A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a kannabisz és származékai által okozott mentális és viselkedészavarokról

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító: 002290
Érvényesség időtartama: megjelenést követő 3 évig

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Addiktológia Tagozat**
   Dr. Szemelyácz János, pszichiáter, addiktológus, pszichoterapeuta, elnök, társszerző
2. **Pszichiátria Tagozat**
   Dr. Réthelyi János, pszichiáter, elnök
3. **Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**
   Dr. Kovács Péter, klinikai szakpszichológus, elnök
   Fejlesztő munkacsoport tagjai:
   Dr. Lázár Bence András, pszichiáter, társszerző
   Dr. Kis Gabriella, pszichiáter, társszerző
   Kiss Anna, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
   Dr. Farkas Judit, klinikai pszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
   Köves Cecília, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
   Dr. Fodor Kinga, pszichológus, társszerző
   Bátai Domonkos, pszichológus, társszerző
   Prof. Dr. Kelemen Gábor, pszichiáter, addiktológus, diplomás szupervízor, társszerző
   Prof. Dr. Kurimay Tamás, pszichiáter, pszichoterapeuta, addiktológus, diplomás szupervízor, társszerző
   Dr. Petke Zsolt, pszichiáter, társszerző
   Dr. Szily Erika, pszichiáter, társszerző
   Dr. Mátty ássy Adrienn, pszichiáter, a pszichiátriai rehabilitáció szakorvosa, társszerző
   Prof. Dr. Rácz József, pszichiáter, pszichoterapeuta, társszerző
   Dr. Trábert Attila, pszichiáter, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Ápolási, szakdolgozói és Szülésznő Tagozat**
   Ujváriné Dr. Siket Adrienn, diplomás ápoló, elnök, véleményező
2. **Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcserebetegségek Tagozat**
   Dr. Bedros J. Róbert, belgyógyász, reumatológus, foglalkozás-egészségügyi szakorvos, elnök, véleményező
3. **Háziorvostan Tagozat**
   Dr. Szabó János, háziorvos, elnök, véleményező
4. **Neurológia Tagozat**
   Dr. Óváry Csaba, neurológus, elnök, véleményező
5. **Oxyológia-sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan Tagozat**
   Dr. Varga Csaba, aneszteziológus és intenzív terápiás oxyológus, addiktológus, sürgősségi orvostan szakorvos

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült."
„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek."

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői
Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.
Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

1. **Addiktológiai Konzultánsok Országos Egyesülete**

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

1. **Magyar Addiktológiai Társaság**
2. **Magyar Pszichiátriai Társaság**
3. **Magyar Pszichológiai Társaság**

Független szakértő(k):

Nem kerültek bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	kannabisz intoxikáció, kannabisz dependencia, kannabiszhasználattal összefüggő mentális zavarok felnőttkorban
Ellátási folyamat szakasza(i):	diagnosztika, állapotfelmérés, kezelés felnőttkorban
Érintett ellátottak köre:	kannabiszhasználat zavarával küzdő felnőttek
Érintett ellátók köre:	
Szakterület:	1800 pszichiátria 1801 addiktológia 1805 pszichoterápia 4602 sürgősségi ellátás 6301 háziorvosi ellátás 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia 7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia 7600 dietetika
Ellátási forma:	A1 alapellátás, alapellátás J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás J7 járóbeteg-szakellátás, -gondozás J8 járóbeteg-szakellátás, nappali ellátás F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás F5 fekvőbeteg-szakellátás, nappali kórházi ellátás
Progresszivitási szint:	I–II–III. szint
Egyéb specifikáció:	megfelelő működési engedéllyel, megfelelően képzett szakszemélyzettel rendelkező ellátóhelyek. Az addiktológiai/drog ambulanciákon (például: TÁMASZ Gondozók) és addiktológiai osztályokon kívül közvetve a toxikológiai ellátás területe említhető meg.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Antipszichotikum: A pszichotikus tünetek enyhítésére, a szkizofrénia és a bipoláris affektív zavar fenntartó terápiájaként alkalmazott gyógyszerek.

Benzodiazepin: GABA-A receptor agonista gyógyszerek, melyek anxiolitikus és antiepileptikus hatással bírnak.

Kannabisz okozta dependencia: a BNO klasszifikációs rendszerben a kannabiszhasználat zavarával megfelelő diagnosztikai kritériummal rendelkező kórkép.

Kannabisz okozta megvonási szindróma: a kannabisz okozta dependenciában szenvedő páciensek esetén kialakuló neuropszichiátriai és belszervi tünetekkel járó kórállapot, mely a hosszantartó és nagymenniységű kannabiszfogyasztás csökkentése vagy abbahagyása következtében lép fel.

Kannabisz okozta pszichotikus zavarok: kannabiszhasználat és/ vagy megvonás talaján kialakuló pszichotikus tünetképződéssel járó kórképek gyűjtőneve.

Kannabiszhasználati zavar: a DSM 5 diagnosztikai rendszerében a kannabiszhasználat problematikus mintázatátleíró fogalom az elmúlt 12 hónapra vonatkozólag. Kannabiszhasználati zavar esetében klinikailag jelentős károsodás vagy distressz jelentkezik, ami mind testi, mind pszichés, mind az életvitelt érintő aspektusok szempontjából enyhe, közepes vagy súlyos fokúnak tekinthető a fennálló tünetszám függvényében.

Kognitív viselkedés terápia (CBT): időhatáros, tudományos bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás módszer, mely a páciens diszfunkcionális hiedelmeinek, gondolkodásának és viselkedésének módosításával a hangulat és magatartás kedvező változását éri el.

Pszichoedukáció: A páciensnek és családtagjainak szakszerű, de közérthető felvilágosítása a betegség lényegéről (többek között a korai figyelmeztető tünetekről és azok folyamatos monitorozásának szükségességéről), a betegség kezelés nélküli lefolyásáról, a terápiás alternatívákról, a terápiák esetleges mellékhatásairól.

2. Rövidítések

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása
CBT: cognitive behavioural therapy (kognitív-viselkedés terápia)
DSM: a Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
KD: kannabisz okozta dependencia
KMSZ: kannabisz okozta megvonási szindróma
MAT: Magyar Addiktológiai Társaság
NICE: National Institute for Health and Care Excellence
NNGYK: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
WHO: Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok szintjét a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) irányelvfejlesztésre vonatkozó szakmai anyaga alapján határozta mega fejlesztőcsoport [1].

A bizonyítékok szintje táblázatba szerkesztve [1]:

Bizonyítékok szintje	Magyarázat
1. szint	Az eredményeket több, egy irányba mutató eredményekkel rendelkező (vagyis replikált), dupla vak, randomizált, placebokontrollos vizsgálat (DB-RCT), vagy az ilyen vizsgálatok metaanalízise szolgáltatja.
2. szint	Az eredmény(ek) legalább egy DB-RCT-ből származik (származnak), amely(ek) placebo- vagy aktívszer-kontrollt alkalmazott (alkalmaztak).
3. szint	Az eredmények prospektív, nem kontrollált vizsgálatból származnak, amelybe legalább 10 személyt vontak be.
4. szint	Az eredmények esetismertetésből vagy szakértői véleményből („expertopinion") származnak.

Azokon a szöveghelyeken, ahol evidenciaszintek külön nem kerültek megjelölésre, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás.

4. Ajánlások rangsorolása

A meghatározó ajánlásokat a fejlesztőcsoport erős vagy feltételes kategóriákba sorolta.

Az ajánlások szintje táblázatba szerkesztve [1]:

Ajánlás szintje	Ajánlás magyarázata
Erős ajánlás	a fejlesztő csoport megítélése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök egyértelműen meghaladják a hátrányokat.
Feltételes ajánlás	a fejlesztő csoport meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök feltehetően meghaladják a hátrányokat.

Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az *„erős ajánlás”* megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározásáról egyéb faktorok (például: az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolhatják.

Elsőként választandó: 1-es vagy 2-es szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

Másodikként választandó: 3-as vagy magasabb szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

Harmadikként választandó: 4-es vagy magasabb szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.

Nem ajánlott: 1-es vagy 2-es szintű, a hatástalanság mellett szóló bizonyítékok állnak rendelkezésre.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

A kannabisz a harmadik leggyakrabban használt pszichoaktív szernek tekinthető világszerte [2], az alkoholt és a nikotint követően. Magyarországon a leggyakrabban használt tiltott kábítószernek minősül [3]. Annak ellenére, hogy a kannabisznak számos Európai Unió tagországában, továbbá az Egyesült Államok számos szövetségi államában akár medikális, akár rekreációs célú használata engedélyezett, a kannabisz káros használata, intoxikációja, megvonási szindrómája, a kialakult dependencia, továbbá egyrészről a dependencia talaján kialakult hosszú távú, másrészről a használat rövid távú következményei és az egyes pszichiátriai és addiktológiai megbetegedésekkel történő együttes megjelenése miatt egészségügyi problémát jelent mind hazánkban, mind világszerte. Mindemellett külön érdemes hangsúlyozni, hogy míg az úgynevezett: „klasszikus” kannabisz használat mellékhatásai, továbbá elsődlegeses pszichés következményei súlyosságukban jelentősen eltérnek az új pszichoaktív szerek, avagy „dizájner drogok” csoportjába tartozó szintetikus kannabinoidoktól, melyek jelentős pszichiátriai, neurológiai és belszervi rövid és hosszú távú következményekkel bírnak.

