III. RÉSZ
Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

IV. RÉSZ
Útmutatók

V. RÉSZ
Közlemények

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve az opioid használati zavarról és kezeléséről

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002289
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 évig

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **AddiktológiaTagozat**
   Dr. Szemelyácz János, pszichiáter, addiktológus, pszichoterapeuta, elnök, társszerző
2. **PszichiátriaTagozat**
   Dr. Réthelyi János, pszichiáter, elnök
3. **Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**
   Dr. Kovács Péter, klinikai szakpszichológus, elnök
   Fejlesztő munkacsoport tagjai:
   Dr. Kapitány-Fövény Máté, klinikai szakpszichológus, társszerző
   Dr. Farkas Judit, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
   Köves Cecília, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
   Batal Brigitta Aishah, pszichológus, társszerző
   Bátai Domonkos, pszichológus, társszerző
   Holczer Benjamin, pszichológus, társszerző
   Balogh Gábor, pszichológus, társszerző
   Kiss Anna, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
   Dr. Kis Gabriella, pszichiáter, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Ápolás, szakdolgozói és Szülésznő Tagozat**
   Ujváriné Dr. Siket Adrienn, diplomás ápoló, elnök, véleményező
2. **Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcsere-betegségek Tagozat**
   Dr. Bedros J. Róbert, belgyógyász, reumatológus, foglalkozás-egészségügyi szakorvos, elnök, véleményező
3. **Dietetika, humán táplálkozás Tagozat**
   Gubicskóné Dr. Kisbenedek Andrea, dietetikus, élelmiszer-minőségbiztosító, agrármérnök, elnök, véleményező
4. **Gasztroenterológia és hepatológia Tagozat**
   Prof. Dr. Wittmann Tibor, gasztroenterológus, belgyógyász, elnök, véleményező
5. **Geriátria és krónikus ellátás Tagozat**
   Dr. Zöllei Magdolna, belgyógyász és geriáter szakorvos, elnök, véleményező

6. **Háziorvostan Tagozat**
   Dr. Szabó János, háziorvos, elnök, véleményező
7. **Neurológia Tagozat**
   Dr. Óváry Csaba, neurológus, elnök, véleményező
8. **Oxyológia-sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan Tagozat**
   Dr. Varga Csaba, aneszteziológus intenzív terápiás, oxyológus, addiktológus és sürgősségi orvostan szakorvos, elnök, véleményező
9. **Szülészet és Nőgyógászat Tagozat**
   Dr. Nagy Sándor, szülészet-nőgyógyászat, klinikai genetika, szülészeti-nőgyógyászati ultrahang diagnosztika szakorvosa, elnök, véleményező
10. **Aneszteziológia és intenzív terápia Tagozat**
    Prof. Dr. Molnár Zsolt, aneszteziológia és intenzív terápia szakorvosa, elnök, véleményező

„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 került 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:	az opioid okozta dependenciával kapcsolatos zavarok, opioidhasználati zavar, opioid okozta megvonási szindróma, opioidszubsztitúciós kezelés
Ellátási folyamat szakasza(i):	diagnosztika, állapotfelmérés, kezelés
Érintett ellátottak köre:	opioidhasználati zavarral küzdő felnőttek
Érintett ellátók köre:	
Szakterület:	1800 pszichiátria 1801 addiktológia 1805 pszichoterápia 6301 háziorvosi ellátás 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia

	7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia 7600 dietetika 7302 pszichiátriai szakápolás és mentálhigiéné 0100 belgyógyászat 0104 gasztroenterológia 0400 szülészet 0106 geriátria 0900 neurológia 4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás 4604 sürgősségi pszichiátria
Ellátási forma:	A1alapellátás, 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 ambulanciákon (például Drogambulanciák) és addiktológiai osztályokon kívül közvetve a toxikológiai ellátás területe említhető meg.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. **Fogalmak**

Agonista kezelés: olyan terápiás megközelítés, amelyet opioid függőség kezelésére használnak, ahol az opioid agonisták (például metadon vagy buprenorfin) adásával történik, amelyek aktiválják az opioid receptorokat. A hangsúly a farmakológiai hatásokon van.

Antiepileptikum: Heterogén gyógyszercsoport, melyek elsősorban az epilepsziás rohamok megelőzésében játszanak szerepet, ugyanakkor egyes típusaik fázisprofilaktikus hatással, más típusaik a GABA rendszerre kifejtett jótékony hatásuk miatt anxiolitikus és az alkoholhasználat zavarának szempontjából pozitív hatással bírnak.

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.

Heroin: másnéven diacetilmorfin (ritkábban: diamorfin), félszintetikus morfinszármazék, vagyis farmakon, melyet a Papaver somniferum (kerti mák) növény szárított tejnedvéből szintetizálnak. Az egyik legmagasabb addikciós potenciállal rendelkező pszichoaktív szer.

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.

Megvonásos konvulzív rosszullét: az opioidok okozta megvonási szindróma talaján kialakuló provokált epilepsziás roham. Ez lehet egyszeri esemény, de a rohamok halmozódva is megjelenhetnek, status epilepticus formájában. Ez utóbbi esetben a megvonásos szindróma kezelésével párhuzamosan a status epilepticus megfelelő terápiája is szükséges (lásd epilepszia és epilepsziás rohamok kezelése című irányelvet).

Minnesota Modell: a beteg függőségét krónikus betegségként fogadja el (reális betegségbelátás), amely nem gyógyul meg, de abból felépülés lehetséges. A kezelés célja a teljes absztinencia elérése és fenntartása. A kezelés során fontos szerepet kap a multiprofesszionális szemlélet, az önsegítő csoportok felépülési programja, a csoportterápia, valamint a tapasztalati szakértők terápiás munkába való bevonása.

Opiát: az éretlen mákgubóból kinyert tejnedv koncenctrátumából, az ópiumból eredeztethető fenantrénvázas félszintetikus vegyületek gyűjtőneve.

Opiátok használata okozta dependencia: a BNO klasszifikációs rendszerben az opioidhasználat zavarának megfelelő diagnosztikai kritériummal rendelkező kórkép.

Opioid agonista gyógyszeres kezelés: Az opioid agonista gyógyszerek farmakológiailag elfoglalják és aktiválják az opioid receptorokat a szervezetben. Ezáltal enyhítik az elvonási tüneteket és csökkentik vagy megszüntetik az opioidok iránti sóvárgást.

Opioid antagonista gyógyszerek: Az opioidantagonista gyógyszerek farmakológiailag elfoglalják az opioidreceptorokat, de nem aktiválják azokat. Ezáltal hatékonyan blokkolják a receptort, megakadályozva, hogy az idegrendszer más, exogén módon bevitt opioidokra reagáljon. Az opioidok további használata így nem okoz sem fájdalomcsillapítást, sem eufóriát vagy mámort.

Opioid detoxifikáció: Az opioid detoxifikáció abban támogatja a szolgáltatást igénybe vevőket, hogy biztonságosan és hatékonyan abbahagyják az opioidok használatát, miközben minimalizálják a megvonási tüneteket. A folyamat időtartama egyénenként változó, általában legfeljebb 28 napig tart fekvőbetegként vagy 12 hétig járóbetegként.

Opioid indukált pszichotikus zavarok: az opioidhasználat-, vagy megvonás talaján kialakuló pszichotikus (hallucináció, delúzió, dezorganizáció) tünetképződéssel járó kórkép.

Opioid megvonási szindróma: az opioid és opiát okozta dependenciában szenvedő páciensek esetén kialakuló neuropszichiátriai és belszervi tünetekkel járó kórállapot, melya hosszantartó opioid és opiát fogyasztás csökkentése vagy abbahagyása következtében lép fel.

Opioid toxidróma: nagy mennyiségű, az opioidhasználattal felszaporodó toxin jelenléte mellett kialakuló tünetszindróma.

Opioid: az opioid-receptorokon keresztül agonista vagy antagonista hatást kifejtő félszintetikus és szintetikus opioid-származékok és endogén peptidek gyűjtőfogalma.

Opioidhasználati zavar: a DSM 5 diagnosztikai rendszerében az opioidfogyasztás patológiás, többnyire kontrollvesztéssel és megvonási tünetekkel járó mintázata az elmúlt 12 hónapra vonatkozólag. Opioidhasználati 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.

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.

Szubsztitúciós kezelés: olyan terápiás megközelítés, amelyet opioid függőségben szenvedő betegek kezelésére használnak. Az illegálisan használt opioidokat orvosi felügyelet mellett adagolt, opioid agonistákkal (például metadonnal vagy buprenorfinnal) helyettesítik. A kezelés magában foglalhatja pszichoszociális támogatást is. A kifejezés az agonista kezeléshez képest tágabb értelmű, a hangsúly a kezelési rendszeren van.

2. Rövidítések

ASAM:	American Society of Addiction Medicine (Amerikai Addiktológiai Társaság)
BDZ:	Benzodiazepin
BNO:	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
CBT:	cognitive behavioural therapy, kognitív-viselkedés terápia
CRISM:	Canadian Research Initiative in Substance Misuse (Visszaélésszerű Szerhasználatra vonatkozó Kanadai Kutatási Kezdeményezés)
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, a Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve
HIV:	humán immundeficiencia-vírus
HCV:	hepatitis C-vírus
HBV:	hepatitis B-vírus
IM:	Intramuscular – Izomba adott injekció
IV:	Intravenous – Intravénásan adott injekció
MAT:	Magyar Addiktológiai Társaság
MBT:	Mentalization-Based Therapy (mentalizáció alapú terápia)
NA:	Narcotics Anonymous, Névtelen Drogfüggők
NICE:	National Institute for Health and Care Excellence (Az Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete)
NNGYK:	Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
OD:	Opioid használata okozta dependencia
OHZ:	opioidhasználati zavar
OMSZ:	opioid okozta megvonási szindróma

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (a Visszaélésszerű Szerhasználattal és Mentális Egészséggel kapcsolatos Szolgáltatások Adminisztratív szervezete)
SC: Subcutaneous, Bőr alá adott injekció
SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Skót Kollégiumközi Irányelvfejlesztési Hálózat)
TBC: tuberkulózis
TFP: Transference-Focused Therapy (áttétel-fókuszú pszichoterápia)
WHO: World Health Organization, Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

A jelen egészségügyi szakmai irányelvben a bizonyítékok szintje a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) irányelvfejlesztésre vonatkozó szakmai anyaga alapján került meghatározásra. [1]

A bizonyítékok szintje részletezve [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 („expert opinion") 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 fejlesztőcsoport megítélése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök egyértelműen meghaladják a hátrányokat.
Feltételes ajánlás	a fejlesztőcsoport 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

Az egyes pszichoaktív szerek használatának magyarországi elterjedtségével kapcsolatban elsősorban a felnőtt OLAAP (Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról) vizsgálatok [2], illetve az iskolás populációt célzó ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) [3] és HBSC (Health Behaviour in School-aged Children study) [4] reprezentatív vizsgálatok alapján tudunk tájékozódni.

Magyarországon a 2019-es OLAAP országos lakossági vizsgálat adatai szerint a 18–64 éves korosztályban minden tizenharmadik személy (7,9%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot, a 18–34 éves fiatalok között pedig minden 7. személy. Az általános népesség körében az opiátok és opioidok használata alacsony gyakoriságú, az összesített életprevalencia érték 2019-ben 0,6% volt (a heroin esetében 0,4%, a metadon visszaélésszerű használata esetében szintén 0,4%, az egyéb opiátok használata 0,6%) [2]. Hasonló, bár némileg magasabb prevalenciaértékek azonosíthatóak a tizenévesek alpopulációjában. A 2019-es ESPAD kutatás [3] eredményei alapján a vizsgált 16 éves középiskolások körében a heroinhasználat életprevalenciája 1,0% volt (ezen érték 1995 és 2019 között végig 1–2% között mozgott, így nagy variabilitás nem volt megfigyelhető). A tűcsereközpontok által ellátásba vont kliensek populációjában a 2010-es évek elején, a heroint, mint elsődlegesen injektált szert használók jelentős számcsökkenését követően 2018-tól kezdve tendenciózus növekedés figyelhető meg a heroint elsődlegesen injektálók arányát tekintve (míg 2018-ban mindössze 4%, addig 2020-ban már 11% használta elsődlegesen a heroint intravénás formában) [5]. Mindez összefüggésbe hozható a különféle dizájner stimulánsok intravénás használatának csökkenésével.

Mindebből látszik, hogy az opioid használati probléma hazánkban egy relatíve szűkebb, főként szubkulturális/demográfiai hasonlóságok mentén jellemezhető réteget érint. Ha azonban figyelembe vesszük a nemzetközi (elsősorban a Kanadában és az Egyesült Államokban megfigyelt opioid-krízisre gondolhatunk) trendeket, valamint az opioid használati zavar jelentős betegség-terhét és mind az egyéb mentális zavarokkal való magas komorbiditását, mind az érintett populáció kriminalizáció/deviancia és traumatizáció kapcsán mutatott nagyfokú sebezhetőségét, az opioid használati zavart és annak eredményes kezelését főként nem az epidemiológiai, népegészségügyi relevancia, hanem az egyéni érintettség mutatói mentén érdemes vizsgálni hazánkban. Ennek ellenére fontos feladat a hazai, elsősorban nem a heroinhasználathoz, hanem a receptre írt opioidok visszaélésszerű fogyasztásához társuló probléma folytonos monitorozása, és szükség szerint a jelenség súlyosabbá válásának hatékony megelőzése.

A nemzetközi trendeket illetően az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatalának (UNODC) 2022-es globális drogjelentése [6] alapján 2020-ban az Egyesült Államokban 9,5 millió ember használt nem orvosi céllal és visszaélésszerűen opioidokat. Jelentősen nőtt továbbá a heroinhoz köthető halálos drogtúladagolások aránya is, miközben az ilyen jellegű halálesetek hátterében legtöbbször a fentanilok visszaélésszerű használata állt. Magyarországon az opioid használati probléma jelenleg a heroinnal összefüggő dependencia kapcsán képezi leginkább mind a közbeszéd, mind az addiktológiai ellátórendszeri gondolkodás tárgyát, ugyanakkor fontos hozzátenni, hogy az opioid használati zavarban szenvedők között nagy arányban vannak olyanok, akik krónikus fájdalom (például baleset következtében vagy daganatos megbetegedés tüneteként) hátterén válnak érintetté, kiemelve például a deréktáji fájdalom etiológiai szerepét [7]. Ez utóbbi populációra vonatkozóan kevésbé állnak rendelkezésre megbízható empirikus adatok, lévén, hogy a fentiekben ismertetett reprezentatív mintás vizsgálatok is túlnyomórészt a heroin és kevéssé a fájdalomcsillapítás céljából felírásra kerülő vényköteles egyéb opioidok visszaélésszerű használatára kérdeznek rá. Ilyen szempontból tehát gyaníthatóan hazánkban is számos olyan feltáratlan eset van, ahol rejtett opioid használati probléma áll fenn.

Az opioid használati zavar súlyos pszichés és szomatikus szövődményekkel, valamint további negatív következményekkel járó állapot. Az opioidok megvonási tünetei közé tartoznak a hasi görcsök, a sóvárgás, a nyugtalanság, a hasmenés, a pupillatágulat, a szorongás, az emelkedett vérnyomás, a gyakori tüsszögés/orrfolyás, az izzadás, az emelkedett pulzusszám, a könnyezés, a remegés, az izomfájdalom, a libabőrösödés (hidegrázásokkal kísérve) és az álmatlanság. Az opioidok intoxikációs tünetei között említhetjük a zavartságot, a miózist, a hipersomniát, a hányingert, a székrekedést és a csökkent fájdalomérzetet. Opioid-túladagolás gyanúja esetén a fizikális vizsgálaton tűhegyes pupillák észlelhetőek. A beteg lehet hipotermiás vagy bradikardiás, korlátozott reakciókészséggel vagy eszméletvesztéssel [8]. Az elsősorban az intravénás használathoz köthető szomatikus szövődmények között említhetjük továbbá a vérrel terjedő vírusfertőzéseket, így a HCV-t, a HBV-t és a HIV-et [9].

Az opioid használati zavarral küzdők körében a leggyakoribb társuló mentális zavarok között kiemelhetjük a depressziót (36,1%), a szorongást (29,1%), a figyelemhiányos hiperaktivitás zavart (ADHD) (20,9%), a poszttraumás stressz zavart (PTSD) (18,1%), illetve a bipoláris zavart (8,7%) [10].

