opioid agonistaként a buprenorfin szubjektív megerősítő hatást biztosít, amit az opioid függők gyakran „normálisan érzi magát” kifejezéssel írnak le. Heroin vagy más tiszta agonista jelenlétében a buprenorfin nagy kötődési affinitása miatt kiszorítja a  $\mu$ -receptoron lévő agonistát, ami kisebb mértékű receptoraktivációt eredményez. Ez összességében a dopamin-felszabadulás és az agonista hatás csökkenését eredményezi, amit a beteg megvonásként élhet meg (12). A buprenorfin dóziszfüggő agonista hatása maximumot ér el, eltérően a heroin és más tiszta opioid agonisták által okozott hatástól, és nem nő tovább a gyógyszer adagjának növelésével. Ezt a jelenséget „plafoneffektusnak” hívják (13).

A plafoneffektus egyik következménye, hogy a buprenorfin-túladagolás kisebb valószínűséggel okoz fatális légzésdepressziót, mint egy tiszta  $\mu$  opioid agonista túladagolása. A 3. ábra (átvéve: Law 2004) a „plafoneffektust” szemlélteti buprenorfin-naloxon kombinált

3. ábra A légzésdepresszió valószínűsége az opioid receptoraktivitás alapján



kezelés esetén, melynek következtében kisebb a légzésdepresszió valószínűsége (14).

**Naloxont és buprenorfin** is tartalmazó kombinációs készítmény a Suboxone, a buprenorfinnal injekció formájában történő visszaélés megakadályozása céljából kifejlesztésre. A naloxon ugyanis tiszta antagonistája a  $\mu$  opioid receptoron, és alig van farmakológiai hatása sublingualis vagy orális alkalmazás esetén, mely a gyenge sublingualis felszívódásnak és a nagyfokú first-pass metabolizmus következménye. Azonban parenteralis alkalmazás esetén az opioid-dependens betegeknél a naloxon kiváltja az opioid megvonás tüneteit, ami kellemetlen és dysphoriát okoz (15).

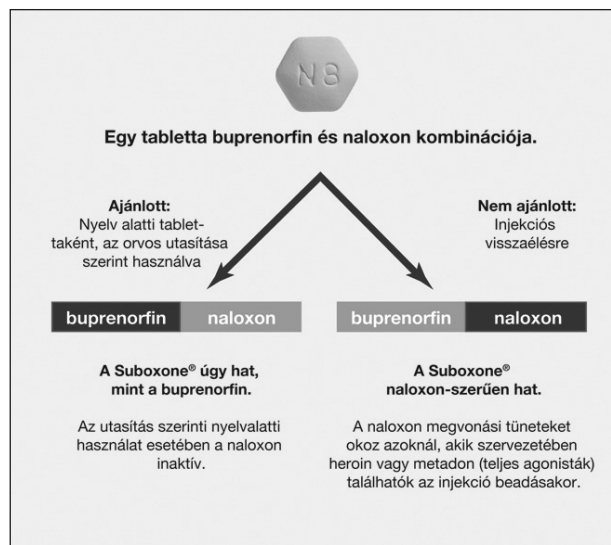
A naloxon hozzáadása tehát megakadályozza, hogy intravénás alkalmazás során buprenorfin-kiváltotta eufóriát éljenek meg. A naloxon ugyanakkor nem befolyásolja a buprenorfin farmakokinetikáját, és orális adást követően alig mutatható ki a plazmában.

A naloxonnal történő kombináció jelentőségét a „diverzió” adja, mely a buprenorfin illegális piacra kerülését jelenti a betegen vagy olyan személyen keresztül, aki a gyógyszert betegtől vagy gyógyszerárból lopta. A diverzió új, elsődleges abúzus szerként buprenorfin használó addiktok kialakulásához vezethet, egyéb szubsztitúcióra használt szerekéhez hasonlóan.

Mivel a kombinációs tablettában lévő naloxon hirtelen megvonást válthat ki a heroin, metadon vagy egyéb tiszta agonista dependens személyeknél, a buprenorfin-naloxon kombináció intravénás használatra történő diverziója kevésbé valószínű.

Egy helsinki túszerelő programban végzett felmérésben a buprenorfin volt a leggyakrabban használt iv. drog a válaszadók 73%-nál. Több mint 75% használt korábban iv. buprenorfin az addikció vagy megvonás önkezelésére. Sokan megpróbálták visszaélni a buprenorfin-naloxon kombinációval is injekcióban történő alkalmazás formájában, de az ezt beismerők 80%-nál kellemetlen megvonási tüneteket okozott (16).