Ezen fenti szempontokat figyelembe véve, az egészségügyi ellátást tekintetében elsősorban a kannabisz okozta akut intoxikáció, a káros használat, a megvonási szindróma az egyes pszichotikus zavarok és a szintetikus kannabinoidok okozta mentális zavarok bírnak jelentőséggel. Ugyanakkor, a problémás kannabisz használat korai felismerésére bizonyos rizikópopulációkban (például: pszichózis spektrum vulnerábilis egyének, terhesség), továbbá mentális betegséggel küzdő betegek („kettős diagnózis”) esetén különös figyelmet kell fordítani.

Célok

Jelen egészségügyi szakmai irányelv célja többrétű. Elsődleges célja, hogy a Magyarországon pszichiátriai és addiktológiai betegellátást végző szakorvosi/szakorvosjelölti kör számára egységes útmutatóként szolgáljon a bizonyítékokon alapuló orvoslás, az elmúlt évek kutatásainak gyakorlat által is igazolt eredményeinek integrálásával.

További célja a döntéshozók, ellátásszervezők részére áttekinthető irányvonal biztosítás. Szintén célja, hogy a betegképviseletek és civil szervezetek számára az ellátás szabályaiba betekintést nyújtson.

Konkrét célok:

1. Csökkenjen a költséges kórházi felvételt igénylő esetek száma;
2. A páciensek a lehető leghosszabb ideig legyenek tünetmentesek;
3. Csökkenjen a kannabisz okozta dependencia miatti táppénzes napok száma;
4. A páciensek életminősége javuljon;
5. Csökkenjen a kannabisz okozta dependencia talaján kialakult pszichiátriai, neurológiai és belszervi kórképek kialakulásának esélye és azok mortalitási mutatói.

2. Felhasználói célcsoport

A kannabiszhasználat zavarával kapcsolatos egészségügyi szakmai irányelv a *felnőtt* betegpopulációra vonatkozik. Az egészségügyi szakmai irányelv *célcsoportját* az ártalmas kannabiszfogyasztás kapcsolatos zavarok ellátásában kompetens szakemberek, továbbá egyes állami és civil szervek/szervezetek dolgozói jelentik, így:

1. *elsősorban* – mint *ellátók*, vagyis az állapotfelmérésben, diagnózisalkotásban és a kezelésben, gondozásban közvetlenül részt vevők – az addiktológus és pszichiáter szakorvosok, szakorvosjelöltek, a pszichoterapeuta végzettséggel rendelkező orvosok, továbbá pszichológusok és a klinikai szakpszichológusok, valamint diplomás szociális munkások és addiktológiai konzultánsok;

2. *másodsorban* – mint *társszakmák képviselői*, az ellátásban (állapotfelmérés/ diagnózisalkotás/kezelés/ gondozás) közvetlenül részt nem vevő, vagy csak korlátozottan, a szakellátás kérésére részt vevő szakemberek – a háziorvosok és dietetikusok;

3. *harmadsorban* az adminisztratív, igazságszolgáltató, finanszírozó és betegirányítási szervek (Belügyminisztérium, NNGYK, bíróságok, önkormányzatok) dolgozói és a betegjogi szervezetek munkatársai.

Az egészségügyi szakmai irányelv *célja* az 1-es pontban felsorolt *„ellátók"* tekintetében az, hogy egységes útmutatóként szolgáljon a szakmai tevékenységükhöz; a 2-es pontban felsorolt *„érintettek"* vonatkozásában az, hogy tájékoztassa őket az ártalmas kannabiszhasználattal kapcsolatos zavarok legújabb, bizonyítékokon alapuló ismeretekről, míg a 3-as pontban említett állami szervek számára az, hogy segítséget nyújtson az ártalmas kannabiszhasználattal kapcsolatos zavarok állapotfelmérésével, kezelési útjaival, gondozásával illetve az ártalmas kannabiszhasználattalkapcsolatos zavarokban szenvedő betegeket érintő egészségpolitikai, finanszírozási, továbbá jogi/jogorvoslati döntések meghozatalában. Az egészségügyi szakmai irányelv *célja* a civil kezdeményezések (betegjogi szervezetek) vonatkozásában az, hogy szakszerű tájékoztatást nyújtson a betegség különböző aspektusairól.

Jelen diagnosztikai és terápiás egészségügyi szakmai irányelv bevezetése az alapfeltétele az ártalmas kannabisz használattal kapcsolatos zavarok ellátásának szakmán belüli és a szakmán kívüli kontrolljának, amelyet egyrészről az addiktológiai, pszichiátriai, klinikai szakpszichológiai és pszichoterápiás munkát végző szakma, másrészről pedig a finanszírozó és adminisztratív szervek, az igazságszolgáltatás, illetve civil kezdeményezések (betegjogi szervezetek, médiumok) képesek – természetesen saját kompetenciahatáruknak megfelelően – hatékonyan gyakorolni.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzményei:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg

Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Drug use disorders in adults [QS23] Kiadás dátuma: 2012 https://www.nice.org.uk/guidance/qs23
Tudományos szervezet: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Drug misuse prevention: targeted interventions [NG64] Kiadás dátuma: 2017 https://www.nice.org.uk/guidance/NG64

Tudományos szervezet:	Canadian Centre on Substance Use and Addiction
Cím:	A Guide to Cannabis forOlderAdults
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2020
Elérhetőség:	https://www.ccsa.ca/guide-cannabis-older-adults

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel

Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban.

Azonosítószám:	002182
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A szakpszichológiai ellátásról
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 24. szám 610–725. old.
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu

A jelen egészségügyi szakmai irányelv elkészítéséhez a már említett külföldi irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő egészségügyi szakmai irányelv készíthető.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

1. Elméleti háttér

Kannabisz, avagy marihuána néven a *Cannabis sativa,* illetve a *Cannabis indica* szárított, termős kendervirágzatát értjük. Az egyes kender típusok ugyan kémiai összetevőiket illetően eltérnek egymástól, de mindegyikükre igaz, hogy több mint 500 különböző kémiai anyagot és több mint 100 kannabinoidot tartalmaznak, melyek közül potens pszichoaktív tulajdonságokkal a Δ-9-tetrahydrokannabinol (Δ-9-THC) rendelkezik [4,5].

A Δ-9-THC mellett az egyes kannabisz típusok olyan kisebb potenciálú hasonló pszichoaktív tulajdonságokkal bíró kannabinoidokat is tartalmaznak, mint a Δ-8- és a Δ-10-THC, melyeknek eddig egészségügyi jelentőségük nem igazolódott. Továbbá érdemes kiemelni az úgynevezett: kannabidiol (CBD) kannabinoid molekulát annak az elmúlt években széles körben, elsősorban a gyógyászatban (például: szklerózis multiplex, Dravet- és Lennox-Gastaut szindróma) és a kozmetikában történt elterjedése miatt, mely a *Cannabis sativa* virágzatában található és lényeges hangsúlyozni, hogy pszichoaktív tulajdonságokkal nem rendelkezik. Mindemellett újabb vizsgálatok igazolták, hogy antagonizálni képes a Δ-9-THC hatását [4,5].

A Δ-9-THC hatását elsődlegesen a G-protein kapcsolt endokannabinoid receptor 1-es (CB1R) típusán fejti ki. A CB1R megtalálható a bazális ganglionokban, a substantia nigrában, a cerebellumban, a hippokampuszban, az agykéregben, továbbá a szenzoros idegsejteken. A preszinaptikusan elhelyezkedő CB1R számos neurotranszmitter felszabadulását befolyásolja, így az acetil-kolinét (AcH), a gamma-amino vajsavét (GABA), a noradrenalinét (NA), a szerotoninét (5-HT) és a dopaminét (DA). Az endokannabinoid rendszernek emellett ismert a 2-es típusú receptora (CB2R), melynek expresszióját immunsejteken, perifériás idegi terminálokon, továbbá a vas deferensben igazolták. A Δ-9-THC mindkét receptornak parciális agonistája [6].

A Δ-9-THC kémiailag az endogén kannabinoid, anandamidnak megfelelően viselkedik. A CB1R-en hatva elsősorban a GABA rendszer aktivitását befolyásolja, mely kihatással van a DA és az 5-HT rendszerekre, emellett az opioid rendszerek modulátorának tekinthető [4–6].

Neurokémiailag összességében elmondható, hogy a Δ-9-THC hatás mind az intoxikáció, mind a megvonás, mind a dependencia és a komorbid pszichotikus zavarok kialakulását illetően elsősorban a DA és a GABA rendszerek egyensúlyának felborulásával, főképp a ventrális tegmentális area (VTA), a nucleus accumbens (NAc) és a prefrontális kéreg megváltozott DA szintjeivel magyarázható. Ugyanakkor az endokannabinoid rendszerek rendkívül összetett működését tekintve számos egyéb (lásd opioid és szerotonerg rendszerek) neurokémiai útvonalak is hozzájárulnak az egyes kannabinoidok hatásmechanizmusához.

A kannabiszból származó termékeket számos módon fogyasztják. A leggyakoribb használati mód a dohányzás vagy belélegzés (cigaretta, pipa, vízipipa, szivar), emellett egyre gyakrabban jelenik meg a bizonyos élelmiszerekkel történő beviteli mód. Ritkább, ugyanakkor az intoxikáció szempontjából veszélyesebb alkalmazási forma a krémek, tapaszok, hüvelyi spray-k és végbélkúpok alkalmazása, továbbá ritkábban intravénás használat is előfordulhat. A Δ-9-THC tartalmú kender szárított virágának továbbá a kannabiszgyanta (hasis) alkalmazása a leggyakoribb, ugyanakkor a kannabiszolaj használata is elterjedt, mely szintén magasabb rizikót hordoz, hiszen háromszor-négyszer magasabb

arányban tartalmaznak Δ-9-THC-t, továbbá kinyerésük során olyan szerves oldószereket is alkalmazhatnak, melyeknek súlyos egészségügyi kockázatuk van [7].