Az opioid használati zavar által a társadalomra rótt gazdasági terheket illetően elsősorban az Egyesült Államokból származó adatok érhetőek el. Az ott közel 2 évtizede fennálló opioid-krízis által kiváltott terhek (például kezelési költségek, büntetésvégrehajtási költségek, munkából való kiesés költségei stb.) a GDP közel 0,33%-ának megfelelő éves költségre becsülték 2017 előtt, majd az azt követő időszakban a túladagolásos halálesetekből eredő jelentős termelékenységcsökkenést is belekalkulálva ennél jóval magasabb költségvetési relevanciát tulajdonítottak a jelenségnek: az összköltség az újabb becslések szerint már meghaladta a GDP 2%-át, miközben egyes, érintettebb államokban a költségek akár a GDP 15%-át is meghaladhatták [11]. Amennyiben a túladagolásos halálesetekből származó gazdasági terhet vesszük figyelembe, európai szinten is releváns kockázatról beszélhetünk. Az EMCDDA (A Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja) jelentése [12] alapján a 2014–2019 közé tehető időszakban az opioidokkal összefüggő túladagolásos halálesetek általános növekedése volt megfigyelhető, miközben a kínálati oldal mutatói a probléma fokozódását jelzik előre, ideértve a heroinfeldolgozó laboratóriumok uniós országokban regisztrált számnövekedését is.

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 az opioidhasználat okozta dependencia miatti táppénzes napok száma;
4. A páciensek életminősége javuljon;
5. Csökkenjen az opioidhasználat okozta dependencia talaján kialakult pszichiátriai, neurológiai és belszervi kórképek kialakulásának esélye és azok mortalitási mutatói;
6. Nagyobb megtartási arány alakuljon ki a kezelési programokban: a terápiás folytonosság növekedése;
7. Csökkenjen a bűnelkövetés és egyéb kriminalisztikai bevonódás/érintettség aránya a betegek körében;
8. A munkakeresési és munkahelymegtartási képesség javuljon: a reszocializáció eredményességének fokozódása;
9. Javuljon az opioidokat használó terhes nők és magzataik/csecsemőik egészségi állapota;
10. Csökkenjen a fertőző betegségek, például a HIV és a HCV megbetegedésének kockázata.

2. Felhasználói célcsoport

Az opioidhasználati zavarra és annak kezelésére vonatkozó egészségügyi szakmai irányelv a felnőtt betegpopulációra vonatkozik. Célcsoportját az opioid- és opiáthasználat következményeiként kialakult problémák diagnosztizálásában és kezelésében részt vevő addiktológus és pszichiáter szakorvosok, klinikai szakpszichológusok, szociális munkások, addiktológiai konzultánsok és más segítő foglalkozásúak részére készült, a háziorvos kompetenciájának ismertetése mellett. A problémás opioidhasználó kliensek gyógykezelése és gondozása addiktológiai, pszichiátriai vagy egyéb fekvőbeteg gyógyintézetben (rehabilitációs otthonokban), drogambulanciákon, pszichiátriai gondozókban, mentálhigiénés gondozókban, szociális alap- és szakszolgálatokban történik. Az opioidhasználati zavarral küzdő érintettek nagy része nem kerül a drogambulanciákra, emiatt indokolt a szakmai útmutatás kiterjesztése az egészségügyi és szociális szolgáltatások más területeire is.

Az egészségügyi szakmai irányelv *célcsoportjait* az alábbiakban specifikusabban is definiáljuk:

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 az alábbi területekről: háziorvoslás, pszichiátriai szakápolás, belgyógyászat, gasztroenterológia, szülészet, geriátria, neurológia, sürgősségi szakellátás, sürgősségi pszichiátria, dietetika;

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 opioidhasználattal kapcsolatos zavarok legújabb, bizonyítékokon alapuló ismeretekről, míg a 3-as pontban említett állami szervek számára az, hogy segítséget nyújtson az ártalmas opioidhasználattal kapcsolatos zavarok állapotfelmérésével, kezelési útjaival, gondozásával illetve az ártalmas opioidhasználattal kapcsolatos 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 opioidhasználattal 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:	Canadian Research Initiative in Substance Misuse (CRISM)
Cím:	CRISM National Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2018
Elérhetőség:	https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-ENG.pdf
Tudományos szervezet:	National Collaborating Centre for Mental Health
Cím:	Drug misuse: Opioid detoxification – The NICE Guideline.
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2019
Elérhetőség:	https://www.nice.org.uk/guidance/cg52/evidence/drug-misuse-opioid-detoxification-full-guideline-196515037
Tudományos szervezet:	American Society of Addiction Medicine (ASAM)
Cím:	The ASAM National Practice Guideline for the treatment of Opioid Use Disorder - 2020 Focused Update
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2020
Elérhetőség:	https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf?sfvrsn=a00a52c2_2
Tudományos szervezet:	Public Health England
Cím:	Opioid substitution treatment: guide for keyworkers
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2021
Elérhetőség:	https://www.gov.uk/government/publications/opioid-substitution-treatment-guide-for-keyworkers

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel

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

Azonosítószám:	002138
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciós rendelésről
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXIII. évfolyam, 5. szám, 542–598. old.
Elérhetőség:	http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/5.pdf

Azonosítószám:	002182
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A szakpszichológiai ellátásról
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 24. szám 2533–2643. old.
Elérhetőség:	https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index

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

1.1. Opioidintoxikáció – Elméleti háttér

Az opioidintoxikáció az opioidok használatát követő, jellemzően mérgezéses állapot, amely a tudatszint, a kogníció, az érzékelés, az észlelés, az ítélőképesség, az érzelmek, a viselkedés vagy más pszichofiziológiai funkciók és reakciók zavarát eredményezi. Ezen zavarok (és súlyosságuk) az opioidok akut farmakológiai hatásainak, illetve az opioidokra adott tanult reakciók függvényében változhatnak. Idővel a zavarok megszűnnek, és teljes gyógyulás következhet be, kivéve, ha szövetkárosodás vagy egyéb szövődmények léptek fel. Az intoxikáció mértéke az opioid típusától és dózisától függ, valamint befolyásolja az egyén toleranciaszintje is. Az érintettek gyakran a kívánt intoxikációs fok eléréséhez szükséges mennyiségben használják az adott opioidot. Fontos hozzátenni, hogy az adott mérgezési szinthez társuló viselkedést erősen befolyásolják a kábítószer hatásaival kapcsolatos kulturális és személyes elvárások is. A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 10. verziója (BNO-10) szerint az akut intoxikáció a klinikai jelentőségű mérgezésre használt kifejezés (F11.0). A szövődmények közé tartozhat a trauma, a hányás belélegzése, a delírium, a kóma és a görcsök, az anyagtól és a beadás módjától függően [13]. Opioid túladagolás esetén az akut intoxikáció további tünetei: coma, tűhegypupilla, légzésdepresszió, melyek elkülönítendők egyéb gyógyszermérgezés, diabeteses coma, hepaticus coma, poszttraumás dezorganizált állapotoktól.

Az opioidintoxikáció halálos kimeneteinek hátterében gyakran figyelhető meg légzésdepresszió. Az opioidok által kiváltott légzésdepressziót ezen pszichoaktív szerek több agyi régióban kifejtett hatásai okozhatják, beleértve 1. a medullában elhelyezkedő légzési neuronokat, amelyek a légzésszám csökkentését, valamint a légzésindítás gátlását eredményezhetik; 2. a karotisz- és aortatestekben és a tüdőben elhelyezkedő perifériás kemoreceptorokra gyakorolt opioidhatásokat, amelyek a hipoxémiára és hiperkapniára adott ventilációs válaszok elnyomását, valamint az agy alvás-ébrenléti természetes szabályozási mechanizmusainak gátlását idézhetik elő, erőteljes szedációt váltva ki. Az opioidok aktivitása a medulla légzőközpontjában alacsonyabb koncentrációban csökkent légzési térfogatot, magasabb koncentrációban pedig csökkent légzésszámot okoz. Az opioidok által kiváltott légzésdepressziót lassú, szabálytalan légzéssel járó hipoventilláció jellemzi, amely hiperkarbiához, majd hipoxiához, valamint sekély légzéshez, illetve apnoéhoz, és ha az újraélesztési erőfeszítések nem kezdődnek meg időben, akár szívmegálláshoz és halálhoz is vezethetnek. A fentanil vagy analógjai által okozott akut opioid-toxicitás az állkapocs, a nyak, a mellkasfal és a has izmainak gyorsan kialakuló merevségét is okozhatja, ami rontja az egyén légzési képességét, és megnehezíti a lélegeztetést is. Az ilyen jellegű izommerevség kockázata a fentanil dózisával és a beadás gyorsaságával együtt nő. Egy másik lehetséges kockázat az akut hangszalagzáródás, amely a szufentanil beadásakor jelentkezhet. Az opioidok hatásukat elsősorban a mu-opioid receptorok stimulálásával fejtik ki, de aktivitást idézhetnek elő a kappa- és delta-opioid receptorokon is. A mu-opioid receptorok aktiválása az agytörzsben légzésdepressziót okozhat, az opioidok a légzést szabályozó agykérgi központokra is hatnak [14].

Fontos kiemelni, hogy az egyes opioidok eltérő farmakodinamikai és farmakokinetikai sajátosságai a toxicitás szempontjából is specifikus kimenetekhez vezethetnek. A heroin például lipidoldékony jellemzői miatt könnyebben átjut a vér-agy gáton, mint elsődleges metabolitja, a morfium. A fentanil szintén magas lipidoldékonysággal jellemezhető, így gyors hatáskezdetű szernek tekinthető. A terápiás beavatkozás hatékonyságát is befolyásolhatja az adott opioid plazmafelezési ideje. A naloxonnál hosszabb plazmafelezési idővel rendelkező opioidok az idő múlásával „renarkotizálhatják" a klienst, mivel a naloxon hatása gyorsabban lecsenghet, mint a korábban használt opioidé. Az opioidokkal együtt fogyasztott egyéb olyan szerek, melyek fokozott szomnolenciát, szedációt eredményezhetnek – ilyen például az etanol, a benzodiazepinek, és a különböző relaxánsok –, képesek súlyosbítani vagy meghosszabbítani az opioidok légzésdepresszív hatásait, akár komatózus állapotot vagy szélsőségesebb esetben légzésbénulás miatt bekövetkező halált okozva. Az olyan potens opioidok, mint a fentanil, az acetil-fentanil,

a karfentanil vagy más fentanil analógok a heroin eufórikus hatásait fokozhatják, emellett azonban szintén súlyosbítják annak légzésdepresszív hatásait is [14].

Külön klinikai figyelmet indokol az intravénás használat igazolt, vagy gyanított jelenléte. Az opioidok intravénás beadása ugyanis a központi opioidreceptorok gyors és nagymértékű lekötöttségéhez vezet, ami az apnoe hirtelen kialakulását okozhatja, refrakter állapotot teremtve a szervezet ezt követő, hiperkarbiára és hipoxémiára adott válaszaival szemben. A vér-agy gáton lassabban átjutó és az opioidreceptorokhoz lassabban kötődő opioidok így alacsonyabb mortilitási kockázattal bírnak, mint a gyorsabban kötődő opioidok. A légzéssel összefüggő halálos opioid-túladagolások túlnyomó többségében tüdőödéma azonosítható, multifaktoriális kóroki háttérrel. A patomechanizmus gyaníthatóan a tüdőerekben lévő hidrosztatikus erők és a tüdőkapillárisok megnövekedett áteresztőképessége közötti egyensúlyhiányra épül. Mivel az opioid-túladagolásos esetekben a tüdőödéma folyadékának fehérjetartalma jelentősen magasabb, mint a szívvel összefüggő tüdőödéma esetében, az ödéma patogenezise az opioidintoxikációs esetekben valószínűleg a tüdőkapillárisok fokozott permeabilitásához köthető. Az opioidok továbbá hiperszenzitivitási reakciót válthatnak ki. Az injekciós morfiumbeadás például nem ritkán fokozott hisztamin- és triptázfelszabadulást eredményez, márpedig a hisztamin túlérzékenységi reakciót idézhet elő, mely a perifériás vazodilatáció által kialakuló szisztémás hipotenzióhoz és sokkhoz vezethet. A morfin mellett számos további opioid bír jelentős hisztamin-felszabadító hatással, így a hemodinamikai/anafilaktoid reakciók széles skáláját képesek előidézni. Azokban az esetekben tehát, amikor a túladagolásos haláleset szinte közvetlenül vagy nem sokkal az opioidbevitelt követően (például injekciós használat esetén) következik be, a patogenezis oka a fentiekben leírt hiperszenzitivitási reakció is lehet [14].

Előfordulhat, hogy nehézséget jelent a kliens által használt opioid pontos típusának azonosítása. Jó példa erre a heroin testnedvek alapján történő azonosításának kihívása. Ennek oka, hogy a heroin a vér észterázai által gyorsan deacetilálódik köztes 6-acetilmorfinná, amely tovább bomlik a hosszabb felezési idejű morfinná. Minthogy a heroin gyorsan lebomlik, az esetek nagy részében nem mutatható ki. A morfium azonosítása morfium és heroin használatára egyaránt utalhat, a 6-acetilmorfin ugyanakkor a heroin specifikus markerének tekinthető. A 6-acetilmorfin mellett heroinhasználatra utaló jel lehet a kodein alacsony koncentrációjának kimutatása az azonosított morfiumkoncentrációhoz képest. Minthogy a kodein természetes módon jelen van az ópiummákban, melyből a heroint szintetizálják, a heroin fogyasztásakor gyakran alacsony dózisban kodein is feltárható a kliens szervezetében. Heroin használatakor a femorális vér morfium: kodein aránya jellemzően – és a legtöbb esetben jóval – nagyobb, mint 1. Ha a kodein-koncentráció relatíve nagy, vagy legalábbis nagyobb, mint az azonosított morfiumkoncentráció, akkor kodeinfogyasztásra, vagy esetleg morfiumot tartalmazó gyógyszer fogyasztására gyanakodhatunk [14].

1.2. Opioidintoxikáció – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

Ajánlás1

Az opioidintoxikáció súlyosságának és potenciális szövődményeinek meghatározásakor mindenképpen szükséges a körültekintő anamnesztikus exploráció elvégzése, a tüneti kép részletes feltárása mellett az egyéni – kórtörténeti – és kontextuális jellemzőkre is figyelmet fordítva. Az intoxikáció lehetséges tüneteinek felmérésében támpontokat nyújt az 1. táblázat (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás).

1. táblázat: Az opioidintoxikáció lehetséges tünetei)

Opioidintoxikációs tünetek
Lógó szemhéjak
Összeszűkült (akár tűhegynyi) pupillák
Csökkent légzésszám
Viszketés, kaparászás (hisztamin felszabadulás miatt)
Gyakori fejbiccentés

Ajánlás2

Az opioidintoxikáció felmérése során javasolt az OHZ gyakori fizikai jeleinek explorációja is, valamint olyan további, a szerhasználathoz köthető szomatikus panaszok feltárása, mint az alvászavarok és a fertőző betegségek. Az OHZ gyakori fizikai tüneteit a különböző érintett szervrendszerek viszonylatában a 2. táblázat foglalja össze [13] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás).