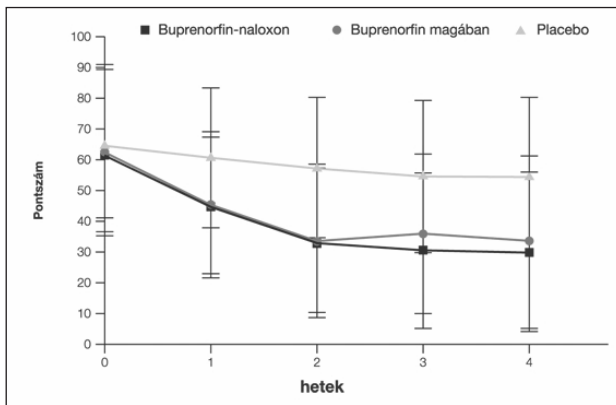
4. ábra



A buprenorfin-naloxon klinikai biztonságossága és hatásszassága ugyanolyan, mint a buprenorfiné, melyet számos vizsgálatokban igazoltak. Fudala és munkatársai (17) két-fázisú multicentrikus vizsgálatot végezett, amelyben 326 betegnél értékelték a Suboxone hatásosságát és biztonságosságát rendelői körülmények között. Az első fázisban a betegek véletlenszerűen kerültek a három csoport valamelyikébe, ahol kettős-vak, kettős-néma módon Suboxone-t (buprenorfin 16 mg és naloxon 4 mg), buprenorfint (16 mg) vagy placebót kaptak naponta, négy héten át. A betegeknek naponta vissza kellett menni a klinikára, és egyórás egyéni tanácsadást kaptak minden héten. Ezt egy 48-hetes, nyílt, biztonsági fázis követte, amely során a betegek 10 napos buprenorfin-naloxon dózist (max. 24 mg/6 mg buprenorfin/naloxon naponta) kaptak meg egyszerre. Általánosságban, az első fázis során az opioidra negatív vizeletminták százalékos aránya szignifikánsan nagyobb volt a buprenorfint kapó két csoportban a placebohoz viszonyítva, 17,8% a buprenorfin-naloxont, 20,7% a buprenorfint önmagában kapó és 5,8% a placebo csoportban ( $P < 0,001$ ).

A buprenorfint kapó betegeknél szignifikánsan kevésbé jelentkezett az opioidok utáni vágy a placebót kapókkal összehasonlítva. Az 5. ábra szemlélteti, hogy az opiát utáni vágy átlagos pontszámai a 4 hét mindegyikén jelentősen alacsonyabbak voltak a kombinált kezelést és a buprenorfint kapó csoportban, mint a placebo-csoportban ( $P < 0,001$  mindkét összehasonlítás esetén minden héten).

5. ábra Az opiát utáni vágy átlagos pontszámai



A buprenorfin-naloxon használatát az alapellátásban Fiellin és munkatársai (18) vizsgálták. Mivel világosan igazolt, hogy a tanácsadás javíthatja a gyógyszereléssel önmagában elért eredményeket, három különböző kezelési mód kimeneteli eredményeit hasonlították össze 166 opioid-dependens beteg esetében, akik teljesítették a buprenorfin-naloxon kezelés indukciós szakaszát. A betegek véletlenszerűen a következő csoportok valamelyikébe kerültek:

- Standard orvosi ellátás és heti egyszeri gyógyszerkiadás, a beteg a buprenorfin-naloxon kombinációt a hét 6 napján otthon veszi be;

- Standard orvosi ellátás és heti háromszori gyógyszerkiadás, a beteg a buprenorfin-naloxon kombinációt hetenként 4, de legfeljebb 2 egymást követő napon, otthon veszi be;
- Fokozott orvosi ellátás és heti háromszori gyógyszerkiadás.

Az alkalmazás időtartama mind a három csoportban 24 hét volt. A standard ellátás heti egyszeri 20 perces tanácsadásból állt, amit olyan **alapellátásban dolgozó nővér** végzett, akinek nem volt korábbi tapasztalata az addikciók kezelésében, és kézikönyvben kapott információkat használt fel. A fokozott orvosi ellátás hasonló, de 45 perces tanácsadásból állt, és a beteg havonta találkozott orvossal körülbelül 20 percet.