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság diagnosztikai kézikönyve, a DSM 5. verziójának bevezetésével (American Psychiatric Association, 2014) a kannabisz használati zavar értékelése esetén is dimenzionális szemlélet érvényesül, vagyis a fennálló tünetszám függvényében beszélhetünk enyhe, közepes vagy súlyos szerhasználati zavarról. Ugyanakkor, tekintve, hogy a hazai egészségügyben még számos ellátóhelyen a DSM-IV rendszeréhez köthető káros használat (abúzus) és dependencia fogalmak kódolhatóak le, a jelen fejezet során ezen diagnosztikai kategóriákra is hivatkozunk. A korai felismerés, az állapotfelmérés, továbbá a terápiás intervenciók szempontjából is célszerű ugyanakkor a „káros használat" diagnosztikai kategóriát enyhe fokú kannabisz használati zavarként értelmezni.

2. A kannabisz okozta akut intoxikáció (F12.00; 6C41.30)

2.1. Háttér

A kannabisz okozta akut intoxikáció klinikailag egy átmeneti állapotként kellemezhető, mely a kannabisz fogyasztása közben vagy röviddel azt követően alakul ki, időben korlátozottnak tekinthető (3–5 óra), tünetei a kannabisz ürülésével csökkenek. A tünetek a kannabisz ismert farmakológiai hatásai okozzák és intenzitásuk elsősorban az elfogyasztott kannabisz mennyiségével, másodsorban az egyéni (genetikailag meghatározott) és aktuális (például: stressz, fáradékonyság, hangulat) neurokémiai állapottól függ. A tudat, a percepció, az affektus, az amnesztikus funkciók, a viselkedés és a koordináció zavaraival jellemezhető, melyhez tachycardia és a kötőhártya injekciója (vörös vagy véres szem) társul [8].

2.2. Diagnózis és differenciál diagnózis

Ajánlás1

A kannabisz intoxikáció megállapításánál az alábbi fő tünetekre a kell figyelemmel. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás) [9]

- eufória („high") következményes fáradtsággal,
- relaxáltság,
- meglassultság,
- kognitív zavarok (koncentráció, figyelem, reakcióidő, emlékezet),
- a gondolkodás alaki zavarai (fellazult asszociációk, logorrohea)
- percepciós zavarok (az időélmény megnyúlása, a tér és a színek megváltozott megélése,
- ritkábban hallucinációk),
- étvágynövekedés,
- émelygés, hányás,
- magatartás-változás: például inadekvát viccelődés, illetve széles spektrum a teljes apátia és a pánikroham között, tachycardia,
- conjunctivitis.
- Súlyos esetében pszichotikus tünetek jelenhetnek meg, továbbá nagyom magas dózis alkalmazása esetén akár toxikus delírium is kialakulhat, ugyanakkor ennek a gyakorisága alacsonynak tekinthető.

Ajánlás2

A diagnózis elsősorban a klinikai tünetekre továbbá a kannabisz fogyasztás tényére támaszkodik. Mindemellett javasolt a Δ-9-THC kimutatása vizelet-, amennyiben kivitelezhető vérvizsgálat útján. Akut intoxikáció során a vérvizsgálatot preferáltnak kell tekinteni. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás) [10]

Differenciál diagnosztikai szempontból az egyéb pszichoaktív szerhasználatot kell kizárni.

Ajánlás3

Differenciál diagnosztikai szempontból az egyéb pszichoaktív szerhasználatot ki kell kizárni.

A klinikai tünetek alapján elsősorban a kisdózisú fenciklidin, illetve egyéb hallucinogének kizárása okozhat dilemmákat. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás)

2.3. Terápia

Ajánlás4

A kannabisz intoxikáció akut fázisa pár óra alatt spontán szűnik. Ugyanakkor bizonyos esetekben (nagyfokú anxietás, hosztilis viselkedés) pszichofarmakoterápia bevezetésére és szupportációra van szükség. Anxiolítikumok közül a lorazepám javasolt, szoros obszerváció mellett [8,11]**.**

Az akut fázis lezajlását követően a káros kannabisz használat és a kannabiszdependencia felismerése miatt szükséges a mentális egészségügy bevonása, különösképp a rizikócsoportokba tartozó egyének (elsődleges pszichiátriai diagnózissal bíró egyének) esetében. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás) [12]

Összefoglalva elmondható, hogy a kannabisz intoxikáció önmagában osztályos kezelést nem igénylő kórforma, ugyanakkor bizonyos esetekben (violens viselkedés, nagyfokú anxietás, repetitív pánik rohamok) pszichiátriai konzultációt igényel.

3. A kannabisz káros használata (F12.10; 6C41.10)

3.1. Háttér

A kannabisz káros használata a BNO klasszifikációs (BNO-10, -11) rendszerek szerint, olyan kannabiszhasználati mintának tekinthető, ahol a kannabisz használata károsítja az egyén fizikai vagy mentális egészségét, vagy olyan magatartást eredményezett, mely mások egészségkárosodásához vezet.

3.2. Diagnózis és differenciál diagnózis

Ajánlás5

A diagnózis felállításához érdemes hangsúlyozni, hogy ebben az esetben a szerhasználat 12 hónapon át folyamatosan, vagy epizodikusan, legalább 1 hónapon keresztül fennáll. Diagnosztikailag az alábbiak legalább egy tényezőnek fenn kell állnia: 1. intoxikáció tüneteivel jellemezhető viselkedés; 2. közvetett vagy közvetlen toxikus hatások megjelenése egyes szerveket vagy a szervezet egészét illetően; 3. a használat káros módja (például: intravénás); 4. mások egészségének károsodása, mely magában foglalja a fizikai vagy mentális sérülés bármely formáját, melyek közvetlenül a kannabisz használó személy viselkedésének tulajdonítható. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás) [13]

A DSM-5 diagnosztikai rendszerben a káros használat fogalma külön diagnosztikai kritériumként nem jelenik meg, ugyanakkor a kannabisz okozta dependencia (KD) esetén, mint enyhe fokú forma találkozunk vele.

A diagnózis szempontjából figyelembe véve, hogy a káros használat mintázata jelentős kockázatot jelent a későbbiekben kialakuló dependenciára vonatkozóan érdemes hangsúlyozni az egyes pszichodiagnosztikai szűrőtesztek jelentőségét, továbbá a mentális állapot alapos feltérképezését, melyre a kannabisz okozta dependencia fejezetben tárgyalunk.

3.3. Terápia

Terápia szempontjából *„A kannabisz által okozott dependencia (F12.20; 6C41.20)"* fejezetnek megfelelő elveket kell alkalmazni.

4. A kannabisz által okozott dependencia (F12.20; 6C41.20)

4.1. Háttér

A kannabisz által okozott dependencia (KD) összességében a kannabiszhasználat diszregulációjával írható le, melyet jellegzetes tünetek jellemeznek, melyeket mind a BNO, mind a DSM-5 klasszifikációs rendszerek hasonlóképp tárgyalnak. Lényeges hangsúlyozni, hogy elsődleges szempont az egyén funkcióképességének szignifikáns csökkenése, avagy a kannabisz használattal összefüggően kialakuló distressz. Ugyanakkor, míg a DSM-5 a 12 hónapos időszakot tartja hangsúlyosnak, addig a BNO a folyamatos (napi használat) 3 hónapon keresztül történő időszak esetén is támogatja a diagnózis felállítását.

Kialakulásának hátterében rizikó faktorként a családi anamnézisben szereplő szerhasználat zavar és a borderline- és az antiszociális személyiségzavarok emelhetőek ki. Emellett rizikó faktornak tekinthető az alacsony szoci-ökonómiai státusz, az előzményben szereplő nikotinhasználat zavar, az instabil/abuzív családi héttér, továbbá a családban előforduló kannabisz okozta dependencia [14–16].

4.2. Diagnózis és differenciál diagnózis

Ajánlás6

A kannabisz okozta dependencia klinikai diagnózis, melyet az alábbi tünetek jellemeznek:

1. a személy gyakran fogyaszt nagyobb mennyiségű kannabiszt, a tervezettnél hosszabb ideig; 2. a kannabiszhasználat csökkentésére vonatkozóan sikertelen kísérleteket tesz; 3. a fogyasztásra és ahhoz kapcsolódó tevékenységekre jelentős mennyiségű időt fordít; 4. a kannabiszhasználat utáni erős sóvárgás jellemzi; 5. nem teljesíti főbb, hétköznapi szerepeihez kötődő kötelezettségeit; 6. a kannabiszhasználatot a nyilvánvaló interperszonális, testi és lelki problémák ellenére fenntartja; 7. korábbi tevékenységeit feladja, hanyagolja az ital miatt, illetve; 8. a kannabiszt kockázatos helyzetekben is használja; 9. tolerancia; 10. a kannabiszhasználat abbahagyása esetén megvonási tünetek jelentkeznek [9]**. A teljes diagnosztikai tünetlista a 1. sz. táblázatban található.**

A dependencia esetén a DSM-5 elkülönít enyhe (2–3 tünet), mely megfelel a káros használat BNO kritériumainak, közepesen súlyos fokú (4–5 tünet), illetve súlyos fokú (6< tünet) kategóriákat. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás) [9]

Differenciál diagnosztikai szempontból figyelembe véve az amotivációt, az anergiát és a rövidtávú emlékezet zavarait elsősorban a depresszió emelendő ki. Mindemellett érdemes kifejezett körültekintésre lenni a társuló egyéb szerhasználat zavarokra (például stimuláns, nikotin, alkohol) továbbá a fennálló egyéb pszichiátriai komorbiditásokra (lásd Kettős diagnózisok fejezet). A KD DSM-5 kritériumait az **1. sz táblázatban** foglaltuk össze.