2. táblázat: Az OHZ gyakori fizikális tünetei [13]

Érintett szervrendszer	Fizikai tünetek/elváltozások
Bőrrendszer	Tályogok, kiütések, cellulitis, trombózisos vénák, sárgaság, pók-angioma, palmáris erythema, hegek
Fül, orr, torok és szem	Tűhegynyi (intoxikáció) vagy kitágult pupillák (megvonás), sárga ínhártya, kötőhártya-gyulladás, dobhártyaszakadás, középfülgyulladás, váladékozás a fülből, orrfolyás (rhinorrhoea), orrnyálkahártyagyulladás (rhinitis), orrsövény kiválása vagy perforációja, orrvérzés (epistaxis), arcüreggyulladás (sinusitis), rekedtség vagy gégegyulladás
Száj	Rossz fogazat, ínybetegség, tályogok
Szív-és érrendszer	Zörejek, aritmiák
Légzőrendszer	Asztma, légszomj, légzési zavarok, krónikus köhögés, vérhányás (hematemesis)
Izom- és csontrendszer, végtagok	ujjbenyomatot tartó (pitting) ödéma, csonttörések, traumás amputációk, égési sérülések az ujjakon, emlők megnagyobbodása férfiaknál (gynecomastia)
Gyomor-bélrendszer	Tápcsatorna motilitás (a simaizom funkciók) fokozatos csökkenése, s ehhez kapcsolódó eltérések

A DSM-5-TR [15] az opioidintoxikáció diagnosztikai kritériumait az alábbiak szerint tárgyalja:
A. Nemrégiben történt opioidfogyasztás
B. Klinikailag jelentős problémás viselkedéses vagy pszichológiai változások (például kezdeti eufóriát követő apátia, diszfória, pszichomotoros agitáció vagy retardáció, csökkent ítélőképesség), melyek az opioid használata során vagy röviddel azt követően alakultak ki.
C. Pupillaszűkület (vagy pupillatágulat a súlyos túladagolás következtében fellépő anoxia miatt) és az alábbi jelek vagy tünetek közül egy (vagy több), mely opioid használata során vagy röviddel azt követően alakult ki:
1. Álmosság vagy kóma
2. Elmosódott beszéd
3. Figyelem- és memóriazavar
D. A jelek vagy tünetek nem tulajdoníthatóak más egészségügyi állapotnak, és nem magyarázhatóak jobban más mentális zavarral, beleértve az egyéb szerrel történő intoxikációt.
A BNO-10 rendszerében adható kód (F11) függvénye, hogy fennáll-e komorbid opioidhasználati zavar, valamint, hogy az opioidintoxikáció perceptuális zavarok megjelenésével zajlik-e le:

Opioidintoxikáció perceptuális zavarok nélkül:
F11.120 Enyhe komorbid opioidhasználati zavar áll fenn
F11.220 Mérsékelten súlyos vagy súlyos komorbid opioidhasználati zavar áll fenn
F11.920 Nem áll fenn komorbid opioidhasználati zavar

Opioidintoxikáció perceptuális zavarokkal:
F11.122 Enyhe komorbid opioidhasználati zavar áll fenn
F11.222 Mérsékelten súlyos vagy súlyos komorbid opioidhasználati zavar áll fenn
F11.922 Nem áll fenn komorbid opioidhasználati zavar

A tünettan tekintetében továbbá fontos különbséget tenni a szerhasználati kórelőzmény tekintetében krónikus használat, akut intoxikáxió és megvonás között. A jelen egészségügyi szakmai irányelv 3.1. alfejezete (Opioid okozta megvonási szindróma) tárgyalja az opioid okozta megvonási szindróma specifikus tünetegyüttesét, így ezen alfejezet a krónikus és akut opioidexpozíció mentén történő differenciáldiagnosztika lehetőségeire fókuszál. Az opioidintoxikáció egyik leghatékonyabb prediktora a <12/perc légzésszám, amely egyben a naloxonra adott terápiás válasz jellegét is meghatározza, márpedig az opioid-toxicitás mértékének megállapításának elengedhetetlen feltétele az antagonista szerekre adott klinikai válasz felmérése. A klinikusnak szükséges tehát mérnie a légzésszámot,

és nagy figyelmet kell fordítania a mellkastágulás mértékére, mivel a légzési erőfeszítésben bekövetkező finom változásokat gyakran nem lehet azonosítani a triázsolás során is monitorozott életjelek alapján [8].

Amennyiben krónikus opioidhasználatról és nem akut vagy alkalmi jellegű opioidfogyasztás intoxikációs következményeiről van szó, érdemes figyelembe venni, hogy az opioidokat hosszabb távon használó kliensek esetén az opioidok légzésdepresszív hatásaival szembeni tolerancia elmaradhat az opioidok eufórikus hatásaival szemben kialakult toleranciához képest, ami ezen alpopuláció tagjait a potenciálisan halálos túladagolás magasabb kockázatának teheti ki, amikor megpróbálják elérni a korábban tapasztalt eufóriaszintet. Esetükben a halálos toxicitás szempontjából mutatott nagyobb mértékű sérülékenység előrejelzője lehet a kórelőzményben explorálható felső légúti elzáródás. Az opioidintoxikáció tünettanában – az opioidok okozta megvonási szindrómával ellentétben – továbbá jellemzően nem figyelhető meg hányinger, hasmenés, myalgia, pupillatágulat, vérnyomáscsökkenés, könnyezés és orrfolyás [14].

A toxidrom-alapú megközelítés segít a végső diagnózis felállításában, illetve egyéb differenciáldiagnózisok kizárásában, különösen a nem vizsgálható kliensek esetében: például instabil tudatállapot, rendkívüli agitáció vagy zavartság, illetve légzési vagy szisztémás keringési elégtelenség miatt. Az opioid-toxidrómát a következő patognomikus triász alkotja: *a)* mély kóma hipotóniával és hiporeflexiával vagy egyszerű szedációval együtt; *b)* bradypnoe (a légzésszám <12 légzés/perc) vagy apnoe; *c)* szoros kétoldali tűszúrásszerű miózis. Előfordulhat szinuszbradycardia és hypotensio. Az opioid toxidróma tünetegyüttesének hatékony azonosítását az érintett kliens állapotának hosszmetszeti monitorozása segítheti, vagyis a kezdeti jelek mellett a tünetek progressziójának felismerésére külön figyelmet szükséges fordítani. Az opioid toxidróma korai tünetei között említhetjük a csökkent pupillaméretet, a csökkent légzést, a csökkent vérnyomást és pulzust, a csökkent testhőmérsékletet és gastrointestinális (GI)-motilitást. A tünetek progressziójával jellemzően álmosság, eszméletvesztés, légúti károsodás és légzésleállás következhet be. Fontos hozzátenni, hogy a sürgősségi ellátás keretein belül elvégzett rutin vizeletteszt jellemzően a természetes opioidokat (például morfin, 6-mono-acetil-morfin, kodein, folkodin, kodotelin) azonosítja, a szintetikus opioidokat (például buprenorfin, metadon, propoxifén, tramadol) általában nem, ezért opioidintoxikáció gyanúja esetén célzott, speciális laboratóriumi vizsgálatok elvégzése válhat indokolttá [8].

1.3. Opioidintoxikáció – Terápia

Ajánlás3

Az opioidok akut és potenciálisan halálos hatása visszafordítható a naloxon időben történő beadásával, amely az opioidreceptorokon nem szelektív kompetitív opioid-antagonista hatást kifejtve gátolja az opioidok valamennyi farmakológiai hatását. A naloxont az elsősegélynyújtók gyorsan, biztonságosan és hatékonyan, intranazálisan adhatják be, alacsony általános kockázat mellett. Ahhoz azonban, hogy hatékony legyen, megalapozott klinikai gyanúval kell rendelkezni arra vonatkozóan, hogy opioid-túladagolás történhetett, és biztosítani kell a naloxon könnyű elérhetőségét, hogy időben beadhassák. A naloxonnál hosszabb plazmafelezési idővel rendelkező opioidok a beadást követő idő múlásával újra narkotizálhatják az egyént, mivel a naloxon hatása gyorsabban lecseng, mint az opioidoké [14]. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

A naloxon kezdő adagja általában 0,4 mg IV/SC/IM. Ez addig ismételhető, amíg a beteg nem reagál. Egyes tanulmányok 2–6 mg közötti teljes dózistartományról számoltak be, a túladagolásban érintett opioid felezési idejétől függően. Más tényezők is összefüggésbe hozhatók azzal, hogy a túladagolásban szenvedő betegek újraélesztéséhez nagyobb naloxonadagokra van szükség, például az alkohol és az opioidok egyidejű használata. [16]

Az opioidok széles biodisztribúcióval rendelkeznek, és gyakorlatilag a test minden részében és minden testfolyadékban kimutathatók. A kábítószereket jellemzően a máj metabolizálja, olyan metabolitokat termelve, amelyek gyakran hosszabb ideig és magasabb hatékonysággal kimutathatók, mint az alapdrog/elődrog. Számos laboratóriumi vizsgálat képes az opioidok vagy metabolitjaik jelenlétének kimutatására a vérben, vizeletben, hajban vagy nyálban. Az olcsóbb immunpróbás szűrővizsgálatokat általában az ópiátok vagy metabolitjaik jelenlétének kimutatására használják a vérben, vizeletben, hajban vagy nyálban. Az ópiátok vagy metabolitjaik jelenléte a vérben 3–12 órán belül, a vizeletben 1–3 napon belül, a hajban 7–90 napon belül, a nyálban pedig 3–24 órán belül kimutatható. A gázkromatográfia/tömegspektrometria drágább laboratóriumi vizsgálat, amely az eredmények megerősítésére és/vagy olyan szintetikus opioidok kimutatására áll rendelkezésre, amelyeket a szűrő immunpróbák általában nem tartalmaznak. [16]

Ajánlás4

Az opioidintoxikáció utáni javasolt megfigyelési időszakkal kapcsolatban ellentmondásos szakmai vélemények érhetőek el, a megfigyelési időszakot illetően ugyanis számos tényezőt kell figyelembe venni. A rövid hatástartamú opioidok, mint például a heroin, rövid megfigyelési időszakot igényelhetnek, míg a hosszú hatású opioidok, mint például a metadon, hosszabb megfigyelési időszakot tesznek szükségessé. A naloxon kezdeti adagjaira adott válasz szintén fontos tényező a megfigyelés időtartamának és a fekvőbeteg-felvétel szükségességének meghatározásában. A tüdőödéma, hipoventiláció, aspirációs pneumónia és somnolencia jelei hosszabb, akár 12–24 órás megfigyelést, és egyes esetekben további klinikai értékelést, valamint a légzésfunkciók támogatása céljából fekvőbeteg- vagy intenzív osztályra történő felvételt indokolhatnak. [16] (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

Ajánlás5

Azokat a betegeket, akik rövid hatású opioidokkal (például intravénás heroin) adagolták túl magukat, és a sürgősségi osztályra érkezésük előtt jól reagáltak a naloxon kezdeti adagjaira, valamint nincsenek légzési szövődmények, 1–4 órán át kell megfigyelni, mielőtt az ügyeletről elbocsátják őket. [16] (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

A kliens akut ellátásba kerülésekor jellemzően három, egymástól eltérő klinikai helyzetet szükséges egyénre szabott módon mérlegelni/kezelni:

1. A beteg szándékosan vagy véletlenül toxikus anyagnak volt kitéve, de klinikai vizsgálati eredményei a normál tartományban mozognak. A sürgősségi osztályon a mérgezés gyanúja is elegendő a további állapotfelméréshez. A mérgezés súlyossága a toxikus anyag jellegén, a dózison és az expozíció óta eltelt időn alapul. A mérgezés mértékének, a lehetséges problémák intenzitásának megállapításához és a kórházba/intenzív osztályra való felvételhez szükséges információk minél pontosabb feltárása érdekében ilyen esetekben ajánlott lehet a méregellenőrző központ felhívása.
2. A klinikai vizsgálat során egy adott toxikus anyaggal való expozíció jelei és tünetei mutatkoznak. A folyamat a kritikus állapot értékelésével és kezelésével kezdődik. Az orvosnak tisztában kell lennie a közvetlen életveszéllyel fenyegető helyzetekkel a gyors diagnózisfelállítás és az azonnali kezelés érdekében. Ehhez a toxikus anyaggal (jelen esetben: opioid-toxicitás gyanúja) kapcsolatos expozíció körülményeinek minél részletesebb feltárása, illetve a kliens klinikai állapotának felmérése szükséges.
3. Az érintett kliensnek olyan tünetei vannak, melyek alapján az ellátást végző szakember toxikus etiológiára gyanakszik (akár egyértelmű jelek hiányában is). Ha a klienstől vagy környezetétől a kórtörténet felvétele nem lehetséges, csak a körültekintő klinikai felmérés és a laboratóriumi vizsgálatok elemzése adhat információt a diagnózis felállításához [8].

Ezt követően, a prognózis megállapításához a következő tényezőket szükséges figyelembe venni: az bevitt opioid mennyisége; a szer/készítmény jellege (gyors vagy lassú felszabadulású); a beteg szerhasználati kórtörténete (lásd akut vs. krónikus opioid-bevitel); az opioid-expozíció és a kezelés között eltelt időintervallum; a tünetek késleltetett megjelenése és a szövődmények előfordulása. Az intoxikált betegnél a bradypnoe vagy akár az apnoe azonnali megjelenése jellemzően a toxikus anyag légzőközpontokra gyakorolt ártalmas hatásainak eredménye. Az opioidok mellett ezt többnyire cianid, szénmonoxid- vagy kénhidrogén-mérgezés idézheti elő.

Az akut ellátás során különbséget kell tenni a túladagolás/mérgezés, az opioid okozta megvonás, illetve a krónikus opioid bevitel/opioidhasználati zavar mellett kialakuló egyéb, például fertőzés okozta tünetegyüttesek hátterén megfigyelhető állapotok között. Az opioidintoxikáció akut terápiás ellátásának algoritmusát (XI. Melléklet 3.1. számú ábra: Az opioidintoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmusa), valamint az opioidokkal összefüggő, a sürgősségi ellátás további specifikációit magába foglaló alkoritmust a jelen egészségügyi szakmai irányelv XI. Melléklet fejezete tartalmazza (XI. Melléklet 3.2. számú ábra: Az opioidintoxikáció gyanúja esetén javasolt sürgősségi ellátás algoritmusa). Az opioid okozta megvonási szindróma javasolt ellátási/farmakoterápiás beavatkozásait részletesebben a jelen egészségügyi szakmai irányelv 3.3-as alfejezete (Opioid okozta megvonási szindróma – Terápia) tárgyalja. Az opioidhasználat mellett és különösen az injekciós/intravénás opioidhasználat esetén kialakuló gyakori infekciós tünetek között említhetjük a véráramfertőzéseket, az endokarditiszt, a csont-, ízületi, bőr- és lágyrészfertőzéseket, melyek a sebellátás, műtéti beavatkozás és fizikai rehabilitáció mellett parenterális antibiotikumkezelést tehetnek indokolttá. Az opioidhasználó populáció esetén – például nem megfelelő adherencia – a járóbeteg jelleggel felügyelt parenterális antibiotikumkezelés helyett biztonságosabb és hatékonyabb az osztályos körülmények között kivitelezett antibiotikumkezelés. A fertőzésekkel kórházba kerülő opioidhasználók átlagos ellátási/tartózkodási ideje 2 héttől akár 1 vagy másfél hónapig is terjedhet. Az endokarditiszben szenvedő opioidhasználó kliensek esetében hosszabb a várható tartózkodási idő, mint azon klienseknél, akiknél nem explorálható korábbi intravénás használati forma.

Az akut jellegű ellátás nem szorítkozhat pusztán a meghatározó antidótum kezelésre. Az ellátás során így – a naloxon minél szélesebb körben történő elérhetőségének biztosítása mellett – figyelembe kell venni a mérgezés dózis-ágens időbeliség szerinti sajátosságait/különbségeit is. Példaként említhetjük, hogy a rövid hatású szintetikus opioidok (például oxikodon, hidrokodon) anyagcseréje eltér a heroinétól. A hagyományos orális oxikodon adagja után a gyógyszer plazmacsúcsszintje körülbelül egy óra alatt érhető el; ezzel szemben az OxyContin (orális, folyamatos felszabadulású készítmény) adagja után az oxikodon plazmacsúcsszintje körülbelül három óra alatt alakul ki. Az oxikodon α és β oxikodonná; oximorfonná, majd α és β oximorfonná és noroximorfonná; és noroxikodonná, majd α és β noroxikodonná és noroximorfonná (N-deszmetiloxikodon) metabolizálódik. A morfinnal és a hidromorfonnal ellentétben az oxikodont a májban a citokróm P450 enzimrendszer metabolizálja, ami érzékennyé teszi a gyógyszerkölcsönhatásokra. Egyes kliensek ráadásul gyors metabolizálók, ami csökkent fájdalomcsillapító hatást, de fokozott mellékhatásokat eredményez, míg mások lassú metabolizálók, ami fokozott toxicitáshoz vezethet, javuló fájdalomcsillapítás nélkül. A morfinnal és a hidromorfonnal ellentétben az oxikodon a citokróm P450 enzimrendszerben metabolizálódik a májban, ami érzékennyé teszi a gyógyszerkölcsönhatásokra. Az oxikodon és metabolitjai főként a vizelettel és a verejtékkel ürülnek ki. A metadon ezzel szemben hosszú hatású szintetikus opioid. A szervezetben főként a májban, de a bélrendszer citokróm P450 3A4 enzimei által is kiterjedten metabolizálódik. A metadon fő metabolitja (2-etilidén-1,5-dimetil-1,3-difenil-pirrolidin; EDDP) inaktív. A metadonon kívül kilenc metabolitot, köztük az EDDP-t, azonosítottak a vizeletben és hármat a székletben. Végül érdemes megemlíteni, hogy az elérhető eufória fokozása érdekében az elmúlt években a receptre írható opioidok újfajta felhasználási formái terjedtek el (például az Egyesült Államokban): ezek közé tartozik például az oxikodon (oxycontin) rágása, aprítása és intravénás alkalmazása, a fentanil tapaszok lenyalása, valamint a receptre írható opioidok nem orvosi célú, szájon át történő bevétele [16].

A farmakológiai beavatkozások mellett továbbá szükséges az akut/sürgősségi ellátás keretein belül is propagálni a pszichoterápiás intervenciókban rejlő lehetőségeket. Mind a sürgősségi, mind az alapellátás megteremtheti a pszichoedukáció és a hosszabb távú, addiktológiai fókuszú ellátás felé terelés opcióit. Az akut ellátás során is alkalmazható rövid intervenciók között említhetjük a motivációs interjút (részletesebben lásd jelen egészségügyi szakmai irányelv 2.3.3-as alfejezetét). Az opioidintoxikációval kezelt kliensek akut ellátását követő korai pszichoszociális intervenciók megelőzhetik, vagy legalábbis csökkenthetik az opioidintoxikációs és túladagolásos esetek jövőbeli epizódjainak esélyét, ezáltal a sürgősségi ellátás leterheltségét is [16].