A kezelés sikere hasonló volt azoknál a betegeknél, akik hetente egyszer, és akik hetente háromszor kaptak gyógyszert. A betegek által jelentett opioid használat a kiindulási 5,3 napról átlagosan 0,4-re csökkent a fenntartó szakaszban. A vizeletminták körülbelül 40%-a volt opioid-negatív és a betegek körülbelül 43%-a minden csoportban a vizsgálatban maradt 24 hét után.

A vizsgálat kimutatta, hogy a megfelelő orvosi ellátás és a heti egyszeri Suboxone kiadás elegendő volt a 40% feletti retenció arány eléréséhez 6 hónapon át.

## VI. Pszichoszociális terápiák

A pszichoszociális terápiák központi szerepet játszanak abban, hogy a beteg motivált legyen a gyógyszeres kezelés elkezdésében, azzal együttműködjön, és segítsen megelőzni a visszaesést. Valójában a legtöbb drogkezelő program megkívánja, hogy a beteg kapjon pszichoszociális tanácsadást.

### 1. A visszaesés megelőzése

A drogfüggőség kezelésének egyik legnagyobb akadálya a visszaesések nagy aránya, még hosszú absztinens periódus után is. A visszaesés megelőzés olyan **kognitív viselkedési terápia**, amit arra terveztek, hogy az absztinencia megtartását segítő technikákat tanítsa a betegeknél. Ezek közé a stratégiák közé tartoznak a sóvárgás felismerése, a nagy kockázatú helyzetek azonosítása, és olyan helyzetkezelő képességek kifejlesztése, amelyek segítenek kezelni vagy elkerülni az ilyen helyzeteket. A visszaesés megelőzése azokra az élethelyzetekre fókuszál, amelyekkel a betegek valószínűleg találkozhatnak, valamint foglalkozik az ezekre a helyzetekre adható megfelelő válaszokkal (19).

### 2. Egyéni drog tanácsadás

Közvetlenül a szerhasználat csökkentésére vagy abbahagyására fókuszáló megközelítés, melynek során a hangsúly a rövidtávú viselkedési célokra van. A tanácsadás foglalkozhat a beteg életét érintő egyéb területekkel is, mint a foglalkoztatás és a családi vagy szociális kapcsolatok, és segít a betegnek kifejleszteni olyan képessé-

geket és eszközöket, amelyek segítenek elérni és megtartani az absztinenciát. Támogatja a részvételt öngyógyító programban és tartalmaz utalásokat minden szükséges szolgáltatásra. Kimutatták, hogy azok a betegek, akik a gyógyszeres fenntartó kezelés mellett tanácsadást is kapnak, jobban csökkentik az opioid használatot, mint azok, akik csak gyógyszeres kezelést kapnak (10).

### 3. Motivációs támogató terápia

A droghasználat abbahagyásával és a kezelés elkezdésével kapcsolatos bizonytalanságok megoldásában segítő tanácsadó program, amely a beteg motiválására törekszik viselkedése megváltoztatásának céljából. Ez a megközelítés leginkább arra fókuszál, hogy gyors és belső motiváción alapuló változásokat indítson el a betegben, semmint végigvezesse a felépülésen lépésről lépésre (20).

### 4. Szupportív expresszív pszichoterápia

A kezelés segít a betegnek feltárni a drog szerepét a problémás érzéseiben és viselkedésében, és rávezet a problémák droghasználat nélküli megoldási módjára. A terápiának két fő összetevője van: ún. szupportív technikák, amelyek segítenek a betegnek, hogy kényelmesen érezze magát a személyes tapasztalatai megbeszélése során és ún. expresszív technikák, amelyek segítenek a betegnek azonosítani és megfogalmazni interperszonális kapcsolati témákat. Különösen az egyidejűleg pszichiátriai problémákkal is rendelkező betegek esetében eredményes (10).

### 5. Mátrix modell

A mátrix modell átfogó kezelési megközelítés, amely egyéb kezelési megközelítéseket ötvöz (pl. relapszus-prevenció, családi és csoportterápiák, drog edukáció és az öngyógyító programokban való részvétel). A megközelítés előnye, hogy biztosítja a beteg családja számára szükséges információkat és a család kezelésbe való bevonását is. A mátrix modell statisztikailag szignifikánsan csökkentheti a szer- és alkohol használatot, valamint a HIV átvitelével kapcsolatos nagy kockázatú szexuális viselkedési formákat (21).