1. táblázat: KD DSM kritériumai [9]

KD tünetei (DSM-5)
A kannabisz használatának olyan problematikus mintázata, mely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy szenvedéshez vezet, ami az alábbiak közül legalább kettőben megnyilvánul egy 12 hónapos időszak során
A személy gyakran fogyaszt nagyobb mennyiségű kannabiszt vagy hosszabb időn keresztül, mint azt szeretné.
Tartós vágy vagy sikertelen próbálkozások a kannabiszhasználat csökkentésére vagy uralására.
A személy jelentős mennyiségű időt fordít a kannabisz beszerzésével, használatával vagy hatásaiból való felépülésével kapcsolatos tevékenységekre.
A kannabiszhasználat iránti sóvárgás, erős vágy vagy késztetés.
Visszatérő kannabiszhasználat, mely a munkahelyi, iskolai vagy otthoni szerepkötelezettségek teljesítésének kudarcát eredményezi.
Folyamatos kannabiszhasználat a kannabisz hatásainak következtében kialakuló vagy azok következében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő társas és interperszonális problémák ellenére.
A fontos társas, foglalkozásbeli vagy szabadidős tevékenységek feladása vagy csökkenése a kannabiszhasználat zavar következtében.
Ismétlődő kannabiszhasználat olyan helyzetekben, ahol ez fizikai veszélyt jelent.
Folyamatos kannabiszhasználat a nagy valószínűséggel a kannabiszhasználat következtében kialakuló vagy annak következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő testit vagy pszichológiai problémák ellenére.
Tolerancia (a. Az intoxikáció vagy a kívánt hatás eléréséhez szükséges kannabisz mennyiségének kifejezett megnövekedése. b. Ugyanolyan mennyiségű kannabisz alkalmazásakor kifejezett hatáscsökkenés.)
Megvonás (a. Jellegzetes kannabisz megvonási szindróma b. Kannabisz fogyasztása a megvonási tünetek enyhítésére vagy elkerülésére.

4.3. Hosszú távú következmények

Az egyes kialakuló szövődmények döntően a kannabisz nikotinnal történő együtt alkalmazásával alakulnak ki, úgymint a COPD, az egyes kardiovaszkuláris megbetegedések (például magasvérnyomás betegség), egyes tumoros megbetegedések (tüdő, szájüreg, özofágusz stb.) kialakulásának magasabb rizikója [17].

4.4. Terápia

Ajánlás7

A kannabisz okozta dependencia esetén specifikus terápia nem áll rendelkezésre.

Gyógyszeres terápiák esetén elsősorban a ko-morbid pszichiátriai tünetek, tünetcsoportok, betegségek kezelésére kell fókuszálni.

Nem-gyógyszeres terápiák esetén az alábbiak emelhetőek ki, melyek alapjaiban megegyeznek a más (lásd alkohol) addikciók esetén alkalmazott terápiás beavatkozásokkal.

A pszichoedukációnak mind a megelőzésben, mind a kezelésben kulcsfontosságú szerepe van. Az egyes mentálhigiénés programok, melyek átfogó, nemzeti drogstratégiák részét kell, hogy képezzék alapvetően mind a szűrés, mind a már kialakult dependencia szempontjából. Mindezek mellett érdemes hangsúlyozni a korai kezelésbe vétel fontosságát, mely magában foglalja az egyes, nem kizárólag kannabiszhasználatra vonatkozó szűrést, rövid internvezncziós módszereket. Továbbá a későbbiekben olyan pszichoterápiás módszerek bevezetését, mint a motivációs interjú (MI) illetve a kognitív-viselkedés terápia (CBT) [18,19]**.**

A szűrés vonatkozásában egyrészről szükséges feltérképezni a szerhasználat intenzitását, a szerhasználat időtartamát és annak módját. Ezen kérdések megválaszolásában egyrészről az átfogó auto- illetve heteroanamnézis, továbbá a fenti kérdéseket objektivizáló, hazánkban is validált kérdőívek, mint a Droghasználat zavarainak szűrőtesztje (DUDIT) [20]**, a Kannabisz használat szűrőkérdőív (CAST)** [21] **és az Addikció Súlyossági Index (ASI)** [22,23]**.**

A pszichoterápiás beavatkozások egyéni- és csoportos formában is történhetnek. Ahogy a fentiekben említésre került az MI-nek és a CBT-nek van jelentősége KD-ban.

A KD-re vonatkozó diagnosztikai és beavatkozási algoritumust az 1. sz. ábrán foglaltuk össze. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás)

5. Kannabisz okozta megvonási szindróma (F12.30; 6C41.40)

5.1. Elméleti háttér

Figyelembe véve a Δ-9-THC hatás neurokémiai hátterét és annak neuropszichiátriai megjelenését a kannabisz megvonási szindróma (KMSZ) elsősorban pszichiátriai tünetekben nyilvánul meg, szomatikus tünetek ritkán, és enyhe-mérsékelt fokban jelennek meg (például: fejfájás, gyomortáji fájdalom, hidegrázás). Ily módon, amennyiben szükséges a KMSZ ellátása pszichiátriai ellátóhelyen történik.

5.2. Diagnózis és differenciál diagnózis

A KD-vel küzdő páciensek esetén a KMSZ megjelenése kb. 40%-ra tehető.

Ajánlás8

A KMSZ esetében is klinikai diagnózisról beszélhetünk, ahol a tünetek a súlyos és hosszantartó kannabiszhasználat (napi vagy majdnem napi szintű) abbahagyását követően alakul ki egy héten belül, a DSM-5 diagnosztikai kritériumrendszer szerint az alábbi tünetek közül legalább három fennállása esetén: 1. irritablitás, düh, agresszió; 2. idegesség vagy szorongás; 3. alvási nehézségek (például inszomnia, zavaró álmok); 4. csökkent étvágy vagy fogyás; 5. nyugtalanság; 6. depresszív hangulat; 7. az alábbi, jelentős testi tünetek közül legalább egy: gyomorfájdalom, remegés/reszketés, hidegrázás, láz, fejfájás [24]**.**

Differenciál diagnosztikai szempontból lényeges hangsúlyozni, hogy ezen tünetek nem más pszichoaktív szer megvonásával magyarázhatóak (például nikotin).

Általánosságban elmondható, hogy a KMSZ az utolsó kannabiszhasználatot követően 24–72 órával később alakul, a szindróma súlyosságának maximumát az első egy hétben belül eléri és általában 1–2 hétig tart. Kiemelendő, hogy az el- és átalvási nehézségek akár 30 napig is fennállhatnak [10]**. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás)**

5.3. Terápia

A terápia elsősorban a KD fennállásának feltérképezéséből, a szupportív jellegű nem-gyógyszeres kezelésből, továbbá amennyiben szükséges a pszichés tünetek gyógyszeres terápiájából áll.

A szupportív jellegű nem-gyógyszeres beavatkozások közé a szűrőtesztek elvégzése (CAST, DUDIT, ASI), a kannabiszhasználat mintázatának elemzése, a rövid intervenciós módszerek, a motivációs interjú, KD fennállása esetén a terápiára vonatkozó beavatkozások megkezdése.

Ajánlás9

A kannabiszmegvonási tünetekre specifikus terápia nem áll rendelkezésre. A megjelenő pszichiátriai tüneteket súlyosságuk saját tengelyén érdemes értelmezni, így kezelni is. Az olyan leggyakrabban megjelenő tünetekre, mint az irritabilitás, szorongás, nyugtalanság, lorazepám és diazepám alkalmazása javasolt. Az el- és átalvási nehézségek elhúzódása esetén átmeneti jelleggel Z-szer (zolpidem, zopiklon, eszopiklon, zaleplon) alkalmazható [10]**. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás)**

A terápiás beavatkozásokat a felépülési-modell értelmében is szervezhetjük. A SAMHSA (SubstanceAbuse and Mental Health Service Administration) munkacsoport definíciója szerint a felépülés olyan változási folyamat, melynek során a kliensek fokozatosan javítják fizikai egészségüket és életminőségüket, egyre inkább képesek az önálló és önirányított életvitelre, valamint arra törekednek, hogy elérjék teljes felépülési potenciáljukat. A felépülési modell 10 alapelvet tartalmaz, ezek: remény, személyközpontúság, több út vezethet a felépüléshez, holisztikus szemlélet, érintettek (sorstársak) támogatása, kapcsolatfókuszú, a traumával való foglalkozás, erősségekre épít, hangsúlyozza a felelősségtudatot, tisztelet (antistigma) [25].

6. A kannabisz-indukálta pszichotikus zavar (F12.50; 6C41.60)

6.1. Háttér

A kannabisz-indukálta pszichotikus zavar olyan kórállapot, mely pszichotikus tünetekkel (például téves eszmék, hallucinációk, dezorganizált gondolkodás stb.) jellemezhető, mely a kannabiszhasználat alatt, azt követően vagy KMSZ során jelentkezik. A BNO klasszifikációs rendszerek külön álló diagnosztikai kategóriaként értékelik a kannabiszhasználathoz tartozó zavarok körében, míg a DSM-5 diagnosztikai rendszere *Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok* témakörében a *Szer kiváltotta pszichotikus zavar* címszó alatt tárgyalja.

6.2. Diagnózis és differenciáldiagnózis

Ajánlás10

A diagnózis klinikai diagnózis. A diagnózis felállításának alapvető kritériuma legalább egy pszichotikus tünet fennállása (téves eszme és/vagy hallucináció), továbbá annak megállapítása, hogy ezen tünetek a kannabiszhasználat során, azt követően, vagy megvonási szindróma részeként jelentkeznek. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás) [9]

Ebben az esetben a differenciál diagnosztikának kulcsfontosságú jelentősége van egyrészről a kannabiszhasználat szkizofrénia kialakulását iniciáló hatása, továbbá a szkizofrénia és a kannabiszhasználat zavar együttes fennállása miatt.