2.1. Az opioid okozta káros használat és az opioid okozta dependencia – Elméleti háttér

Az opioidhasználati zavar – illetve a korábbi klasszifikációs rendszerekben különálló diagnózisként jegyzett káros használat (abúzus) és dependencia – komplex etiológiájának tárgyalásakor érdemes különbséget tenni az illegális szerhasználathoz köthető patogenezis, valamint a fájdalom (például krónikus, fájdalommal járó megbetegedés vagy súlyosabb baleset következtében átélt tartós fájdalom) kapcsán megjelenő problémás/visszaélésszerű opioidhasználat háttere között.

A BNO-11 a következőképpen határozza meg az opioid okozta káros használatot: az opiátot használó személy, a szerhasználat következményeképpen fizikai és/vagy mentális egészségében károsodást szenved vagy a használat olyan viselkedésre készteti, amely mások egészségét károsítja. A következő kritériumok közül minimum egynek teljesülnie kell a diagnózis felállításához. 1. Az akut intoxikáció hatására kialakult egészségügyi károsodás 2. direkt vagy másodlagos toxikus hatás, szervekre, szervrendszerekre 3. ártalmas beviteli/használati mód (lásd például az intravénás használatot). A káros használatnak két altípusát különíthetjük el: epizodikus és folytonos káros használatot. Az epizódikus használat az elmúlt 12 hónapban egyértelműen azonosítható, de időszakos, megszakításokkal teli szehasználati mintázatot mutat. A folytonos káros használat 12 hónapig folyamatosan, napi vagy szinte napi szintű használat jellemzi. [17]

Az opiát okozta dependenciát a BNO-11 a következőképpen definiálja: Az opiát használat szabályozásának zavara. Ennek fontos jellemzője, hogy a használó erős belső késztetést érez a használatra mely a használat kontrollálásának nehézségében és abban nyilvánul meg, hogy a használat prioritást élvez minden egyéb más tevékenység felett, annak negatív és káros következményei ellenére. Ezenfelül megjelenhetnek fizikai dependenciatünetek, mint a tolerancia az opiátok hatása felé, a szerhasználat felfüggesztését fizikai megvonási tünetek kísérik, valamint visszatérő opiáthasználat figyelhető meg a megvonási tünetek enyhítésére. A dependencia tünetei minimum 12 hónapja jelen kell, hogy legyenek a diagnózis felállításához [17].

Han és munkatársai [18] receptre kapható opioidokat használó populáción végzett kutatása rámutat arra, hogy a káros opioidhasználati mintázatot mutató szerhasználók elsődleges motivációja a fizikai fájdalom csökkentése. Emelett jelentős motivációs tényező a szer által okozott eufórikus hatás. Egy másik tényező, melyre rámutat a vizsgálat az,

hogy a káros használati mintázatot mutatók elsősorban családtagoktól és rokonoktól szerzik be az opioidokat, míg az opioid okozta dependenciával élő populációban elsősorban utcai árusoktól vagy ismeretlenektől szerezték be a szert. A másik jelentős különbség a két szerhasználói populáció között az, hogy az opioid dependenciában szenvedők körében (akik között nagyobb arányban találunk utcai heroinfogyasztókat) jelentősen magasabb a pszichopatológiai tünetek (például depresszió, komorbid szerhasználat, öngyilkossági gondolatok) prevalenciája.

Schepis és munkatársai [19] szintén vényköteles opioidokat használó populációt vizsgálva különítették el a fennálló opioidhasználat motivációs hátterét. A fizikai fájdalom csökkentése mellett többek között megjelent még az alvás/pihenés elősegítésének, valamint az érzelmekkel való megküzdésnek a motivációja is. A vizsgálat eredményei arra mutatnak rá, hogy azon személyeknél, akik kizárólag fájdalomcsillapítás céljából használják a receptre kapható opioidokat, szignifikánsan alacsonyabb volt az esélye szerhasználati zavar fennállásának. Ezzel szemben mind a szerhasználati zavar kimenetelének az esélye, mind pedig az öngyilkossági kockázat is magasabb volt azoknál az opioidhasználóknál, akiknél a használat elsődleges motivációja a lelki fájdalmak enyhítése, illetve az érzelmekkel való megküzdés volt. Ezeknél a betegeknél szignifikánsan magasabb a pszichopatológiai tünetek prevalenciája, illetve az egyéb mentális egészségügyi kezelések igénybevétele is.

Gisev és munkatársai [20] egy 5 éves longitudinális kutatásban vizsgálták az opioid medikációban részt vevő populáció szerhasználati mintázatának alakulását. Az eredmények alapján 5 szerhasználó útvonalat azonosítottak a hosszú távú opioidhasználat kapcsán: 1. nagyon alacsony mértékű használat (75,4%) 2. alacsony mértékű használat (16,6%), 3. lassan csökkenő, alacsony mértékű használat (2,6%), 4. alacsonyan növekvő, mérsékelt mértékű használat (2,8%), 5. folyamatos használat (2,8%). A kutatás fontos konklúziója, hogy a lassan csökkenő, alacsony mértékű/intenzitású használat, az alacsonyan növekvő, mérsékelt intenzitású használat és a folyamatos használati mintázatot mutató csoportokban jellemzőbbek voltak a komorbid szomatikus (például daganatos megbetegedések) és a pszichopatológiai tünetek, valamint szignifikánsan magasabb volt az átlagéletkor, mint a nagyon alacsony, illetve az alacsony intenzitású használati csoportokban.

Ezen vizsgálatok eredményei arra világítanak rá, hogy a szomatikus és pszichopatológiai rizikótényezők tekintetében jelentős különbségek figyelhetőek meg az opioid okozta káros használat és az opioid okozta dependencia között, valamint a használói bázisok tekintetében is.

Az illegális opioidhasználat általában a kamaszkor végén vagy fiatal felnőttkorban jelenik meg. Egy 2017-es kutatásban azt találták, hogy az opioid dependenciával a sürgősségi ellátásban megjelenő 21 év alatti személyek 88,3% volt 18–21 év között, valamint 8,4% 16–17 év között [21]. Az opioidok kipróbálást rendszerint megelőzi a dohánytermékek, alkohol és egyéb illegális szerek kipróbálása. A dependencia kialakulási ideje egyénenként nagyon változó lehet: a néhány héttől a néhány évig terjedhet. A függőség kialakulása mindazonáltal komplex folyamat, amelyben szerepet játszanak mind a gének, mind a környezeti faktorok, illetve ezek kombinációja (gén x környezet interakciók). Az illegális szerfüggőség magas heritibilitást mutat (60–80%). A vizsgálatok egyértelműen rávilágítanak, hogy a heroinfüggőség patogenezisében jelentős szerepet játszanak a genetikai faktorok [22]. Grella és Lovinger kutatásukban azt találták, hogy az iskolai problémák, az első letartóztatás és a korábban kezdődő heroin használat összefüggést mutatott a tartós heroin használattal [23]. Hser és munkatársai 2007-es kutatásukban három különböző csoportot különítettek el heroinfüggők körében. Az első csoportba (59%) azok a használók tartoznak, akik folyamatosan sok heroint használtak és ezt a szintet tartósan fenntartották az első használat óta. A második csoportba (32%) azokat a személyeket sorolták, akik a kezdeti szinthez képest csökkentették a használatot. A harmadik csoportba (9%) azok az egyének kerültek, akik korán, 10 éven belül felhagytak a használattal. A kutatás rávilágít a szerhasználati utak heterogenitására [24].

2.2. Az opioid okozta káros használat és az opioid okozta dependencia – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

2.2.1. Általános alapelvek

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság diagnosztikai kézikönyve, a DSM 5. verziójának bevezetésével [25] az opioidhasználati 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 opioidhasználati zavarként értelmezni.

Általános elvként továbbá elmondható, hogy az American Society of Addiction Medicine javasolt kritériumrendszere [13] átfogó útmutatást nyújt a részletes állapotfelméréshez, valamint az adott kliens adekvát ellátási szintjének meghatározásához. A kritériumrendszer hat dimenzió mentén épül fel, melyek a felépülés szempontjából releváns területeket tárgyalnak, ideértve a szerhasználat, a testi és mentális egészség kérdésköreit, valamint az alábbi dimenziókat:

1. akut mérgezés,
2. biomedikális állapotok és szövődmények,
3. érzelmi, viselkedési vagy kognitív állapotok vagy komplikációk,
4. a viseledésváltozásra való készség/készenlét,
5. folytatólagos szerhasználat vagy folyamatos problémapotenciál,
6. felépülés/lakókörnyezet.

Az állapotfelmérés, valamint a diagnosztikai folyamat részeként az alábbi szempontok figyelembevétele szintén javasolt [26]:

– Megfontolandó a vizeletvizsgálat alkalmazása az opioidok és más pszichoaktív anyagok használatának azonosítása érdekében; valamint további tesztvizsgálatok alkalmazása – például a szájüregi folyadék vizsgálata
– Az opioidmegvonás tüneteinek klinikai értékelése, amennyiben azok fennállnak (a klinikai értékelés kiegészítéseként, de nem helyettesítéseként megfontolandó a formális értékelő skálák használata – lásd jelen egészségügyi szakmai irányelv 2.2.3. Pszichodiagnosztika fejezetét).
– Az állapotfelmérést végző szakember mérlegelje a kliens általi önkárosítás, az opioid-tolerancia elvesztése, valamint az opioidmegvonási tünetekre adott válaszként megjelenő kábítószer- vagy alkoholfogyasztás kockázatát
– Javasolt figyelembe venni az érintett személy jelenlegi szociális és személyes körülményeit, beleértve foglalkoztatási és pénzügyi helyzetét, életkörülményeit, szociális támogatási hátterét és esetleges bűnügyi tevékenységét
– A személy társas támogatottságának korai felmérésével a terápia során könnyebben tervezhetőek azon stratégiák, melyek segítségével csökkenthető a relapszus kockázata

2.2.2. A diagnosztika szintjei és színterei

Opioidhasználati zavar

Az OHZ DSM-5-TR alapú tüneteit a 3. sz. táblázat tartalmazza.

3. táblázat: Az opioidhasználati zavar DSM-5-TR alapú tünetei [15]

	OHZ tünetei (DSM-5)
	Opioidok használatának olyan problematikus mintázata, mely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy szenvedéshez vezet, ami az alábbiak közül legalább kettőben megnyilvánul egy 12 hónapos időszak során
1.	A személy gyakran fogyaszt nagyobb mennyiségű opioidot, vagy hosszabb időn keresztül, mint azt szeretné.
2.	Tartós vágy vagy sikertelen próbálkozások az opioidhasználat csökkentésére vagy uralására.
3.	A személy jelentős mennyiségű időt fordít az opioid beszerzésével, használatával vagy hatásaiból való felépülésével kapcsolatos tevékenységekre.
4.	Az opioid használata iránti sóvárgás, erős vágy vagy késztetés.
5.	Visszatérő opioidhasználat, mely a munkahelyi, iskolai vagy otthoni szerepkötelezettségek teljesítésének kudarcát eredményezi.
6.	Folyamatos opioidhasználat az opioid hatásainak következtében kialakuló, vagy azok következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő társas és interperszonális problémák ellenére.
7.	A fontos társas, foglalkozásbeli vagy szabadidős tevékenységek feladása vagy csökkenése az opioidhasználat következtében.
8.	Ismétlődő opioidhasználat olyan helyzetekben, ahol ez fizikai veszélyt jelent.
9.	Folyamatos opioidhasználat a nagy valószínűséggel az opioidhasználat következtében kialakuló vagy annak következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő testi vagy pszichológiai problémák ellenére.

10. Tolerancia, az alábbi definíciók bármelyike alapján:
    a. Az intoxikáció vagy a kívánt hatás eléréséhez szükséges opioid mennyiségének kifejezett megnövekedése.
    b. Ugyanolyan mennyiségű opioid alkalmazásakor kifejezett hatáscsökkenés.
11. Megvonás, mely az alábbiak valamelyikében nyilvánul meg:
    a. Jellegzetes opioidmegvonási szindróma (lásd az opiodmegvonás A és B kritériumait)
    b. Opioid (vagy nagyon hasonló szer) fogyasztása a megvonási tünetek enyhítésére vagy elkerülésére.

(Megjegyzés: Ez a kritérium nem teljesül azok esetében, akik kizárólag megfelelő orvosi felügyelet mellett használnak opiodot.)

A DSM-5-TR [15] ajánlása alapján a zavar kódolásakor jelölendő a korai – (opioidhasználati zavar valamennyi kritériuma, legalább 3, de legfeljebb 12 hónapon keresztül az opioidhasználati zavar egyetlen kritériuma sem teljesül), illetve a tartós (opioidhasználati zavar valamennyi kritériuma, 12 hónapon vagy hosszabb időn keresztül az opioidhasználati zavar egyetlen kritériuma sem teljesül) remisszió (ahol mindkét esetben teljesülhet az A4 „Az opioid használata iránti sóvárgás, erős vágy vagy késztetés"), továbbá „Fenntartó terápián" való részvétel vagy „Kontrollált környezetben" való tartózkodás.

Jelenlegi súlyosságon/remisszión alapuló kód:
F11.10 Enyhe: két vagy három tünet van jelen
F11.11 Enyhe, korai remisszióban
F11.11 Enyhe, tartós remisszióban
F11.20 Mérsékelten súlyos: négy vagy öt tünet van jelen
F11.21 Mérsékelten súlyos, korai remisszióban
F11.21 Mérsékelten súlyos, tartós remisszióban
F11.20 Súlyos: hat vagy több tünet van jelen
F11.21 Súlyos, korai remisszióban
F11.21 Súlyos, tartós remisszióban
Ha egyidejűleg opioidintoxikáció, opioidmegvonás vagy más opioid kiváltotta mentális zavar is fennáll, akkor nem használhatók az opioidhasználati zavar alábbi kódjai. Ehelyett a komorbid opioidhasználati zavart az opioid kiváltotta zavar kódjának negyedik karaktere jelzi.
Az opioid kiváltotta mentális zavarokat a DSM-5-TR az adott zavarnál külön tárgyalja (például opioid kiváltotta depressziós zavar a „Depressziós zavarok" fejezetnél, vagy az opioidintoxikációs delírium és opioidmegvonási delírium kritériumait és tárgyalása a „Neurokognitív zavarok" fejezetben stb.). Az opioid kiváltotta mentális zavarokat csak akkor diagnosztizáljuk opioidintoxikáció vagy opioidmegvonás helyett, ha a tünetek elég súlyosak ahhoz, hogy külön klinikai figyelmet igényeljenek.

Nem meghatározott, opioiddal kapcsolatos zavar
Ez a kategória olyan klinikai megnyilvánulásokra alkalmazható, melyek esetében az opioiddal kapcsolatos zavarra jellemző, klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas, munkahelyi vagy egyéb fontos területek működésének károsodását okozó tünetek dominálnak, de nem teljesülnek egyetlen konkrét opioiddal kapcsolatos zavar vagy bármely, a szerrel kapcsolatos és addiktív zavarok diagnosztikus csoportba tartozó zavar kritériumai sem. **Kódolás**: F11.99

Ajánlás6
Az állapotfelmérés és diagnózisalkotás során az elsődleges klinikai prioritást a sürgős orvosi/pszichiátriai problémák – beleértve a szerhasználattal összefüggő szomatikus ártalmakat és a túladagolást is – azonosításának és az érintett megfelelő ellátásának vagy továbbirányításának kell élveznie. A kliens átfogó felmérése kritikus fontosságú a kezelés tervezéséhez. Az összes értékelés elvégzése azonban nem késleltetheti vagy zárhatja ki az opioidhasználati zavar farmakoterápiájának megkezdését. [13] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Ajánlás7

Fontos, hogy a kliens kórtörténeti explorációja térjen ki a potenciális komorbid zavarok, így a mentális zavarok – beleértve az egyéb szerhasználati zavarokat – (lásd jelen egészségügyi szakmai irányelv 2.2.3. Pszichodiagnosztika alfejezetét) és a fertőző betegségek (például HCV, HIV, TBC), valamint az akut trauma vagy a várandósság tényének megállapítására is. Az átfogó értékelési folyamat részeként fizikális vizsgálatot kell végezni. A laboratóriumi vizsgálatoknak tartalmazniuk kell a teljes vérképet, a májenzimvizsgálatokat, valamint a TBC, a hepatitis B és C, illetve a HIV kimutatására irányuló vizsgálatokat. A nemi úton terjedő fertőzésekre vonatkozó vizsgálatot erősen fontolóra kell venni. Adott esetben hepatitis A és B elleni védőoltást kell felajánlani. [13] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

2.2.3. Pszichodiagnosztika

Az OHZ-val küzdő kliensek állapotfelmérésében, valamint a diagnózisalkotás során támpontokat nyújthat az Addikciós Súlyossági Index alkalmazása [27], melynek magyar változata EuropASI néven érhető el [28]. A megközelítőleg 40–45 perc alatt felvehető félig strukturált interjú alkalmazása előzetes tréninghez kötött. Az ASI a fennálló addiktológiai problémákon (jelen esetben OHZ/OD) túl a kliensek további nehézségeinek és szükségleteinek feltárására, valamint a terápia eredményességének mérésére is alkalmas. Az ASI által vizsgált, a szerhasználati problémákhoz közvetve vagy közvetlenül kapcsolódó egyéb alkalmazkodási nehézségek között találhatjuk az egészségi állapotot, a munka/tanulás területét, a családi és egyéb társas kapcsolatokat, a pszichés státusz, és a jogi problémákat. Az ASI alkalmazásával végzett állapotfelmérés célja a farmako- és/vagy pszichoterápiás ellátás indikációinak meghatározása, és a terápiás terv kidolgozásának megalapozása.