## VII. Megbeszélés

Az egyre növekvő problémát okozó kábítószer-használat csökkentése érdekében megfogalmazott EU drogstratégia (2005–2012) egyik deklarált célja a célzott és szakosított kezelési programok elérhetőségének javítása, beleértve az egységes pszichoszociális és gyógyszeres gondozást. Ezzel összhangban fogalmazza meg célkitűzéseit a Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására, melyben az alapellátás szerepvállalása is figyelmet kap.

Számos körülmény látszik alátámasztani azt az egészségpolitikai szinten megfogalmazott elvárást, hogy az alapellátás szerepe növekedjen a drogfüggők leszoktató kezelésében és gondozásában. A lakosságközeli, folya-

matos kapcsolat révén a háziorvos bírja betegei bizalmát, valamint rálátása van azok szociális jellegű és magánéleti problémáira. Az ambulánsan biztonságosan adható készítmények megjelenése, és a praxisban alkalmazható speciális tanácsadás anyagának kidolgozása is mindenképpen segíti a folyamatot. Mindehhez természetesen szoros együttműködés szükséges a szakellátás és a pszichoterápiát végző szakemberekkel.

## IRODALOM

1. Az EU kábítószer-ellenes cselekvési terve (2005–2008). Az Európai Unió Tanácsa: 2005/C 168/01
2. Nemzeti Stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására. A Magyar Országgyűlés 2000. december 5-én fogadta el.
3. Az EU drogstratégiája (2005–2012). Az Európai Unió Tanácsa: 15074/04, Brüsszel, 2004. november 22.
4. Kosten TR, George TP. The neurobiology of opioid dependence: implications for treatment. *Sci Pract Perspect.* 2002;1:13-20.
5. Camí J, Farré M. Mechanisms of disease: drug addiction. *N Engl J Med.* 2003;349:975-986.
6. O'Brien CP. Drug addiction and drug abuse. In: Hardman JG, Limbird LE, eds. *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics.* Ninth Edition. New York: McGraw-Hill; 1996.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
8. American Academy of Pain Medicine, American Pain Society, American Society of Addiction Medicine. Definitions related to the use of opioids for the treatment of pain. 2001. Available at: [www.ampainsoc.org](http://www.ampainsoc.org). Accessed November 4, 2006.
9. Beers MH, Porter RS, Jones TV, Kaplan JL, Berkwitz M, eds. Drug use and dependence. In: *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy.* 18th ed. Whitehouse Station, NJ; Merck Research Laboratories; 2006:1683-1700.
10. National Institute on Drug Abuse. *Treatment Approaches for Drug Addiction.* Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1999. Available at: <http://www.nida.gov/Infofacts/treatmeth.html>. Accessed October 19, 2006.
11. Kakko J, Svanborg KD, Kreek MJ, Heilig M. 1-year retention and social function after buprenorphin-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2003;361:662-668.
12. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). *Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphin in the Treatment of Opioid Addiction.* Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 40. DHHS Publication No. (SMA) 04-3939. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004.
13. Johnson RE, Strain EC, Amass L. Buprenorphin: how to use it right. *Drug Alcohol Depend.* 2003;70(2 Suppl):S59-S77.
14. Law FD, Myles JS, Daglish MRC, Nutt DJ. The clinical use of buprenorphin in opiate addiction: evidence and practice. *Acta Neuropsychiatrica.* 2004;16:246-274.
15. Stoller KB, Bigelow GE, Walsh SL, Strain EC. Effects of buprenorphin/naloxon in opioid-dependent humans. *Psychopharmacology.* 2001;154:230-242.
16. Alho H, Sinclair D, Vuori E, Holopainen A. Abuse liability of buprenorphin-naloxon tablets in untreated IV drug users. *Drug Alcohol Depend.* [in press].
17. Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S, et al. Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet for lation of buprenorphin and naloxon. *N Engl J Med.* 2003;349:949-958.
18. Fiellin DA, Pantalon MV, Chawarski MC, et al. Counseling plus buprenorphin-naloxone maintenance therapy for opioid dependence. *N Engl J Med.* 2006;355:365-374.
19. Marlatt GA. Cue exposure and relapse prevention in the treatment of addictive behaviors. *Addict Behav.* 1990;15:395-399.
20. Martino S, Carroll K, Kostas D, Perkins J, Rounsaville B. Dual Diagnosis Motivational Interviewing: a modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *J Subst Abuse Treat.* 2002;23:297-308.
21. Rawson RA, Shoptaw SJ, Obert JL, et al. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment: the matrix model. *J Subst Abuse Treat.* 1995;12:117-127.