Az elmúlt évtizedekben számos vizsgálat született a kannabiszhasználat és a szkizofrénia kapcsolatára vonatkozóan. Összességében megállapítható, hogy a korai (serdülőkor) rendszeres kannabisz fogyasztás jelentősen megnöveli a szkizofrénia kialakulásának kockázatát, továbbá megállapítható, hogy a közepesen súlyos, illetve súlyos fokú dependencia a későbbiekben is jelentősen megnöveli a pszichotikus tünetek kialakulásának kockázatát, melyek állandósulhatnak, vagy pszichózis spektrum betegséggé alakulhatnak [26,27].

Azt is igazolták, hogy szkizofrén páciensek 16%-a rendszeresen használ kannabiszt, továbbá 27%-uk életük során legalább egyszer használt [26].

Mindezek ellenére lényeges azt hangsúlyozni, hogy a legújabb vizsgálatok sem mutattak ki direkt ok-okozati összefüggést a kannabiszhasználat és a szkizofrénia kialakulása, avagy a kannabiszhasználat és a szkizofrénia tüneteinek súlyosbodása között [26,27].

Ugyanakkor a KD-val diagnosztizált páciensek esetén kulcsfontosságú a pszichoedukáció jelentősége ezen tények közlésére vonatkozóan, mindenek felett, ha a páciens szkizofrénia diagnózissal rendelkezik, vagy élete során pszichotikus epizód zajlott, továbbá kannabiszhasználattal és/vagy megvonással összefüggésben pszichotikus tünetek jelentkeztek.

6.3. Terápia

Ajánlás11

A pszichotikus tünetek kezelésére vonatkozóan a pszichózis ellátásban alkalmazott elvekre kell támaszkodni. Elsősorban a második generációs antipszichotikumokat kell előnyben részesíteni (kvetiapin, riszperidon, olanzapin). (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás) [28]

Ajánás12

A tünetek perzisztálása esetén felmerül az új típusú, harmadik generációs (aripiprazol, brexipiprazol, kariprazin) antipszihcotikumok alkalmazása is dopamin D2 receptor parciális agonista és a dopamin D3 receptor modulátor hatásuk miatt. Ugyanis ezen szereknek potenciálisan az addikciók kezelésében is pozitív hatásuk lehet. (Ajánlás rangsorolása: feltételes ajánlás)

A KD diagnózisának felállítását követően az arra vonatkozó terápiás elveket kell követni.

7. A kannabiszhasználat által kiváltott egyéb mentális zavarok

A kannabisz dependencia során, ahogy azt a korábbi fejezetekben is tárgyaltuk egyéb más pszichiátriai zavarok is társulhatnak.

Ezen kórképek (szorongásos zavarok, alvás-ébrenlét ciklus betegségei, depresszió) diagnózisának felállításában az elsődleges annak tisztázása, hogy ez valóban a kannabiszhasználattal összefüggésben alakultak ki és nem, a kannabiszhasználattal összefüggő (megvonási szindróma) egyéb pszichiátriai tünetekről van szó.

Amennyiben a KD diagnózisa megállapításra kerül a KD-ra vonatkozó terápiás elveket is követni kell. Egyebekben az adott mentális betegségre vonatkozó gyógyszeres és nem gyógyszeres irányelvek a mérvadóak. [12]

8. A szintetikus kannabinoidhasználat (6C42)

8.1. Háttér

A szintetikus kannabinoidokkal való visszaélés globális probléma. Ezen vegyületek először 2000-es évek elején jelentek meg mind az Európai Unió, mind az Egyesült Államok országaiban. A δ-9-THC alapvegyület módosításával kialakított vegyületek későn kerülnek a tiltott szerek listájára, így elérhetőségük ezért azon országokban, ahol a kannabiszhasználat szigorúan tiltott, könnyebb, általánosságban elmondható, hogy az árukat is figyelembe véve is könnyebben juthatnak hozzá.

Összességében elmondható, hogy a szintetikus kannabinoidhasználat pszichés és neuroszomatikus következményei miatt az egészségügyi ellátó rendszerek szempontjában nagy jelentőséggel bír. Hazai környezetben a biofű, herbál, műfű kifejezésket használják e szerekre.

Hatásukban a δ-9-THC-hoz hasonlóak, ugyanakkor egyrészről az alapvegyület módosítása miatt, másrészről az egyes adalékanyagok miatt jóval gyakrabban okoznak súlyosabb pszichiátriai tüneteket (pszichotikus tünetek), továbbá epilepsziás rohamokat (akár status epilepticus formájában), magas vérnyomást, súlyos hányást, ritmuszavarokat, rabdomiolízist és a veseelégtelenséget. Így az intoxikáció is pszichiátriai, neurointenzív és belgyógyászati beavatkozást igényel [29].

A megvonási szindróma is általában hosszabban zajlik le, lezajlása súlyosabb. Ellátása során magasabb a pszichofarmakon (benzodiazepin, antipszichotikum) igény.

Dependencia is könnyebben alakul ki.

Ugyanakkor figyelembe véve, hogy a problémakör relatíve új keletű a szintetikus kannabinoidhasználatnak a hosszú távú hatása még ismeretlen.

Diagnosztikai szempontból jelentős kihívást jelent, hogy a vizelet- és vértesztek az alapvegyület kimutatására készültek, így ezen szereket ily módon nem tudjuk azonosítani. Mind az intoxikáció, a megvonás és a dependencia diagnózisának felállítása esetén a klinikai tünetekre kell hagyatkozni.

Az egyes kórállapotok (intoxikáció, megvonás, dependencia) a kannabisznál leírtaknak megfelelően kell eljárni, értelemszerűen a tüneti súlyossághoz igazítva a terápiát.

9. A kannabisz helyzete kettős diagnózisok esetén

Pontos adat a kettős diagnózisokra vonatkozóan kannabiszhasználat zavarban nem áll rendelkezésre. Ugyanakkor elmondható, hogy elsődleges mentális betegséggel küzdő egyének esetén az átlagpopulációhoz viszonyítva magasabb a kannabiszhasználat előfordulása [12,13]. A pszichiátriai betegségek közül elsősorban a szkizofrénia, az unipoláris depresszió, a bipoláris affektív zavar, a poszttraumás stressz zavar, a szorongásos kórképek továbbá egyes személyiségzavarok (borderline és antiszociális) emelendőek ki [12]. Ezen megbetegedéseknél elsősorban a kettős diagnózis kialakulása a szelf-medikációs hipotézissel magyarázható. Terápiás szempontból fontos hangsúlyozni, hogy a KD-val és a pszichiátriai megbetegedéssel diagnosztizált páciensek esetén törekedni kell arra, hogy olyan gyógyszeres kezelést alkalmazzunk, mely az általános addiktív viselkedésmintázatot nem rontja (lásd típusos antipszichotikumok okozta fokozott drogkereső magatartás).

10. A kannabiszhasználat és egyéb szeraddikciók kapcsolata

A kannabiszhasználat és egyéb pszichoaktív szerhasználat együttes jelenlétére szintén kevés adat áll rendelkezésre. Az alkoholhasználat-zavar és a nikotinhasználat-zavar a leggyakrabban előforduló ko-morbiditások. De magasabb prevalencia értékeket figyelhetünk meg stimulánshasználat esetén is [12].

11. Speciális populációk

11.1. Terhesség és szoptatás

A δ-9-THC átjut a placentán, így károsítja a magzat egészséges fejlődését. Terhesség alatt a kannabiszhasználatot mindenféleképpen kerülni kell. A szoptatásra vonatkozóan kevés adat áll rendelkezésre, de KD-val küzdő egyének esetén ebben az esetben is javasolt a kannabiszhasználat mellőzése [30].

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licenc, akkreditáció stb.), kapacitása

Az egészségügyi szakmai irányelv alkalmazása a legtöbb felsorolt ajánlás esetén addiktológus pszichiáter szakorvosi kompetenciakörbe tartozik, ily módon szakvizsgához kötött. A további ajánlások (például pszichodiagnosztikai, pszichoterápiás feladatok) klinikai szakpszichológusi, illetve pszichoterápiás szakvizsgákhoz köthetőek. Az egészségügyi szakmai irányelv egyes ajánlásai továbbá alkalmazandóak mind az alapellátásban, mind az intézményi ellátás (ambuláns- és fekvőbeteg-ellátás) keretein belül.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A felsorolt szűréssel, állapotfelméréssel és diagnosztikai teendőkkel kapcsolatos tevékenységekhez szükséges szűrőtesztek és félig strukturált interjúk elérhetőek (ezek egy részét jelen egészségügyi szakmai irányelv függeléke is tartalmazza). A betegek vizsgálatához és a terápiás munkához nyugodt, zavartalan környezet biztosítása szükséges (például iroda). A betegek hatékony továbbirányítása elsődlegesen az ellátóhelyek közötti aktív kommunikáció által biztosítható.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az egészségügyi szakmai irányelv felnőtt, KD-val érintett populáció ellátására vonatkozik. A terápia fontos része a pszichoedukáció, vagyis a beteg saját egészségügyi állapotával és addikciójával kapcsolatos információk mélyítése, az esetleges tévhitek feloszlatása.

1.4. Egyéb feltételek

Egyéb feltétel nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Az egyes addiktológiai ellátóhelyek saját tevékenységi körébe tartozik az esetleges betegtájékoztatók és további, pszichoedukációs oktatási anyagok betegek számára történő biztosítása.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

A fentiekben említett szűrőtesztek és félig strukturált interjúk nem csak az állapotfelmérésben és a kezelési célok meghatározásában, de az ellátás során bekövetkező potenciális változások monitorozása céljából is alkalmazhatóak.