További DSM-5 diagnózist lehetővé tevő félig strukturált klinikai interjú a SCID-5-CV, mely 10 önálló diagnosztikai modulból áll. Az E modul szolgál a szerhasználati zavarok diagnosztikájára. Az interjú felvétele 45–90 percet vesz igénybe, de bizonyos esetekben akár több ülésre is szükség lehet. Lehetővé teszi az élettörténet és a betegségtörténet feltérképezését is. Segítségével lehetőség nyílik a társuló zavarok feltérképezésére és egy átfogó képet kaphatunk a páciens pszichiátriai állapotával kapcsolatban [29].

Bár az MMPI-2 teszt széleskörben alkalmazott pszichodiagnosztikai eljárás, kifejezetten az opioid használat zavarával kapcsolatos skálát nem tartalmaz – a két általánosabb addikciós (APS, AAS), valamint az Átdolgozott MacAndrew Alkoholizmus skála skálán kívül –, mely alkalmas lenne más szerhasználati zavaroktól elkülöníteni a vizsgált állapotot. Informatív azonban a tesztkitöltési attitűddel kapcsolatban, valamint a vizsgált személy személyiség és pszichopatológiai tényezőivel, kognitív, társas és érzelmi jellemzőivel és a komorbid zavarokkal kapcsolatban. A receptre írható opioidokkal való visszaélés (melynek hátterében gyakran a krónikus fájdalom áll) kockázatának azonosítására az MMPI-2-RF két átstrukturált skáláját, a személyiség pszichopatológia feltárására alkalmas PSY-5-RF-et, valamint a magasabb rendű skálákat (H-O skálák) használhatjuk [30]. Az opioidok visszaélésszerű használata természetesen számos egyéb kockázati tényező következménye is lehet, beleértve a terápiás játszmákat, ilyen értelemben pedig az orvos-kliens kapcsolat minősége is nagymértékben befolyásolhatja a kliens gyógyszerszedési magatartásmintázatát. Egy szisztematikus áttekintő tanulmány, illetve meta-analízis eredményei alapján további rizikótényezőnek tekinthetjük a korábbi vagy jelenlegi pszichoaktív szer használatot, a komorbid mentális zavarok jelenlétét, a fiatalabb életkort, valamint a férfi nemet [31]. Az állapotfelmérés, valamint a terápiás folyamat során is érdemes tehát, ezen faktorokat potenciális kockázati tényezőként kezelni.

A komorbid felnőttkori ADHD azonosítását segítheti a DIVA 2.0, vagyis a Diagnosztikus Interjú a Felnőttkori ADHD felmérésére mérőeszköz [32]. Az OHZ-val küzdő kliensek személyiségstruktúrájának részletesebb feltárásában alkalmazható továbbá az Operacionalizált Pszichodinamikus Interjú (OPD-2) [33], illetve a Kernberg-féle Strukturális Interjú is [34], amelynek operacionalizált mérőeszköze a STIPO-R [35].

Tekintve, hogy az OHZ-ral küzdők populációjában még a szenvedélybetegeknél általánosan tapasztalt előfordulási gyakorisághoz képest is rendkívül magas a gyermekkori trauma elszenvedési aránya [36,37], a pszichodiagnosztikai folyamat során érdemes validált mérőeszközzel is feltárni e traumákat. Ennek lehetséges vizsgálati eszköze lehet a Gyermekkori Trauma Kérdőív (CTQ) (XI. Melléklet, 1.2.2. Gyermekkori Trauma Kérdőív – Rövid Változat). [38,39] A 28 tételből álló mérőeszköz a gyermekkorban potenciálisan elszenvedett traumák 5 típusát vizsgálja: szexuális abúzus, fizikai abúzus, érzelmi abúzus, fizikai elhanyagolás, érzelmi elhanyagolás. 3 tétel (a magyar változatban 2) egy validitásskálához tartozik, mely az abúzus tagadására vagy bagatellizálására irányuló tendenciák feltárására alkalmas. A sóvárgás mérésére a Heroin Sóvárgás Kérdőív (HCQ) alkalmazása javasolt (XI. Melléklet, 1.2.1. Heroin Sóvárgás Kérdőív) [40]. A 45 tételből álló skála a heroinsóvárgás 5 dimenzióját ragadja meg, ezek: 1. vágy a használatra; 2. a használat szándéka/tervezése; 3. a pozitív hatások elővételezése; 4. a megvonási tünetektől és a diszfóriától való

megszabadulás elővételezése; 5. a túlhasználat kontrolljának hiánya. A mérőeszköz pszichometriai jellemzői magyar mintán validálva is megfelelőnek bizonyultak [41].

Az opiát/opioid megvonás szűrésére a nemzetközi gyakorlatban a Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) [42] alkalmazása javasolt [43]. Bár ezen skálának a jelen egészségügyi szakmai irányelv közzétételének időpontjának még nincs elérhető, magyar nyelvre validált változata, a XI. Melléklet, 1.2.3. pontja tartalmazza e mérőeszköz jelen egészségügyi szakmai irányelvet fejlesztő munkacsoport által magyar nyelvre lefordított verzióját (Klinikai Opiátmegvonási Skála).

A sóvárgásra vonatkozó maladaptív hiedelmek feltárásában hasznos eszköz lehet továbbá a Sóvárgással Kapcsolatos Hiedelmek Kérdőív (Craving Beliefs Questionnaire: CBQ) [44,45] (mely 20 tétel segítségével méri azon, a kliensre legjellemzőbb hiedelmeket, melyek potenciálisan előrejelezhetik a későbbi visszaeséseket. Melléklet, 1.2.4. pontja tartalmazza e mérőeszköz magyar változatát is (Sóvárgással Kapcsolatos Hiedelmek Kérdőív).

2.2.4. Belgyógyászati, neurológiai és laboratóriumi vizsgálatok

Ajánlás8

A kezelésbe vételkor javasolt korai laboratóriumi vizsgálatok között említhetjük a teljes vérképet, a májenzimvizsgálatokat, valamint a TBC, a hepatitis B és C, illetve a HIV szűrését. A nemi úton terjedő fertőzésekre vonatkozó vizsgálatot erősen fontolóra kell venni. Adott esetben hepatitis A és B elleni védőoltást kell felajánlani. A rendellenességet mutató eredmények további vizsgálatot vagy beutalást tehetnek szükségessé [13] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás).

A polytoxicomania kizárására/megerősítésére a kezelés során is javasolt a rendszeres drog vizelettesztelés alkalmazása, reproduktív korú női kliensek esetén pedig javasolt terhességi tesztelést ajánlani.

2.3. Opioidhasználat okozta dependencia – Terápia

Az OHZ-ban szenvedő kliensek kezelési algoritmusát az 3.1. számú ábrán foglaltuk össze. (XI. Melléklet 3.1. számú ábra: Az opioidhasználati zavarban szenvedő személy ellátásának algoritmusa).

Ajánlás9

A kannabisz, stimulánsok, alkohol és/vagy más addiktív szerek párhuzamos használata nem lehet ok az OHZ kezelésének visszatartására vagy felfüggesztésére. Azok a kliensek azonban, akik az OHZ kezelése során aktívan használnak szereket, rendszeresebb kontroll időpontokat igényelhetnek, beleértve az intenzívebb szintű ellátást is. A benzodiazepinek és más nyugtató-szedatív szerek használata szintén nem lehet ok a metadon- vagy buprenorfin-kezelés visszatartására vagy felfüggesztésére. Bár e gyógyszerek együttes alkalmazása növeli a súlyos mellékhatások kockázatát, a kezeletlen OHZ okozta károk felülmúlhatják ezeket a kockázatokat. Kockázat-haszon elemzést kell tehát végezni, és a kockázatok csökkentése érdekében nagyobb támogatást kell nyújtani, beleértve a körültekintő gyógyszeres kezelést is. [13] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

2.3.1. Gyógyszeres terápia

Ajánlás10

Az OHZ farmakoterápiájában opioidszubsztitúciós kezelés során a metadon vagy a buprenorfin (illetve a kettős komponensű, buprenorfin + naloxon) alkalmazása javasolt. A fenntartó kezeléseknél is elsődleges célnak az absztinencia elérését kell tekinteni, mivel a fenntartó szerre is kialakulhat tolerancianövekedés, illetve megjelenhetnek megvonási tünetek, valamint még a gyakori kontrollvizsgálatok ellenére is előfordulhat, hogy ezen gyógyszerek is „utcai droggá", feketepiaci árucikké válhatnak. A metadon esetében felmerülő utcai kereskedelem a buprenorfin+naloxon esetében nem várható. A buprenorfin+naloxon – annak szubsztitúciós alkalmazása mellett – absztinencia-orientált programok előkészítéseként is adható. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

A fenti ajánlást érdemes kiegészíteni azon empirikus eredményekkel, melyek a személyre szabott gyógyszerválasztás fontosságára hívják fel a figyelmet. Bizonyos eseteknél, illetve egyes terápiás szempontok figyelembevételével a metadon ugyanis előnyt élvezhet a buprenorfin+naloxon-nal szemben. Példaként említhetjük azokat a vizsgálatokat, melyek az ambuláns terápiában maradás kapcsán a metadon esetén kedvezőbb arányokat azonosítottak [46]. A buprenorfin+naloxon mindazonáltal első választású szerként javasolt azon klienseknél is, akik a metadon szedése

kapcsán kontraindikációt mutatnak (például magas késleltetett kamrai repolarizációs kockázat, metadonra való túlérzékenység stb.) [47].

Ajánlás11

Az OHZ-ban szenvedő klienseknél a megvonási tünetek, a túladagolási kockázat csökkentése, és a relapsus prevenciót elősegítő kezelés indítására, valamint a tartós drogmentes állapot fenntartása az elsődleges stratégiai cél. A beteg együttműködésének megnyerésével, a lehető legkorábbi szakban a súlyos tolerancia kialakulása előtt el kell kezdeni a biológiai kezelést, egyidejűleg – ha ez lehetséges – egyéni vagy kiscsoportos pszichoterápiák, kognitív és viselkedésterápia, családterápia, foglalkozásterápia indításával. Az alkalmazott készítményt lehetőleg mindig monoterápiával indokolt kezdeni, és a terápiában hatékony dózist használni. Nem szükséges az alkalmazási előírásoktól lényegesen eltérő, vagy a napi maximális adagot meghaladó dózisok alkalmazása, mivel terápiás előny nélkül a szövődmények és a mellékhatások kockázatát fokozzuk. Az OHZ-ban érintett klienseknél nem engedhetőek meg a gyógyszermentes (drug free) hétvégék a visszaesés veszélye miatt. Az eredményes kezelés időtartamát 6 hónapig érdemes fenntartani a korai relapsus elkerülése, a toleranciát kialakító neurobiológiai folyamatok rendeződése céljából. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Az alábbiakban az OHZ farmakoterápiájában alkalmazásra kerülő gyógyszerek tételes bemutatását végezzük, majd részletesebben a metadon és a buprenorfin/ buprenorfin+naloxon alkalmazási protokollját mutatjuk be.

Kontrollált dependenciát biztosító opioid agonisták:

- **Szintetikus agonista:**
  Metadon
- **Partialis agonista:**
  Buprenorfin
- **Nem szelektív agonista:**
  Tramadol
- **Kevert agonista és antagonista szer**
  Buprenorfin-naloxon

Opioid antagonisták:

- Naloxon: A tiszta opioid antagonista blokkolja az eufóriáért felelős receptorokat, jelenlétében tehát hiába adagolják az eredeti szert, az örömérzés, a heroin mámor elmarad, így nincs késztetés a szer további használatára.

A hazai és a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott további addiktológiai szerek:

- **Alfa-2-adrenerg agonista kezelés**
  Az opioid megvonási tünetek kialakulását gátolni lehet alfa$_2$-adrenerg-agonista tizanidin adásával. A szer az akut megvonási tünetekre kifejezett protektív hatását mutat opioid megvonás során.
- **Nagypontenciálú benzodiazepinek**
  GABA-A receptorok aktivitását fokozva csökkentik a heroin okozta dopamin felszabadulást a mezolimbicus területen és a nucleus accumbensben, ezzel a heroin jutalmazó, megerősítő hatása és a sóvárgás, valamint a megvonási tünetek lényegesen mérséklődnek, illetve megszűnnek.
- **5-HT3 antagonisták**
  Az ondansetron, genisetron, az 5-HT3 receptor szuperszelektív kompetitív antagonistái gátolják a dopamin felszabadulást a mesolimbicus régió és a nucleus accumbens területén, emiatt a heroin megvonás és sóvárgás tüneteit mérsékli.
- **Topiramát**
  A GABA-A receptor aktivitásfokozódás jelentősen csökkenti a heroin kiváltotta dopaminszint növekedést, ezáltal mérsékli a heroin sóvárgást, a jutalmazó, euforizáló és megerősítő hatásait, valamint a megvonási tüneteket.
- **5-HT3 agonista és alfa-2 adrenerg gátló**
  A két támadáspontú szer serkenti a szerotoninerg neurotranszmissziót, blokkolja az 5-HT2 és az 5-HT3 receptorokat, befolyásolja a mű, delta kappa-1, és kappa–2 opioid receptorokat. ezáltal az opioidok euforizáló hatását megszünteti, a megvonás tüneteit és a megvonást követő depressziós állapotokat jelentősen mérsékli.

2.3.1.1. Metadon

A metadonnal végzett szubszitúciós kezelésnek két alapvető fajtáját különböztethejük meg: ezek a metadon detoxikáció és a hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés.

a) M*etadon detoxikáció*.

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

b) *A hosszú távú szubsztitúciós metadon kezelés*.

A metadonterápiát folytató intézmény vezetője bizonyos időszakonként absztinenciát célzó kezelést ajánl fel a metadon programban részt vevőnek. A választható kezelési formák közül a döntés az elérhető helyi lehetőségek, a kliens korábbi élettörténete, a jelenlegi állapot, a szociális támogató rendszer és a kifejezett kívánságok alapján határozható meg.

A szubsztitúciós kezelésbe kerülés ajánlott kritériumai:

– Többéves, igazolt OHZ (legalább 2 év).
– Sikertelen próbálkozás absztinenciát célzó kezelési programban (például osztályos vagy rehabilitációs program).
– Terápiás szerződés kötése a klienssel.

A terápiás szerződés megkötésének feltétele a kliens körültekintő tájékoztatása, mely kitér arra, hogy 1. a metadon szérum szint maximumát a bevételt követő 2–4. órában éri el; 2. a metadon akkumulációja miatt a legerősebb hatást – egyenletes dózis mellett – kb. a 3–5. napon, vagy még később éri el; 3. más drogok használatának veszélye nő a szubsztitúciós kezelés alatt, elsősorban az ópiátok, a kokain, a benzodiazepinek és az alkohol vonatkozásában; 4. az aktuális metadonszint következménye az aktivitás növekedése, vagy csökkenése.