2.3. Táblázatok

1. táblázat: KD DSM kritériumai [9]

2.4. Algoritmusok

1. ábra: A kannabisz dependencia (KD) ellátási algoritmusa

Egyéb dokumentumok

Nem készült.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Ajánlás2

A diagnózis elsősorban a klinikai tünetekre továbbá a kannabisz fogyasztás tényére támaszkodik. Mindemellett a javasolt a Δ-9-THC kimutatása mind vizelet-, mind vérvizsgálat útján. Akut intoxikáció során a vérvizsgálat preferáltnak kell tekinteni. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás) [10]

Gyakorlati alkalmazás mutatója:
A gyakorlat és a betegutak felülvizsgálata, annak megállapítására, hogy milyen mértékben történik az adott vizsgálatok elvégzése és a betegtovábbítás a sürgősségi ellátás területéről (a detoxikálást követően) a pszichiátriai/addiktológiai ellátás irányába.

Ajánlás4
A kannabisz intoxikáció akut fázisa pár óra alatt spontán szűnik. Ugyanakkor bizonyos esetekben (nagyfokú anxietás, hosztilis viselkedés) pszichofarmakoterápia bevezetésére és szupportációra van szükség. Anxiolítikumok közül a lorazepám javasolt, szoros obszerváció mellett [8,11]**.**
Az akut fázis lezajlását követően a káros kannabisz használat és a kannabiszdependenciafelismerése miatt szükséges a mentális egészségügy bevonása különösképp a rizikócsoportokba tartozó egyének (elsődleges pszichiátriai diagnózissal bíró egyének) esetében. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás)[12]

Gyakorlati alkalmazás mutatója:
A betegutak és a gyógyszeres javaslat felülvizsgálata, annak megállapítására, hogy milyen gyógyszer kerül alkalmazásra továbbá megtörténik-e a betegtovábbítás a sürgősségi ellátás területéről (a detoxikálást követően) a pszichiátriai/addiktológiai ellátás irányába.

Ajánlás5
A szűrés vonatkozásában egyrészről szükséges feltérképezni a szerhasználat intenzitását, a szerhasználat időtartamát és annak módját. Ezen kérdések megválaszolásában egyrészről az átfogó auto-, illetve heteroanamnézis, továbbá a fenti kérdéseket objektivizáló, hazánkban is validált kérdőívek, mint a Droghasználat zavarainak szűrőtesztje (DUDIT) [20]**, a Kannabisz használat szűrőkérdőív (CAST)** [21] **és az Addikció Súlyossági Index (ASI)** [22,23]**.**

Gyakorlati alkalmazás mutatója:
Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg az addiktológiai ellátás keretein belül az adott tesztek felvétele és a páciensek ezek alkalmazása mentén történő kezelése.

Kimeneti indikátorok
A fennálló, KD-hoz köthető problémák és tünetek megszűnése vagy jelentős enyhülése, ideértve a társadalmi, (re) szocializációs eredményesség mutatóit is. Az eredményesség részterületei között említhetjük a családi kapcsolatokat, a különböző közösségekbe (például munkahelyi, felsőoktatási) való beilleszkedést, potenciálisan az először vagy újra munkába állást és a munkahely megtartását, a mindennapi önállóság szintjének javulását, a személyes közérzet és életminőség pozitív változásait, a társas környezetre való hatás pozitív irányú változásait.
Az eredményesség mérése/becslése személyre szabott módon, az érintett egyéni képességeinek, kompetenciáinak, a fennálló KD súlyosságának és a társuló problémák mértékének mindenkori figyelembevételével történik.

Minőségi indikátorok
a) Számszerűsíthető, statisztikailag elemezhető mutatók:
Az ellátórendszer által dokumentált, KD-vel diagnosztizált betegek között:
– Az egyéni igényeknek megfelelő terápiás, valamint pszichoszociális ellátásban ténylegesen részesülők aránya
– Megfelelő oktatási, valamint szociális elhelyezések aránya
– Az ellátás hatékonyságának mutatói: tünetsúlyosság, absztinens időszakok hosszúsága, társuló pszichiátriai tünetek alakulása
– A relapszust mutató, kezelésbe visszakerülő betegek aránya
– Az akut ellátásra szorulók (például sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai kezelés stb.) aránya.
b) Ellátás különböző színterein vizsgált indikátorok:
– Az KD-val összefüggő tevékenységekkel eltöltött idő változása
– Pszichoaktív gyógyszerek szükségessége, potenciális elhagyása
– Életminőség változásának nyomon követése szülők, családtagok és az érintett kikérdezésével
– Az addikciós tünetek súlyosságának alakulása standardizált mérőeszközök segítségével

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. Jelen egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata és kiegészítése az adaptált nemzetközi irányelvek aktualizálása, frissítése esetén, valamint a hazai kannabiszprobléma felmérését célzó, reprezentatív mintás epidemiológiai vizsgálatok újabb eredményei ismeretében válhat szükségessé. Szintén ilyen tényezőként nevesíthető a hazai ellátórendszerben potenciálisan bekövetkező jelentősebb változás, valamint a jogszabályi háttért illető releváns változás. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálatának kezdeményezését az Addiktológia Tagozat vezetője végzi, aki kijelöli a tartalomfejlesztésért felelős munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által megjelölt szakértőket (delegáltak). A fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt az aktualizálás mértékéről és jellegéről.

IX.IRODALOM

[1.] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developer's handbook (Revised version). 2023.

[2.] United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. 2020.

[3.] Paksi B, Pillok P, Magi A, Demetrivics Z, Felvinczi K. [The National Survey on Addiction Problems in Hungary 2019 (NSAPH): Methodology and sample description]. Neuropsychopharmacol Hung 2021;23:184–207.

[4.] Atakan Z. Cannabis, a complex plant: different compounds and different effects on individuals. Ther Adv Psychopharmacol 2012;2:241–54. https://doi.org/10.1177/2045125312457586.

[5.] ElSohly MA, Mehmedic Z, Foster S, Gon C, Chandra S, Church JC. Changes in Cannabis Potency Over the Last 2 Decades (1995-2014): Analysis of Current Data in the United States. Biol Psychiatry 2016;79:613–9. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.01.004.

[6.] Haspula D, Clark MA. Cannabinoid Receptors: An Update on Cell Signaling, Pathophysiological Roles and Therapeutic Opportunities in Neurological, Cardiovascular, and Inflammatory Diseases. Int J Mol Sci 2020;21. https://doi.org/10.3390/ijms21207693.

[7.] Freeman TP, Craft S, Wilson J, Stylianou S, ElSohly M, Di Forti M, et al. Changes in delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) concentrations in cannabis over time: systematic review and meta-analysis. Addiction 2020;116:1000–10. https://doi.org/10.1111/add.15253.

[8.] Schmid Y, Scholz I, Mueller L, Exadaktylos AK, Ceschi A, Liechti ME, et al. Emergency department presentations related to acute toxicity following recreational use of cannabis products in Switzerland. Drug Alcohol Depend 2019;206:107726. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107726.

[9.] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.

[10.] Connor JP, Stjepanović D, Budney AJ, Le Foll B, Hall WD. Clinical management of cannabis withdrawal. Addiction 2022;117:2075–95. https://doi.org/10.1111/add.15743.

[11.] Baraniecki R, Panchal P, Malhotra DD, Aliferis A, Zia Z. Acute cannabis intoxication in the emergency department: the effect of legalization. BMC Emerg Med 2021;21:32. https://doi.org/10.1186/s12873-021-00428-0.

[12.] Hasin D, Walsh C. Cannabis Use, Cannabis Use Disorder, and Comorbid Psychiatric Illness: A Narrative Review. J Clin Med 2020;10. https://doi.org/10.3390/jcm10010015.

[13.] Rup J, Freeman TP, Perlman C, Hammond D. Cannabis and mental health: Prevalence of use and modes of cannabis administration by mental health status. Addict Behav 2021;121:106991. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106991.

[14.] Blanco C, Flórez-Salamanca L, Secades-Villa R, Wang S, Hasin DS. Predictors of initiation of nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine use: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). Am J Addict 2018;27:477–84. https://doi.org/10.1111/ajad.12764.

[15.] Blanco C, Rafful C, Wall MM, Ridenour TA, Wang S, Kendler KS. Towards a comprehensive developmental model of cannabis use disorders. Addiction 2013;109:284–94. https://doi.org/10.1111/add.12382.

[16.] Courtney KE, Mejia MH, Jacobus J. Longitudinal Studies on the Etiology of Cannabis Use Disorder: A Review. Curr Addict Rep 2017;4:43–52. https://doi.org/10.1007/s40429-017-0133-3.

[17.] Franchitto N. [Cannabis use and somatic consequences]. Rev Prat 2020;70:69–77.

[18.] Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. Cochrane Database Syst Rev 2016;2016:CD005336. https://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub4.