Ajánlás12

A metadon adagolása folyadék (oldat, solutio, suspensio, feloldott tabletta, feloldott por, pezsgőtabletta) formájában javasolt. Az alapelv az, hogy a metadon lehetőség szerint ne kerüljön a kliens kezébe. A napi ellenőrzött bevételtől eltérően indokolt esetben maximum 1 heti, különlegesen indokolt esetben maximum 3 heti mennyiség adható ki. A kezelés teljes időtartama alatt folyamatos és rendszeres ellenőrzés szükséges. Az adagolás biztonsága érdekében a metadon-terápiás helyeken történjen a metadon tárolása. A biztonsági feltételeket az érvényben lévő jogszabályok alapján kell kialakítani [112]. Az újonnan kezelést kezdő a szer bevételét követő néhány órában maradjon a kezelőhelyen és tartsuk megfigyelés alatt. A kezdő dózis legyen alacsony. A megfigyelés alatt lévő kliensnek pótolhatjuk gyógyszerét, ha megvonási tünetek jelentkeznek, illetve, ha azok nem szűnnek meg. A fentiek miatt a gyógyszer beállítását kezdjük reggel, lehetőleg a hét elején. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Ajánlás13

Mielőtt a klienst metadonterápiába vonnánk, szükséges a kontraindikációkhoz köthető lehetséges kockázati tényezők feltárása, beleértve a családi és személyes kardiológiai anamnézist, az aktuálisan szedett gyógyszerekre vonatkozó információgyűjtést, a metamfetamin vagy kokain jelenlegi használatára vonatkozó kérdéseket (mindkettő szer meghosszabbíthatja a kamrák depolarizációja, majd a nyugalmi helyzetbe történő visszatérés között eltelt idő, vagyis a QTc hosszát), a laboratóriumi vizsgálatokat (például a kálium- vagy magnéziumszint felmérése) és az EKG-t. Ha a QTc 450–500 között van, beszéljük meg a klienssel a kockázatokat és az előnyöket. Ha 500 fölött van, ne kezdjük el a metadon alkalmazását! Ha a kliens már metadont szed, fontoljuk meg az adag csökkentését, más gyógyszerre való átállást és a QTc-t meghosszabbító egyéb gyógyszerek elhagyását. [48] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

A napi metadondózis meghatározása az ajánlott hatékony dózistartományon belül egyéni megítélés tárgyát képezi, és elsősorban az érintett személy opioidokkal kapcsolatos neuroadaptációs szintjétől függ. A kívánt szubsztitúciós hatás elérését biztosító minimumdózis tartománya jellemzően 60–100 mg/nap [49]. A terápia későbbi szakaszában a megfelelő dózis beállításának stratégiái azonban változhatnak. Az erre vonatkozó empirikus adatok értelmében a konstans dózis hosszabb távú fenntartása a kezelés első 3 hete után magasabb relapszus kockázattal jár [50]. A megfelelő gyógyszerszint a kliens klinikai vizsgálata (ideértve a pszichés státusz és a vegetatív paraméterek monitorozását), a rutinszerű vizelet- és nyálvizsgálat, valamint a heteroanamnézisek (például hozzátartozó bevonásával) eredményei alapján állapítható meg. A kliens által a kezelés ideje alatt használt opiátok és opioidok pontos mennyisége azonban így is nehezen becsülhető meg, egyebek mellett azon jelenség következtében, miszerint

a kliensek hajlamosak túlbecsülni az általuk használt mennyiséget annak reményében, hogy így növelhető a metadon dózisa. A megvonási tünetek súlyosságának feltárása valamelyest objektívebb képet adhat a kliens tényleges használati szokásait illetően.

Ajánlás14

A metadonkezelés kezdeti célja a megvonási tünetek felszámolása. Az opioidmegvonás megjelenésekor (vagyis jellemzően az utolsó opioid használatot követő 8–12 órán belül), általában napi 15–20 mg metadon adagolásával javasolt a kezelést megkezdeni, kivéve az opioidokkal szembeni nagyobb mértékű tolerancia esetén, de még akkor sem javasolt 30 mg fölé emelni a kezdeti napi dózist. Az opioidokkal szembeni alacsony vagy bizonytalan toleranciaszintű személyek esetében a javasolt kezdeti napi adag 10–15 mg. A napi 20 mg-nál nagyobb kezdeti metadonadagokkal óvatosan kell eljárni. Az opioidokkal szembeni tolerancia mértékének legpontosabb megítélését a kliensek szoros megfigyelése teszi lehetővé, 2–3 órával az adag beadása után. Ha a kliensek a metadonadag után 2–3 órával jelentős opioidmegvonási tüneteket mutatnak, akkor további 5–10 mg metadont javasolt adni, és a következő napi adagjukat ennek megfelelően növelni. Ha a betegek a metadonadag bevételét követően az erőteljes szedáltság jeleit mutatják, akkor a következő napi adagot csökkenteni kell (és a beteget addig szükséges megfigyelni, amíg a szedáció megszűnik, vagy szükség esetén túladagolás miatt kezelni kell az érintettet). [51] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Az alábbiakban, a könnyebb áttekinthetőség kedvéért, összegzésként a 4. táblázatban került sor a metadonterápia előnyeinek és hátrányainak összevetésére. [43]:

4. táblázat: A metadonterápia előnyei és hátrányai [43]:

Előnyök	Hátrányok
A megfelelő dózisban alkalmazva teljesen megszüntetheti az opioidok (köztük a heroin) megvonási tüneteit	A metadonkezelés megkezdése nehezebb és lassabb, mint a buprenorfiné, és nagyobb a túladagolás veszélye, mivel a metadon kis adagjai is idővel felhalmozódhatnak a vérben.
Az orvos vagy ápoló által felügyelt gyógyszeradagolás gyors, mivel a metadon folyékony formában könnyen lenyelhető, feloldódása így rövidebb időt vesz igénybe, mint tabletta formában adagolva	A metadonról egyes kliensek számára nehezebb lehet leszokni, mint a buprenorfinról, mivel a metadon teljes agonista, míg a buprenorfin részleges agonista
A metadont szedők nagyobb valószínűséggel maradnak a kezelésben, és általában hosszabb ideig maradnak, mint a buprenorfint szedők.	A metadon önmagában is halálos túladagolást okozhat. A megfelelő dózis beállítását gondosan kell elvégezni, ami időbe telhet
	A túladagolás valószínűbb, ha a metadont más központi idegrendszeri depresszánsokkal, például alkohollal, benzodiazepinekkel és gabapentinoidokkal együtt szedik
	A metadon nagyobb valószínűséggel álmosít, mint a buprenorfin, ugyanakkor, ha ez előfordul, az arra utalhat, hogy a beállított dózis nem megfelelő
	A metadonnak több gyógyszerkölcsönhatása van, mint a buprenorfinnak, és egyes szívproblémákkal küzdő klienseknek kerülniük kell a szedését
	Az opioidok szedéséhez nem szokott személy által bevitt kis mennyiségű metadon túladagolást okozhat. Ennek megelőzésére biztonsági intézkedéseket kell bevezetni, például felügyelt fogyasztást és zárt gyógyszer tároló dobozokat, különösen akkor, ha a szolgáltatást igénybe vevő gyermekekkel vagy gyermekek közelében él.

2.3.1.2. Buprenorfin/Buprenorfin+naloxon

Ajánlás15

A buprenorfin+naloxon terápia szempontjából kritikus fontosságú, hogy a betegek a buprenorfin „indukciója" előtt valóban megvonási tüneteket mutassanak. A Klinikai Opiátmegvonási Skála (COWS) (lásd jelen egészségügyi szakmai irányelv Mellékletek részét) segíthet a kliens megvonási tüneteinek pontos feltérképezésében. A buprenorfin/ buprenorfin+naloxon terápia esetén a tipikus első adag (ha a COWS-pontszám 6-nál nagyobb) 4 mg, buprenorfin monoterápia esetén, vagy 4/1 mg (4 mg buprenorfin 1 mg naloxonnal) kombinált kezelés esetén. Ebben az időszakban a kliens életjeleit szükséges lehet szorosan monitorozni, és megfigyelés alatt tartani az érintettet. Egy-két órával később újabb 4 mg-os adagot lehet beadni. Az első napon a szokásos maximális adag 8–12 mg buprenorfin körül van. A második napon az első adag jellemzően az első napi maximális adag, amelyet a fennmaradó megvonási tünetek függvényében további 2–4 mg követ, a második napra jellemző maximális adag pedig 12–16 mg körül van. A harmadik napra a terápiát biztosító szakember jellemzően eléri a 16–20 mg-os fenntartó dózist, amelynél már szinte az összes opioidreceptor telített, így az adag további növelésének szükségessége már korlátozottabb. A maximális napi adagolás 24–32 mg között van. A betegek előnyben részesíthetik, ha az adagot felosztják és naponta kétszer adják be, szemben a metadonnal, amelyet általában naponta egyszer adnak be. [48] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

A buprenorfin hosszú hatású szintetikus opioid, amely részleges mu (μ) opioidreceptor-agonistaként hat, felezési ideje körülbelül 24–42 óra. A buprenorfin nagy affinitással rendelkezik az opioidreceptorokhoz, de részleges/ partiális agonistaként alacsonyabb aktivitást/hatást fejt ki az opioidreceptorokon, mint a teljes agonista opioidok. A buprenorfin ezen farmakológiai tulajdonságai nagyobb dózisoknál plafont eredményeznek az opioiderg hatások – beleértve a légzésdepressziót – tekintetében. A buprenorfin nagy affinitása az opioidreceptorhoz antagonista hatást is kiválthat más opioidokra nézve; „kiszorítja" a többi opioidot, ha azok jelen vannak, ami megvonási tüneteket okozhat. [52].

A buprenorfin/naloxon rendeltetésszerű szublingvális alkalmazásakor a naloxon komponens hatása elhanyagolható, és a buprenorfin terápiás hatása dominál. Ha azonban szubkután, intramuszkuláris vagy intravénás úton injekciós felhasználásra kerül sor, elegendő naloxon szívódik fel ahhoz, hogy a fizikailag dependens opioidhasználóknál megvonási tüneteket idézzen elő. A buprenorfint/naloxont általában naponta egyszer kell szedni, de kedvező biztonsági profilja és farmakológiai tulajdonságai miatt fel lehet írni a következő időpontokban is nagyobb dózisban, illetve váltakozó napi ütemezésben is szedhető. [52].

A buprenorfin/buprenorfin+naloxon terápia előnyeit és potenciális hátrányait az alábbi 5. táblázatban szemléltetjük [43]:

5. táblázat: A buprenorfin/buprenorfin+naloxon terápia előnyei és potenciális hátrányai [43]

Előnyök	Hátrányok
A buprenorfin tabletta vagy filmtabletta formájában kapható, így könnyebben hordozható.	A titrálás kezdetén megvonási tünetek jelentkezhetnek. Ezek minimalizálhatók gyorsabb, de még így is óvatos titrálással.
A buprenorfin kisebb valószínűséggel okoz halálos túladagolást, mint a metadon.	Előfordulhat, hogy a klienseknek különböző hatáserősségű tablettákat kell fogyasztaniuk a megfelelő dózis eléréséhez.
A buprenorfin kevésbé szedatív hatású, mint a metadon, így a szolgáltatást igénybe vevőknek tisztább marad a tudatuk.	Mivel a buprenorfin általában a nyelv alatt feloldott tabletta vagy a nyelv tetején feloldott filmtabletta, a kezelés felügyeleti ideje hosszabb, mint a metadonnál, illetve a buprenorfin lenyelve nem hat.
A buprenorfinról a kezelés végén könnyebb leszoktatni a klienseket, mint a metadonról.	

Az OHZ farmakoterápiájában alkalmazott gyógyszerek használati kontraindikációit a 6. táblázatban [48] soroljuk fel.

6. táblázat: Az OHZ farmakoterápiájában használt gyógyszerek, illetve azok alkalmazásának kontraindikációi [48]

Első vonalbeli szerek	
	Kontraindikáció/megjegyzés
metadon	allergia, akut asztma, tüdőbetegségből származó CO2-felhalmozódás, bénulásos bélelzáródás
buprenorfin	keringési összeomlás, akut vagy súlyos bronchiális asztma, légzőszervi vagy májelégtelenség
Másodvonalbeli szerek	
naltrexone	allergia, opioidok aktuális használata, akut opioidmegvonás (vizeletből történő drogszűrés, a beteg saját bevallása vagy naloxonpróbára adott megvonási tünetek), súlyos májkárosodás, várandósság
tramadol	opioid hiperszenzitivitás, fejsérülés, epilepszia vagy egyéb görcsrohamok, anyagcserezavar, súlyos asztma, gyomor- vagy bélelzáródás, a közelmúltban fogyasztott alkohol, szedatívumok vagy egyéb nyugtatók

2.3.1.3. Relapszus prevenció farmakoterápiás beavatkozással

Ajánlás16

A visszaesés megelőzése kulcsfeladat a hosszú távú terápiás sikeresség szempontjából. A naltrexon a pszichoszociális támogatásra épülő visszaesés-megelőzési program részeként alkalmazható. A naltrexon opioid-antagonista, amely rendszeres szedése esetén blokkolja az agy opioidreceptorait. Az opioidoktól való elvonás után alkalmazva a naltrexon hatékony kezelés az olyan OHZ-ban szenvedők számára, akik motiváltak az absztinencia megtartására. Csak megfelelő felügyelet mellett szabad szedni, és csakis olyan, megfelelően tájékoztatott kliens által, aki teljeskörűen tisztában van a kezelés lehetséges káros hatásaival (beleértve a túladagolás kockázatát, amely többnyire abból adódik, hogy a „blokkoló hatást" a kliensek nagy mennyiségű opioid használatával próbálják leküzdeni). [43] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Mielőtt a kliens elkezdi a relapszus prevenció céljából javasolt naltrexon-kezelést, az orvosnak szükséges ellenőríznie, hogy 1. a szolgáltatást igénybe vevő kliens aktuálisan absztinenciát mutat-e, ezáltal elkerülve a súlyos és elhúzódó megvonási tüneteket, amelyek visszaélésszerű opioidhasználatra késztethetnek, és növelhetik a túladagolás kockázatát; hogy 2. a szolgáltatást igénybe vevő kliens májfunkciói alapján nem feltételezhető-e májbetegségre utaló kockázat, amely alkalmatlanná tenné a klienst a naltrexon-kezelésre.

Ajánlás17

Ha a szolgáltatást igénybe vevő kliens a Naltrexon (ez hatóanyag vagy konkrét) szedése előtt opioidokat használt, súlyos és elhúzódó megvonási tüneteket tapasztalhat. A Naltrexont tehát csak akkor szabad alkalmazni, ha a szolgáltatást igénybe vevő biztosan opioid-absztinens. Ennek tényét a rutinszerűen elvégzett, opioidok kimutatására alkalmas drogteszt negatív eredménye támaszthatja alá. Ha a teszt pozitív opioidokra, akkor nem szabad Naltrexont adni a kliensnek. Mivel a Naltrexon egyes szolgáltatást igénybe vevőknél ritka esetben toxikus hatást gyakorolhat a májra, a Naltrexon-kezelés előtt és alatt májfunkciós vizsgálatokat kell végezni a potenciálisan fennálló májbetegség és a májfunkció ellenőrzése céljából. A naltrexont szedő klienseket rendszeresen felül kell vizsgálni, hogy értékelni lehessen a kezelés hatékonyságát. Ha opioidokkal való visszaélés kerül azonosításra, fontolóra kell vennie a Naltrexon-kezelés leállítását. [43] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

A naltrexon-kezelés hatékonyságát fokozhatja a szakmai team munkatársai által nyújtott kiegészítő támogatás/pszichoedukáció, melynek során a kezelésben részesülő kliensek megvitathatják az absztinencia fenntartásával kapcsolatos kérdéseiket. Tovább javíthatja a naltrexon-kezelés eredményét, ha a kliens beleegyezik abba, hogy a gyógyszer szedését gyógyszerész vagy családtag felügyelje. Ez biztosíthatja, hogy a naltrexon az előírtaknak megfelelően kerüljön beszedésre. Jó gyakorlat továbbá, ha a kliens mindig magánál hordja a naltrexon-kezelést igazoló dokumentumot/kártyát. Ez azon esetekben válhat kiemelten relevánssá, ha akut opioid-alapú fájdalomcsillapítás válik szükségessé, például egy balesetet követően.

Terápiás megjegyzések

Az opioid használattal összefüggésbe hozható egészségügyi következmények és a halálozási arány (túladagolás, fertőzések és öngyilkosság következtében) rendkívül magas világszerte. A megfelelő dózisú és folyamatos opioid agonista fenntartó kezelések azonban nagy szerepet játszanak a halálozási kockázat csökkentésében [53–61], emellett pedig csökkentik az illegális szerhasználat gyakoriságát, továbbá javítják többek között az egészséggel kapcsolatos jóllétet is [62–65]. Az agonista fenntartó kezelés tűcsere programmal vagy az antiretrovirális kezeléssel való kombinálása rendkívül hatékonynak bizonyult [66,67], költséghatékonyan integrálható az alapellátásba, míg abbahagyása növeli a visszaesés és a mortalitás kockázatát. Kevesebb bizonyíték áll rendelkezésre az antagonista (például naltrexon) kezelésekkel kapcsolatban, melyek ugyan csökkentik az opioidhasználatot, azonban a mortalitásra nem gyakorolnak igazolt hatást [68].