[19.] Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. J Consult Clin Psychol 2000;68:898–908.
[20.] Matuszka B, Bácskai E, Berman AH, Czobor P, Sinadinovic K, Gerevich J. Psychometric characteristics of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) and the Drug Use Disorders Identification Test-Extended (DUDIT-E) among young drug users in Hungary. Int J Behav Med 2014;21:547–55. https://doi.org/10.1007/s12529-013-9336-8.
[21.] Gyepesi A, Urbán R, Farkas J, Kraus L, Piontek D, Paksi B, et al. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian samples of adolescents and young adults. Eur Addict Res 2013;20:119–28. https://doi.org/10.1159/000353238.
[22.] Gerevich J, Bácskai E, Kó J, Rózsa S. Reliability and validity of the Hungarian version of the European Addiction Severity Index. Psychopathology 2005;38:301–9. https://doi.org/10.1159/000088918.
[23.] Rácz J, Pogány C, Máthé-Árvay N. Az EuropASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. Magyar Pszichológiai Szemle 2002;57:587–603. https://doi.org/10.1556/mpszle.57.2002.4.4.
[24.] Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
[25.] SAMHSA. SAMHSA'sWorkingDefinition of Recovery - 10 GuidingPrinciples of Recovery. 2024.
[26.] Patel S, Khan S, M S, Hamid P. The Association Between Cannabis Use and Schizophrenia: Causative or Curative? A Systematic Review. Cureus 2020;12:e9309. https://doi.org/10.7759/cureus.9309.
[27.] Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. Schizophr Bull 2016;42:1262–9. https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003.
[28.] Siafis S, Tzachanis D, Samara M, Papazisis G. Antipsychotic Drugs: From Receptor-binding Profiles to Metabolic Side Effects. Curr Neuropharmacol 2018;16:1210–23. https://doi.org/10.2174/1570159X15666170630163616.
[29.] Trecki J, Gerona RR, Schwartz MD. Synthetic Cannabinoid-Related Illnesses and Deaths. N Engl J Med 2015;373:103–7. https://doi.org/10.1056/NEJMp1505328.
[30.] van Gelder MMHJ, Reefhuis J, Caton AR, Werler MM, Druschel CM, Roeleveld N, et al. Characteristics of pregnant illicit drug users and associations between cannabis use and perinatal outcome in a population-based study. Drug Alcohol Depend 2010;109:243–7. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.01.007.

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének megkezdésekor az Addiktológia Tagozat elnöke és egyben irányelvfejlesztő csoport kapcsolattartója határozta meg a fejlesztőcsoport tagjait és a tagok feladatait. A fejlesztőcsoport vezetője azokról a szakterületekről kért fel társszerzőt a fejlesztőcsoportba, melyek a jelen egészségügyi szakmai irányelv tartalmában szakértők, illetve az ellátási folyamatában aktív szerepet töltenek be. Az irányelv felülvizsgálata a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irodalomkeresés során az elsődleges fókuszt a nemzetközi gyakorlatban elérhető, a kannabiszhasználattal, a kanabbiszhasználattal kapcsolatos megbetegedések és annak terápiájával kapcsolatos irányelvek azonosítása és feldolgozása, valamint az ezen irányelvekből átvett tartalmak és ajánlások mellett a kurrens szakirodalomban fellelhető szisztematikus áttekintő tanulmányok és meta-analízisek megtalálása és azok főbb konklúzióinak integrálása jelentette.

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének meghatározó eleme volt tehát a szisztematikus szakirodalomkeresés, a szelekció és az elemzés. Az irodalomkeresés elsősorban a Magyar Orvosi Bibliográfiában, a PubMed-en és a Cochrane-adatbázisban fellelhető publikációk alapján történt. Az adatbázisokban egyebek mellett a következő keresőszavakat és kombinációkat használtuk: „kannabisz használat", „kannabisz dependencia", „kannabiszhasználati zavar", „kannabisz intoxikáció", „kannabisz okozta pszichotikus zavarok", „szintetikus kannabinoidok", „meta-analízis", „szisztematikus áttekintő tanulmány", „kezelési hatékonyság", „pszichoterápia", „farmakoterápia", „cannabis use", „cannabis use disorder", „cannabis withdrawal syndrome", „cannabis intoxication", „cannabis induced psychotic disorders"; „dual disorders and cannabis use"; „guideline", „meta-analysis", „systematicreview", „treatmenteffectiveness", „psychotherapy", „pharmacotherapy".

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix"), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok a hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyíték-háttér alapján történt. Az ajánlások kialakítása informális konszenzussal valósult meg.

5. Véleményezés módszere

Véleményezésre azokról a szakterületekről kérte fel a fejlesztőcsoport vezetője az Egészségügyi Szakmai Kollégium Tagozatainak vezetőit, akik valamennyi ellátón belül is kiemelt jelentőségű ellátási feladattal rendelkeznek. A véleményezést végző tagozatoktól beérkező módosítási javaslatokat a fejlesztőcsoport megvizsgálta és a szakmailag indokolt esetekben az irányelvtervezet módosítása mellett döntött. A módosított verzió elfogadását a tagozatok egyetértési nyilatkozatban igazolták.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértő nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készült.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Droghasználat Zavarainak Szűrőtesztje (DUDIT)

Id. nr. ☐☐☐☐☐☐

DUDIT Drug Use Disorders Identification Test

Kérjük, hogy az Önre érvényes választ jelölje meg az egyes kérdéseknél.

☐ **Férfi** ☐ **Nő** **Életkor** ☐☐

1. Milyen gyakran használ Ön drogokat az alkoholon kívül?	Soha ☐	Havonta egyszer vagy ritkábban ☐	Havonta 2-4 alkalommal ☐	Hetente 2-3 alkalommal ☐	Heti 4 alkalommal vagy gyakrabban ☐
2. Egy alkalommal használ-e Ön egynél többféle drogot?	Soha ☐	Havonta egyszer vagy ritkábban ☐	Havonta 2-4 alkalommal ☐	Hetente 2-3 alkalommal ☐	Heti 4 alkalommal vagy gyakrabban ☐
3. Egy tipikus napon, amikor Ön drogot fogyaszt, hányszor használja a szereket?	0 ☐	1-2 ☐	3-4 ☐	5-6 ☐	7 vagy több ☐
4. Milyen gyakran áll Ön drogok súlyos befolyásoltsága alatt?	Soha ☐	Ritkábban, mint havonta ☐	Minden hónapban ☐	Minden héten ☐	Naponta, vagy majdnem minden nap ☐
5. Az elmúlt év során érezte-e a drogok iránti vágyódását olyan erősnek, hogy nem tudott ellenállni a használatuknak?	Soha ☐	Ritkábban, mint havonta ☐	Minden hónapban ☐	Minden héten ☐	Naponta, vagy majdnem minden nap ☐
6. Az elmúlt év során előfordult-e, hogy nem volt képes abbahagyni a drogfogyasztást?	Soha ☐	Ritkábban, mint havonta ☐	Minden hónapban ☐	Minden héten ☐	Naponta, vagy majdnem minden nap ☐
7. Az elmúlt év során milyen gyakran fordult elő, hogy drogfogyasztást követően elhanyagolt valamit, amit meg kellett volna tennie?	Soha ☐	Ritkábban, mint havonta ☐	Minden hónapban ☐	Minden héten ☐	Naponta, vagy majdnem minden nap ☐
8. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő Önnel, hogy egy súlyos drogfogyasztás után másnap reggel is drogot kellett fogyasztania?	Soha ☐	Ritkábban, mint havonta ☐	Minden hónapban ☐	Minden héten ☐	Naponta, vagy majdnem minden nap ☐
9. Az elmúlt évben milyen gyakran érzett Ön bűntudatot vagy lelkifurdalást drog használata miatt?	Soha ☐	Ritkábban, mint havonta ☐	Minden hónapban ☐	Minden héten ☐	Naponta, vagy majdnem minden nap ☐
10. Valaha megsérült-e Ön vagy valaki más lelkileg vagy fizikailag az Ön drogfogyasztása miatt?	Nem ☐	Igen, de nem az elmúlt évben ☐			Igen, az elmúlt év folyamán ☐
11. Aggódott-e már rokon, barát, orvos nővér vagy bárki más az Ön drogfogyasztása miatt, vagy mondta-e azt, hogy fel kellene hagynia a drogok fogyasztásával?	Nem ☐	Igen, de nem az elmúlt évben ☐			Igen, az elmúlt év folyamán ☐

A drogok listájának megtekintéséhez fordítsa meg a papírt

Authorized Hungarian Translation © Addiktológiai Kutató Intézet, 2011, adki@t-online.hu

© 2002 Anne H. Berman, Hans Bergman, Tom Palmstierna & Frans Schlyter
Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. Correspondence: anne.h.berman@ki.se

Drogok Listája

(Megjegyzés! Nincs alkohol!)

Kannabisz	Amfetaminok	Kokain	Opiátok	Hallucinogének	Szerves oldószerek/ inhalánsok	GHB és egyéb
Marihuána Hasis Hasis olaj	Metamfetamin Phenmetraline Khat Betel dió Ritalin (metilfenidat)	Crack Szabad bázisú kokain Kokalevél	Inhalált heroin Heroin Opium	Ecstasy LSD (Lizergsav) Meszkalin Peyote PCP, angyalpor (Phencyclidin) Psilocybin (gomba) DMT (Dimethyltryptamine)	Hígító Triklóretilén Gázolaj/benzin Gáz Oldószer Ragasztó	GHB Anabolikus szteroi-dok Nevetőgáz (Halotán) Amil-nitrát Antikolinerg hatású vegyületek Kati

Authorized Hungarian Translation © Addiktológiai Kutató Intézet, 2011, adki@t-online.hu

TABLETTÁK-GYÓGYSZEREK

A tabletták akkor számítanak drogoknak, ha az alábbiak szerint használja:

- ha az orvosa által előírtnál többször vagy gyakrabban szedi;
- ha azért szedi, hogy szórakozzon, jól érezze magát, feldobódjon, vagy csak kíváncsi arra, hogy milyen hatással vannak Önre;
- ha rokonaitól vagy barátaitól kapott tablettákat szed;
- ha a „feketepiacon” vásárolt vagy lopott tablettákat szed.