Az ellátáshoz való hozzáférés és az elérhető ellátás igénybevételének aránya viszont nagyon változó. Egy amerikai tanulmány a kezelés igénybevételének akadályait igyekezett felderíteni. A fő akadályt a helyileg sajátos egészségbiztosítási rendszeren (például nem rendelkezik egészségügyi biztosítással, vagy a meglévő biztosítása nem fedezi a fenntartó kezelést), valamint a logisztikai kérdéseken (például kezelés elérhetősége, anyagi szempontok) túl a kezeléssel és segítségkéréssel járó stigma jelenti. Az internalizált stigma jelentős pszichoszociális következményekkel és szövődményekkel járhat együtt (például depresszió, túladagolás) [69].

Jelenleg nincs nemzetközi konszenzus azonban az opioid agonista fenntartó kezelések eredmény- és hatékonyságvizsgálatában használt mutatókkal kapcsolatban, de a sikeresség kritériumaiban sem a kezelést, sem pedig a drogpolitikát illetően. Probléma továbbá, hogy a meglévő eredményvizsgálatok kevés kulcsfontosságú közegészségügyi adatot tartalmaznak (például túladagolás, HIV/Hepatitis fertőzés). Jelentős eltérés van az egyes országok gyakorlatában a kezelések eredményességének monitorozásában is. Magyarországon az európai standardok alapján a TDI (Kezelési igény indikátor) felvétele 2005 óta kötelező minden új szerhasználatban érintett beteg esetében, aki addiktológiai ellátásba kerül.

Az egészségügyi szakmai irányelv írásakor folyamatban van egy EMCDDA kutatás (The OPTIMUS study: OPioid Treatment outcomes Interview for Maintenance medication USers), mely 32 ország (végül 26 ország vett részt a kutatásban az EU-ból és környékéről, többek között Magyarország is) bevonásával törekszik egy nemzetközileg egységesen alkalmazható kezelési eredményességet vizsgáló interjú létrehozásra, valamint az eredményesség alapú kezelési irányelvek létrehozásának és a betegközpontú ellátás támogatására [70].

Az interjú 1. verziója a páciensek visszajelzéseire építve monitorozza a kezelés hatékonyságát és a kimeneti eredményeket. Az interjú 26 alapkérdésből áll. A kérdések 6 témába csoportosíthatóak (A-F), azon belül pedig 13 indikátort tartalmaz az interjú, melyet 3 havonta ajánlott a páciens igényeitől függően felvenni. A felvétel átlagosan 14–27 percet vesz igénybe (kiegészítő kérdések esetén növekedhet) és az eddigi kutatási tapasztalatok alapján mind a páciensek, mind az ellátást végzők jól fogadták [70].

A jelen egészségügyi szakmai irányelv 7. táblázata tartalmazza a fentiekben ismertetett Delphi-vizsgálat által, szakértői és tapasztalati szakértői konszenzussal jóváhagyott hatékonyságindikátorokat.

7. táblázat: Az OPTIMUS Delphi-vizsgálat során használt interjú 1. változatában található 6 téma és 13 indikátor listája [70]

A: Kezelés	**B: Fizikai egészség és rizikók**
1. Terápia folytonossága (4 alapkérdés) 2. Terápiával való elégedettség (1 alapkérdés)	3. Fizikai egészség (1 alapkérdés) 4. Túladagolás (2 alapkérdés) 5. Intravénás használat (2 alapkérdés) 6. Intravénás eszközök megosztása (2 alapkérdés) 7. Szűrés (4 alapkérdés)

C: Mentális egészség 8. Mentális egészség (2 alapkérdés)	**D: Szociális kapcsolatok** 9. Társas támogatottság (2 alapkérdés) 10. Társas aktivitás (1 alapkérdés) 11. Jogi problémák (1 alapkérdés)
E: Szerhasználat 12. Szerhasználat (2 alapkérdés)	**F: Életminőség** 13. Életminőség (2 alapkérdés)

A Delphi-vizsgálat során továbbá egy klinikai segédlet is készült, mely a jelen egészségügyi szakmai irányelv közzétételének időpontjában még nem érhető el publikusan, ugyanakkor a jelen egészségügyi szakmai irányelv későbbi frissítése során az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésén dolgozó munkacsoport elérhetővé teszi majd magyar nyelven is a segédletet, mely a kliens állapotának monitorozásában segíti az ellátást végző szakembereket (kiemelten az addiktológus pszichiátereket, illetve a klinikai szakpszichológusokat).

2.3.2. Ártalomcsökkentés

Tekintettel arra, hogy az OHZ-ban szenvedő kliensek között számos olyan érintett van, aki még nem áll készen a tartós absztinenciára, az egészségügyi ellátás tehermentesítését, illetve hatékonyságának növelését is szolgálhatja a különböző ártalomcsökkentő szervezetekkel történő szoros szakmai együttműködés. A SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration) az ártalomcsökkentés alábbi 6 alappillérjének megfogalmazásával nyújt gyakorlati keretet az ártalomcsökkentő programok tervezése és implementációja kapcsán OHZ-ban érintett személyek célpopuláció esetén is [71]:

1. Az ártalomcsökkentés eredményességét fokozza, ha a program tervezésében és lebonyolításában olyan érintett személyek is központi szerepet játszanak, akiknek van pszichoaktív szer használattal kapcsolatos sajátélménye: *tapasztalati szakértők bevonása mind beavatkozási, mind adminisztratív szerepkörben.*
2. Az ártalomcsökkentés tiszeletben tartja minden ember eredendő értékét: az ártalomcsökkentő kezdeményezések és szolgáltatások trauma-informált jelleggel működnek, nem patronizálják, de nem is patologizálják a szerhasználati zavarral küzdőket (ideértve az OHZ-ban szenvedőket is). *E programok elfogadják, hogy a szerhasználati zavar okai árnyaltak és komplexek, valamint elismerik a szelf-medikáció jelenségét*.
3. Az ártalomcsökkentés a közösségi szerepvállalás és a közösségépítés mellett kötelezi el magát: az ártalomcsökkentést végző szervezetek figyelembe veszik az érintett kliensek szociokulturális, illetve szubkulturális rétegjellemzőit, és *különös hangsúlyt fektetnek a szociális izoláció felszámolására, elfogadáson alapuló közösségek kialakításának elősegítésével*.
4. Az ártalomcsökkentés előmozdítja a méltányosságot, a jogokat és a jóvátételi társadalmi igazságosságot: az ártalomcsökkentő programok közvetve *hozzájárulnak az etnikai, társadalmi osztálybéli, nyelvi, szexuális és kulturális egyenlőtlenségek megszüntetéséhez*.
5. Az ártalomcsökkentés a legkönnyebben hozzáférhető és kényszermentes támogatást kínálja: a szolgáltatásokban való részvétel mindig *önkéntes, bizalmas (vagy anonim), önirányított, fenyegetésektől, erőszaktól és a szociális megfelelni vágyás nyomásától mentes*.
6. Az ártalomcsökkentés az érintett kliens által meghatározott pozitív változásokra összpontosít: az ártalomcsökkentő programok elfogadják azt a feltevést, hogy a jóléthez sokféle út vezet; a szerhasználatból való felépülés csak egy ezek közül. *Az absztinencia nem kötelező elvárás*.

Az olyan, most még főként csak a nemzetközi gyakorlatban elérhető ártalomcsökkentő kezdeményezések, mint a naloxon-osztó programok, a túladagolás-megelőző helyek (például biztonságos belövő szobák), valamint a drogellenőrzési szolgáltatások (például mobil labor, helyszíni drogtesztelés stb.) érdemben hozzájárulhatnak az opioid túladagolási halálesetek visszaszorításához [72].

2.3.3. Pszichoterápiák

A farmakoterápia mellett a pszichológiai és pszichoszociális intervenciók fontos elemei az OHZ átfogó kezelésének, hiszen nemcsak magát az addikciót, hanem az esetleges komorbid pszichiátriai zavart is megcélozhatják, illetve segítik a túladagolás- és a szuicid prevenciót. Egy kurrens meta-analízis szerint [10] az OHZ komorbid mentális állapotai

között leggyakrabban az alábbiak szerepelnek: szorongás 29% (95% konf.int; 24,0–33,3%), depresszió 36,1% (95% konf.int; 32,4–39,6%), PTSD 18,1% (95% konf.int; 15,4–20,9%), ADHD 20,9% (95% konf.int; 15,7–26,2%), antiszocális személyiségzavar 33,6% (95% konf.int; 29,1–38,0%) és borderline személyiségzavar 18,2% (95% konf.int; 13,4–23,1%), ezért az alkalmazott pszichoterápiás módszereket ezen állapotokra irányuló megoldások szerint is választhatjuk.
A különböző intervenciós módszerek jellemzően az alábbi célokat tűzik ki:

1) A kliens motivációjának fokozása az opioidhasználat felhagyására vagy csökkentésére.
2) A problémahelyzetekkel való megküzdési technikák eredményes átadása, fejlesztése.
3) Kontingenciaszervezés.
4) A diszkomfortot vagy szenvedést okozó emóciók kezelésének elősegítése - a hatékony érzelemszabályozás fejlesztése.
5) A társas támogatottság, valamint az interperszonális készségek fejlesztése, fokozása.
6) Az opioid-szubsztitúciós terápia során kapott dózis csökkentése kapcsán érzett önirányítottság, énhatékonyság és felelősség növelése.
7) Relapszus prevenció.

A pszichoszociális támogatás emellett segíthet a kliensek edukációjában a várható megvonási tünetekkel kapcsolatban, hasznos stratégiákat biztosíthat a kliensek számára a megvonások minimalizálása érdekében, valamint segítheti a klienseket az aktuális megvonási tünetek, valamint a sóvárgás értelmezésében is. Megkönnyítheti továbbá a megvonás lecsengését követően a magasabb küszöbű ellátási formák felé történő továbbmozdulást, hosszabb távon pedig a társadalomba való eredményes visszailleszkedést (reszocializáció) [51].

Figyelembe véve azt a gyakori klinikai tapasztalatot, miszerint az OHZ-ral küzdő kliensek körében gyakori a farmakoterápiás kezelés kizárólagos preferenciája, a terápia hatékonyságának növelése érdekében jellemzően szükségessé válik a kliens belső viselkedésváltozási motivációjának elősegítése, melyben a motivációs interjú technikája [73] nyújthat érdemi támogatást.
A motivációs interjú széles körben alkalmazott kognitív szemléletű beavatkozás, melynek célja a viselkedésváltozás elérése addikciós, valamint egyéb egészségkárosító magatartások esetében. A viselkedés változását a problémafelismerés elősegítése és a lehetséges lépések tervezésének, illetve végrehajtásának támogatása által teszi lehetővé. Módszerei és szemlélete jól alkalmazható a probléma felismerésének elutasítása, valamint a változással szembeni ambivalencia esetén, de a későbbi viselkedésváltozási szakaszokban is. A terápiás attitűd mellőzi a konfrontatív, autoriter hozzáállást, helyette pozitív légkör megteremtése jellemzi, mely az együttműködés és az aktivitás kiváltására törekszik, az autonómia tiszteletben tartásával egyetemben.

Alapelvei:

1. Az empátia kifejezése.
2. A vita kerülése.
3. A diszkrepancia kialakítása.
4. Az ellenállás feldolgozása.
5. Az önbizalom erősítése.

Stratégiák a változási motiváció kialakítására és megszilárdítására

1. Nyitott kérdések használata.
2. Visszatükröző figyelem.
3. Kliens támogatása és megerősítése.
4. Összefoglalás és áttekintés rendszeres használata.
5. Önmotivációs állítások kiváltása.

A változás melletti elköteleződés megerősítésének stratégiái

1. Célok felállítása.
2. Lehetőségek figyelembevétele.
3. Terv végrehajtása.
4. Elköteleződés megerősítése.

A terápiás beavatkozásokat a felépülési-modell értelmében is szervezhetjük. A SAMHSA 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). [74]

Ajánlás18

Az addiktológiai területen, az OHZ-val küzdő kliensekkel (is) dolgozó klinikai szakpszichológusnak az alábbi attitűdökkel és főbb kompetenciákkal szükséges rendelkeznie:

- **empatikus odafordulás,**
- **a szókratészi dialektikán alapuló kommunikációs kompetenciák megléte, bizonyos konzultációs technikák esetén akár a direktívebb és konfrontatívabb kommunikáció vállalása (a belső ellenállás csökkentése és a megfelelő betegségbelátás kialakítása érdekében), ugyanakkor a kizárólagosan konfrontatív technikákat alkalmazó konzultáció hátrányos is lehet [75]**
- **nagyfokú frusztrációtűrés,**
- **ítélkezésmentes, elfogadó attitűd,**
- **semlegesség,**
- **kerettartás,**
- **megfelelő önreflexiós képesség és önismeret (például saját addikciók mérlegelése, felismerése),**

a hozzátartozókkal való kommunikáció vállalása és értő irányítása. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

A rendelkezésre álló, magas szintű tudományos/empirikus bizonyítékok alapján az OHZ-val küzdő kliensek populációjában is a kognitív-viselkedésterápia (CBT) az elsődlegesen javasolt pszichoterápiás módszer, főként farmakoterápiával – azon belül is buprenorfin-terápiával kombinálva [76,77]. Kettős diagnózisú, komorbid pszichopatológiával jellemezhető kliensek esetén, akárcsak más szerhasználati zavarok esetén, a sématerápiát tekinthetjük ajánlott módszernek [78], illetve fennálló személyiségzavar esetén (például borderline személyiségzavar) a dialektikus viselkedésterápia (DBT) alkalmazása javasolt [79–81], mely csökkentheti a szuicid veszélyt, a túladagolások számát, elősegítheti az adaptív érzelemregulációs folyamatokat és növelheti a distressz toleranciát, emellett alacsony terápiaelhagyási arányhoz vezethet.

Tekintve, hogy az OHZ esetén is jellemző a család rendszerszintű problematikája, az egyéni- és csoportos terápiás formák mellett ajánlott pár-és családterápiás beavatkozásokat is választani [82].

A csoportos beavatkozások csökkenthetik a kliens izolációját, javíthatják empátiás készségeiket, illetve korrektív élményt nyújthatnak, amennyiben a kliens magára hagyottságának alapélményét képesek oldani a csoporton belüli dinamikus hatótényezők. Az OHZ csoportterápiás megközelítésének előnyei *a)* a sorstársi támogatás biztosítása a betegek számára; *b)* az elszigeteltség és a megbélyegzés érzésének csökkentése; *c)* több beteg párhuzamos ellátása, *d)* a kezeléshez való hozzáférés bővítése, *e)* a várakozási idő csökkentése azáltal, hogy maximalizálható a fogadható betegek száma [83]. Egy randomizált kontroll vizsgálat szerint [84] azon metadon szubsztitúciós programban részt vevők, akik mellette csoportos pszichoterápiás kezelésben is részesültek még 6 hónapos utánkövetés esetében is magasabb józansági arányt mutattak, mint azok, akik nem részesültek csoportterápiában. Egy szisztematikus irodalmi áttekintés szerint a buprenorfin/naloxon terápiában részesülő érintettek esetében is maximálisan támogató a csoportterápiás forma [85].

Amennyiben az OHZ vagy az OD mellett borderline (érzelmileg labilis) személyiségzavar vagy nárcisztikus személyiségzavar diagnózisa is fennáll, alkalmazhatjuk az áttételfókuszú pszichoterápiát (TFP), vagy a mentalizáció alapú terápiát (MBT). A személyiségzavar tüneteinek javulása hosszú távon elősegítheti az opioidhasználatot illető relapszus megelőzését is, ám ehhez az üléseken való józan megjelenésre, és OD páciensnél alkalmazott TFP esetén a terápiát megelőzően már fennálló 3 hónapos absztinenciára van szükség [86]. OHZ páciens TFP terápiájának megkezdéséhez nem feltétlenül szükséges elvárni a teljes absztinenciát, azonban fontos, hogy a terápiás szerződés a páciens számára világos legyen. Szükség esetén időről időre felül kell vizsgálni a terápiás szerződés szerhasználatra vonatkozó részeit, és akár megállapodást kötni, kiegészítő addiktológiai kezelés igénybevételére. Ebben az esetben is fontos, hogy a terápiás szerződésbe bekerüljön előfeltételként az üléseken való józan megjelenés. Egy kutatás során OD páciensek detoxifikációjának már az első hetében hatékonyan alkalmaztak TFP-t [87]. A terapeuták nem alkalmaztak vizelettesztet, mivel a módszer fontos eleme, hogy a terapeuta bízik a páciens őszinteségében. Ezt motiválhatja az a tényező is, amely szerint a szerhasználatot illető relapszusért nem jár szankció, hanem a terápiás kapcsolatban felbukkanó problémára vonatkozó jelzésként szükséges értelmezni. Ebben az esetben is a terápiás szövetség és az áttétel felülvizsgálata a megfelelő lépés. Kernberg és munkatársai azt javasolják [86], hogy amennyiben egy páciensnél gyakori az ismétlődő szerhasználatot illető relapszus, szúrópróbaszerű vizelettesztet ne a terapeuta, hanem másik kezelő alkalmazzon annak érdekében, hogy a terapeuta megőrizhesse a technikai neutralitást. Egy

ajánlás szerint OD pácienseknek szubsztitúciós kezelés mellett is lehet pszichoterápiát alkalmazni, így TFP-t is [88]. A TFP hatékonysága a személyiségzavar tüneteinek enyhítésében egyebek mellett randomizált kontrollált vizsgálat során is igazolódott [89].