© 2002 Anne H. Berman, Hans Bergman, Tom Palmstierna & Frans Schlyter
Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. Correspondence: anne.h.berman@ki.se

Nyugtatók/Altatók

Andaxin
Anxiron
Atarax
Clonazepam-Tarchomin
Diazepam
Dormicum
Elenium
Eunoctin
Frisium
Grandaxin
Frontin
Helex
Heminevrin
Hypnogen
Imovane
Librium
Medazepam
Midazolam
Pidezol
Rivotril
Rudotel
Rusedal
Sanval
Seduxen
Sevenal
Sevenaletta
Somnogen
Somnol
Sonata
Spitomin
Stesolid
Stilnox
Trioxazin
Xanax
Zolep
Zolpidem
Zopigen

Fájdalomcsillapítók

Adamon
Algoflex
Algopyrin
Aspirin
Cataflam
Coderetta N
Coderit N
Contramal
Diclofenac
Diclac
Dolforin
Durogesic
Efferalgan
Fentanyl
Jurnista
Kalmopyrin
Keplat
Matrifen
M-Eslon
Metadon
Mexalen
Miralgin
Morphinum Hydrochloricum
MST Continus
Myoflexin
Neodolpasse
Oxycontin
Paracetamol
Palladone
Panadol
Paramax
Profenid
Ralgen
Rubophen
Sedaton
Sevredol
Suboxone
Suppositorium analgeticum forte
Talvosilen Forte
Tramadol
Tramadolor
Tramalgic

A tabletták NEM számítanak drogoknak, amennyiben orvosa által kerültek felírásra és Ön az orvosa által előírt adagolás szerint szedi őket.

Kannabisz Használat Szűrőtesztje (CAST)

9. A Kannabisz Használat Szűrőtesztje (CAST-HU)

Az alábbi kérdések a kannabisz (marihuána/hasis) használatodra vonatkoznak. Ha használtál kannabiszt az elmúlt 12 hónap során, akár csak egyetlen egyszer is, kérlek, jelöld meg az alábbi válaszok közül azt, amelyik a leginkább jellemző rád! A válaszaidat az **elmúlt 12 hónapra vonatkozóan** add meg!

Az elmúlt 12 hónapban…

(1) … szívtál kannabiszt délelőtt?

soha ritkán időnként elég gyakran nagyon gyakran

(2) … szívtál kannabiszt, amikor egyedül voltál?

soha ritkán időnként elég gyakran nagyon gyakran

(3) … voltak memória problémáid a kannabisz használatod miatt?

soha ritkán időnként elég gyakran nagyon gyakran

(4) … mondták barátaid vagy családtagjaid, hogy csökkentened kellene a kannabisz használatod?

soha ritkán időnként elég gyakran nagyon gyakran

(5) … próbáltad csökkenteni vagy teljes mértékben abbahagyni a kannabisz használatodat sikertelenül?

soha ritkán időnként elég gyakran nagyon gyakran

(6) … voltak problémáid a kannabisz használatod miatt (vita, verekedés, baleset, szorongásos rohamok, rossz iskolai eredmény stb.)?

soha ritkán időnként elég gyakran nagyon gyakran

Pontozás:

A „soha", „ritkán" és „időnként" válaszok 0 pontot érnek

Az „elég gyakran" és „nagyon gyakran" válaszok 1 pontot érnek

Értékelés:

Nincs kockázat = 0 pont

Alacsony kockázat = 1- 2 pont

Mérsékelt kockázat = 3 pont

Magas kockázat ≥ 4 pont

Addikció Súlyossága Skála (ASI)

10. Addikció Súlyossága Skála - Kannabisz (SDS-Can-HU)

A következő kérdések a kannabisz (marihuána, hasis) használatodra vonatkoznak. Kérjük minden egyes kérdésnél, jelöld, hogy melyik állítás áll a legközelebb az igazsághoz AZ ELMÚLT 12 HÓNAPRA vonatkozóan!

Az ELMÚLT 12 HÓNAP során…

… felmerült-e benned, hogy marihuána/hasis használatod kicsúszott az irányításod alól?	soha vagy szinte soha	néha	gyakran	mindig vagy majdnem mindig
… előfordult-e veled, hogy egy szívás lehetőségének kihagyása miatt nyugtalan és ideges lettél?	soha vagy szinte soha	néha	gyakran	mindig vagy majdnem mindig
… aggódtál-e kannabisz használatod miatt?	egyáltalán nem	egy kicsit	eléggé	nagyon
… kívántad-e, hogy bárcsak abba tudnád hagyni a kannabisz használatod?	soha vagy szinte soha	néha	gyakran	mindig vagy majdnem mindig
Mennyire lenne nehéz számodra abbahagyni a szívást vagy kibírni marihuána/hasis nélkül?	nem lenne nehéz	valamennyire nehéz lenne	nagyon nehéz lenne	lehetetlen

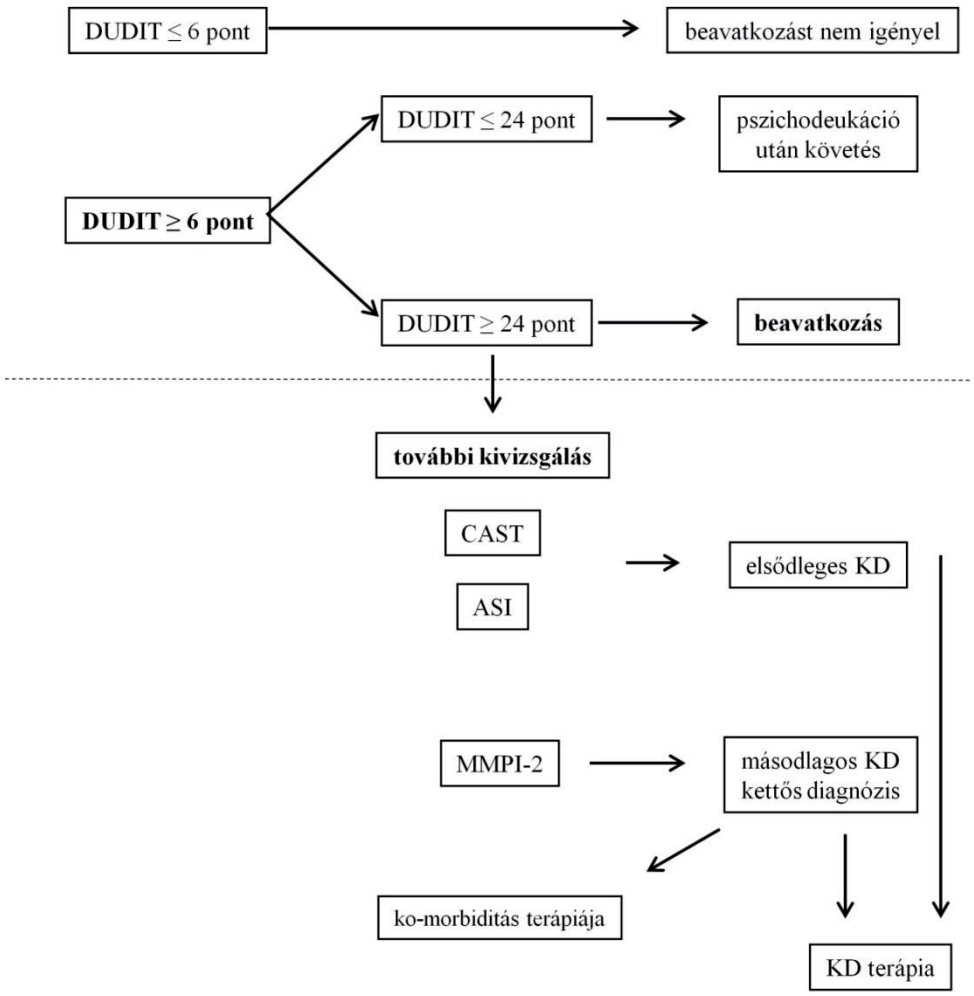
1.3. Táblázatok

1. táblázat: KD DSM kritériumai [9]

KD tünetei (DSM-5)
A kannabisz használatának olyan problematikus mintázata, mely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy szenvedéshez vezet, ami az alábbiak közül legalább kettőben megnyilvánul egy 12 hónapos időszak során
A személy gyakran fogyaszt nagyobb mennyiségű kannabiszt vagy hosszabb időn keresztül, mint azt szeretné.
Tartós vágy vagy sikertelen próbálkozások a kannabiszhasználat csökkentésére vagy uralására.
A személy jelentős mennyiségű időt fordít a kannabisz beszerzésével, használatával vagy hatásaiból való felépülésével kapcsolatos tevékenységekre.
A kannabiszhasználat iránti sóvárgás, erős vágy vagy késztetés.
Visszatérő kannabiszhasználat, mely a munkahelyi, iskolai vagy otthoni szerepkötelezettségek teljesítésének kudarcát eredményezi.
Folyamatos kannabiszhasználat a kannabisz hatásainak következtében kialakuló vagy azok következében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő társas és interperszonális problémák ellenére.
A fontos társas, foglalkozásbeli vagy szabadidős tevékenységek feladása vagy csökkenése a kannabiszhasználat zavar következtében.
Ismétlődő kannabiszhasználat olyan helyzetekben, ahol ez fizikai veszélyt jelent.
Folyamatos kannabiszhasználat a nagy valószínűséggel a kannabiszhasználat következtében kialakuló vagy annak következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő testit vagy pszichológiai problémák ellenére.
Tolerancia (a. Az intoxikáció vagy a kívánt hatás eléréséhez szükséges kannabisz mennyiségének kifejezett megnövekedése. b. Ugyanolyan mennyiségű kannabisz alkalmazásakor kifejezett hatáscsökkenés.)
Megvonás (a. Jellegzetes kannabisz megvonási szindróma b. Kannabisz fogyasztása a megvonási tünetek enyhítésére vagy elkerülésére.

1.4. Algoritmusok

1. ábra: A kannabisz dependencia (KD) ellátási algoritmusa



1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készültek.