Bár az MBT alkalmazásának OHZ vagy OD esetén sem előfeltétele az absztinencia, a pécsi INDIT Közalapítvány MBT Ambulancia munkatársainak tapasztalatai alapján fontos, hogy a programba kerüléskor az addiktológiai problémák többnyire stabilizált állapotban legyenek [90]. Egy pilot-vizsgálat során Magyarországon is hatékonyan alkalmazták az MBT-t addiktológiai problémákkal küzdő borderline pácienseknél. Eredményeik szerint a személyiségzavar több tünete enyhült: pozitívan változott az ismeretlen helyzetek értékelése, a düh és feszültség átélésének értékelése, valamint javult bizonyos fontos mások megítélése, és javult a szelfreflexió [91].

A mindfulness alapú pszichoterápiák alkalmazása bizonyítottan hatékony lehet a visszaesés megelőzésben, többnyire a járulékos szorongásos tünetek csökkentése kapcsán, de a sóvárgás csökkentésben is jelentős szerepet játszhat. E módszerek az OHZ esetében továbbá a fájdalom menedzsmentben is hatékonynak bizonyultak [92]. Elérhetőek olyan mindfulness beavatkozási lehetőségek is, melyek célzottan a visszaesés prevencióját állítják fókuszukba. A mindfulness-alapú visszaesés-megelőzés (MBRP: Mindfulness-Based Relapse Prevention) módszere [93] 8 tematikus szakaszból épül fel, melyek 1. a visszaesés automatizmusainak („robot-pilóta" üzemmód) megismerésére, 2. a triggerekre és sóvárgásra irányuló tudatosság növelésére, 3. a hétköznapi életben való tudatos (mindful) jelenlét elősegítésére, 4. a magas kockázati helyzetekben mutatott tudatos jelenlét elősegítésére, 5. az elfogadás és a készségvezérelt cselekvések fejlesztésére, 6. a gondolatok meta-kognitív felismerésére, 7. az öngondoskodás és életvitelbeli egyensúly megteremtésére, 8. a társas támogatottság fokozására, valamint a gyakorlás folytatásának ösztönzésére helyezik a hangsúlyt. A módszer hatékonyságát az opioidhasználattal kapcsolatos visszaesések csökkentésében randomizált klinikai vizsgálatok is alátámasztották [94].

2.3.3.1. Telemedicinális lehetőségek

Az OHZ-ban szenvedő egyének többsége nem részesül terápiás ellátásban [95], így sokan közülük online platformokon, szerhasználói fórumokon keresnek támogatást [96], elsősorban sorstársaktól kérve egészségügyi vonatkozású információkat a szenvedélybetegség és felépülés vonatkozásában. Ezen online közösségi platformok megbízhatóságát azonban számos torzító tényező teszi megkérdőjelezhetővé, ideértve a tartalomra vonatkozó moderáció hiányát, a félretájékoztatás veszélyét, a tévhitek megerősödésének kockázatát, a felhasználók közötti agresszív megnyilvánulások kontrollálatlanságát. Általánosságban elmondható, hogy e fórumok a klinikai ellátásra jellemző biztonsági, szakmai és etikai fékek hiányában nem tekinthetőek kielégítő alternatívának a kezelésbe nem forduló, OHZ-ban érintett személyek számára.

Figyelembe véve az elmúlt évtizedek rohamos technológiai fejlődését, mely lehetővé tette a telemedicinális megoldások ugrásszerű hatékonyságnövekedését is, az OHZ-ban szenvedő kliensekkel végzett munka során is érdemes számításba venni, hogy sok félig vagy teljes mértékben automatizált beavatkozási forma, illetve a személyes pszichoterápiát kiegészítő lehetőség áll (és egyre inkább áll majd) rendelkezésre, igaz, ezek jellemzően még a nemzetközi gyakorlatból vett példák. Az alábbiakban ezen példák alapján rendszerezzük a főként web és okostelefonos alkalmazásalapú beavatkozások alkalmazási területeit, specifikusan OHZ-ral küzdők populációjában:

1) *Relapszus prevenció*: pozitív gondolkodásra ösztönző automatikus sms üzenetek kiküldése a kliensek számára, kiegészítve a sóvárgás súlyosságát és a sóvárgás kontextuális összefüggéseit értékelő napközbeni, valamint a későbbi célok kitűzését segítő napvégi visszajelzésekkel [97];
2) *A szerhasználói közösségek szakemberrel való összekötése*: mesterséges intelligencia alapon működő lehetőség, mely hozzáférést biztosít a szolgáltatóknak a sorstárs segítői/online szerhasználói közösségekben megvitatott tartalmakhoz (a csoport engedélyével), növelve ezzel a szükségletek kezelésének esélyét, és csökkentve a tévhitek, nem bizonyíték alapú elképzelések terjedési valószínűségét. A kliensek időbeli fejlődésének nyomon követése is lehetővé válik [96]. Szintén ezen alkalmazási területhez tartoznak azok a mobil alkalmazások (például BeBrave applikáció), melyek az OHZ-ban érintetteket a sürgősségi ellátásban dolgozó szakemberekkel kötik össze [98], csökkentve ezáltal például a túladagolások valószínűségét is;
3) *Kezelések monitorozása*: az OHZ-ral küzdő kliens kórtörténetének nyomon követése elektronikus regiszteren keresztül [99], mely lehetővé teszi annak kizárását, hogy a kliens ne tudjon több ellátóhelyről párhuzamosan gyógyszert felíratni magának (cél: visszaélésszerű gyógyszerhasználat visszaszorítása). Hazánkban hasonló funkciót tölt be az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT).
4) *Ártalomcsökkentés*: elérhetőek olyan ingyenes mobilalkalmazások is (például Opioid Converter), melyek a kliensek edukációjával, így például a különböző opioidok dóziskonvertálásával kapcsolatos információk átadásával járulhatnak hozzá az opioidintoxikáció valószínűségének csökkentéséhez [100].

A felsorolt telemedicinális gyakorlatok mindazonáltal magyar nyelven nem érhetőek el. A jelen egészségügyi szakmai irányelvet fejlesztő munkacsoport éppen ezért a hazai szakmai élet képviselőit is arra ösztönzi, hogy tegyenek érdemi lépéseket hasonló telemedicinális (elsősorban adjuváns jellegű) beavatkozások fejlesztésében és disszeminációjában.

2.3.4. Szociális terápiák

Ajánlás19

A farmakoterápia és pszichoterápia mellett azon kliensek körében, akik nem utasítják el a spirituális szemléletet, illetve a közösségi terápia szemléletmódját, kiegészítésként ajánlott javasolni az anonim önsegítő csoportokba járás gyakorlatát is. (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

Hazánkban a legkönnyebben hozzáférhető támogatási formát a 12 lépésre épülő, kölcsönös segítésen alapuló csoportok jelentik. Ez az önkéntes és ingyenes módszer az OHZ-t egy progresszív, gyógyíthatatlan betegségnek tartja, amelynek fizikai, érzelmi és spirituális komponensei vannak. Az élethosszig tartó absztinenciát tűzi ki célul. Hatékonysága a szociális kapcsolatok változására és az énhatékonyság növekedésére vezethető vissza.

A házas, családban élő OHZ-ral küzdő betegek számára fontos lehet a hozzátartozók bevonása a kezelésbe. Azok az intervenciók, amelyek erősítik a családi köteléket és a párkapcsolatot, hatékonyak az OHZ kezelésében.

Az olyan problémás opioidhasználók hozzátartozói számára, akik nem vesznek részt semmiféle kezelésben, segítséget jelenthet a *Community Reinforcement and Family Training (Közösségerősítés és Családok Képzése)* (CRAFT) [XI: Melléklet] [101]. Ez a módszer a hozzátartozókkal foglalkozik csoportos vagy egyéni formában annak érdekében, hogy az ő viselkedésváltozásuk és életminőségük javítása révén a problémás opioidhasználó családtag vállalja a kezelést.

Bentlakásos kezelés – rehabilitációs programok

Fontos kiemelni, hogy nem áll rendelkezésre elegendő bizonyíték a bentlakásos kezelési programok OHZ-ra gyakorolt hatásaira vonatkozóan. A mai napig nem végeztek szisztematikus áttekintést vagy meta-analízist ezen a területen. Ezen túlmenően nem érhetőek el olyan nagy mintaelemszámú klinikai vizsgálatok, melyek a bentlakásos kezelés hatékonyságát más beavatkozásokéval hasonlították volna össze, és kevés olyan módszertanilag kellőképpen megalapozott tanulmány érhető el, amely egy hatékony bentlakásos kezelési program sajátos jellemzőit azonosítja, vagy olyan tényezőket, amelyek miatt a beteg jó jelölt erre a kezelési módra. A rendelkezésre álló vizsgálatok [102,103] rávilágítottak, hogy viszonylag magas a visszaesések arányára az OHZ miatt bentlakásos kezelésről hazabocsátott betegek körében. Számos olyan tényezőt azonosítottak, amelyek előre jelezték a korai visszaesést, ideértve a fiatalabb életkort, a teljes hathetes kezelés elmulasztását, a kezelés előtti heroinhasználat magasabb arányát, a kórelőzményben szereplő intravénás használatot és az utókezelésből való kimaradást.

Longitudinális vizsgálatok [104] eredményei alapján elmondható, hogy az alkohol- vagy szerhasználati zavarok miatt bentlakásos kezelésen részt vevő egyének teljes csoportja esetében az intravénás használat aránya a felére esett vissza 4–5 évvel az elbocsátást követően, míg a heroinhasználattól való absztinencia a duplájára nőtt ugyanebben az időszakban. Azok az egyének, akik legalább egy bentlakásos kezelési kúrát elvégeztek, szintén javulást mutattak a biztonságosabb injekciózási gyakorlatok, a pszichológiai és fizikai egészség, valamint a bűnözői magatartás csökkenése terén az elbocsátást követő 4–5 év elteltével.

A jelen egészségügyi szakmai irányelv 8. táblázata szemlélteti az OHZ nem gyógyszeres kezelésében ajánlott pszicho- és szocioterápiás intervenciókat:

8. táblázat: Az OHZ nem gyógyszeres kezelésében ajánlott pszicho- és szocioterápiás intervenciók

Pszicho- és szocioterápiás intervenciók OHZ-ban
Pszichoterápia
Kognitív viselkedés terápia (CBT)
Motivációs Interjú
család- és párterápia
Komorbid állapotok pszichoterápiája
kettős fókuszú sématerápia
áttételfókuszú pszichoterápia
dialektikus viselkedésterápia
mindfulness alapú pszichoterápiák

Pszicho- és szocioterápiás intervenciók OHZ-ban
Szociális terápia
12 lépéses programok
CRAFT
Egyéb terápia
ingerexpozíciós terápiák

2.3.5. A korai kezelésbevétel lehetőségei

Az OHZ-ban érintett populáció esetén – különös tekintettel a társadalmi beilleszkedési nehézségek, a lakhatási és munkavállalási problémák, a kriminalizációs érintettség és a traumatizációs kockázat jelenségköreire – fokozott relevanciával bír a korai kezelésbevétel, illetve annak eszközei. Ezen beavatkozási lehetőségek többségében az alacsonyküszöbű szolgáltatási formák és ártalomcsökkentő programok, valamint a szociális munka tevékenységi területeihez kapcsolódnak. Az alábbiakban ezek beavatkozások rövid ismertetése következik [105]:

Megkereső munka: olyan, magas kockázati csoportba sorolható, az OHZ szempontjából potenciálisan érintettebb alpopulációk (például hajléktalanok, szexmunkások) elérése (például utcai szociális munka révén) és szükség esetén a megfelelő intézménybe juttatása, akik segítő intézménnyel nem állnak kapcsolatban. A tevékenységnek része lehet továbbá a szociális ügyintézés, illetve a pszichoszociális konzultáció is.

Pszichoszociális és addiktológiai konzultáció: rendszerszemléletű megközelítésben, a szociális kontextus feltárására nagy hangsúlyt fektető konzultációs munka, mely nem csak az OHZ-ban érintett személyt, de a közeli hozzátartozókat és akár munkatársakat, barátokat is megcélozhat. A konzultáció része az ismeretek átadásán túl (pszichoedukáció) az adott személy készségfejlesztése is, ideértve az életvitellel, a mindennapi működéssel, az interperszonális kapcsolatrendszerekkel kapcsolatos tudatosság fokozását, illetve a rendelkezésre álló erőforrások feltérképezését is.

Problémamegoldó esetmunka: a szociális esetmunka egyik formájaként a problémamegoldó esetmunka a racionális problémakezelési stratégiák fejlesztését állítja fókuszába. E folyamatban a szociális segítő facilitátorként van jelen, vagyis abban támogatja a klienst, hogy ő maga váljon aktív szereplővé az adott problémák megoldásában. Tekintettel arra, hogy az OHZ-ban érintettek többnyire az életük nehézségeivel kapcsolatos cselekvőképesség (ágencia) érzetét vesztik el, az ilyen jellegű beavatkozások növelhetik egy későbbi pszichoterápiás folyamat hatékonyságát is.

Tű- és fecskendőcsere-szolgáltatások: az OHZ-ban érintett, intravénás használatot mutató személyek korai ellátásának kiemelt színterei lehetnek az elsősorban ártalomcsökkentő jelleggel (például fertőző betegségek incidenciájának csökkentése) működő tű- és fecskendőcsere-szolgáltatások. E programok további lehetősége, hogy fokozzák a kliensek viselkedésváltozásra irányuló belső motivációit, valamint az erre készen álló érintetteket az egészségügyi ellátórendszer irányába tereljék.

Mint azt a jelen egészségügyi szakmai irányelv Bevezetésében felvázoltuk, bár hazánkban egyelőre nem tekinthető népegészségügyi kockázatnak az opioidok visszaélésszerű használata, figyelembe véve a nemzetközi, és specifikusabban az Egyesült Államokat és Kanadát érintő opioidkrízist, a hazai gyakorlatban – preventív jelleggel – érdemes szem előtt tartani a probléma elterjedésének megelőzési lehetőségeit is. Fontos kiemelni, hogy a nemzetközi tapasztalat értelmében az opioidszubsztitúciós gyógyszerek alkalmazása önmagában nem elégséges az opioidjárvány megfékezésében, illetve kérdéses, hogy ezen gyógyszerek mennyire hatékonyak a 16 év alatti, az opioidhasználatnak még csak a korai fázisában járó érintettek esetében [106]. A széles körű prevenció eredményessége szempontjából a szakmai figyelemnek éppen ezért az etiológiai folyamatra kell irányulnia, ami költséghatékonyabb megközelítést eredményezhet, mint a már kialakult problémát kezelni. Ahogyan azt Danielson és munkatársai is kiemelik tanulmányukban [106], az OHZ kialakulásának megelőzése, valamint az opioid-túladagolási esetszámok visszaszorítása érdekében kritikus fontosságúak azok a célzott beavatkozások, melyek elsődlegesen a szerhasználati problémákkal küzdő tizenévesek populációjára irányulnak. Ezen beavatkozások körébe tartozik az általános szűrés, a mentális zavarok korai felismerése, a szociális jelzőrendszer hatékonyabbá tétele, az OHZ destigmatizációja, valamint a bizonyítékokon alapuló, de közérthető tájékoztatás, az elérhető tudományos bizonyítékok disszeminációja.

3.1. Opioid okozta megvonási szindróma – Elméleti háttér

Rendszeressé váló használat esetén az opioidok idővel toleranciát és neuroadaptív változásokat idéznek elő, amelyek a gyógyszer/drog használatának felhagyásakor a megvonási tünetek vagy olykor a visszacsapási (rebound) hiperexcitabilitásért felelősek (ez utóbbi esetben a jelentkező tünetek súlyosabbak, mint a használat felhagyását megelőző időszakban megfigyelhetőek). Az opioid okozta megvonási szindróma sóvárgást, szorongást, diszfóriát, gyakori ásítási kényszert, fokozott izzadást, piloerekciót (libabőr), lakrimációt (túlzott könnyképződést), rhinorrhoeát

(orrfolyást), álmatlanságot, hányingert vagy hányást, hasmenést, görcsöket, izomfájdalmakat és lázat foglalhat magába. A rövid hatású kábítószerek, például a morfium vagy a heroin esetében az elvonási tünetek az utolsó dózis után 8–12 órán belül jelentkezhetnek, 48–72 óra múlva érik el a tetőpontjukat, és 7–10 nap múlva megszűnnek. Hosszabb hatású kábítószerek, például metadon esetén az elvonási tünetek csak az utolsó adagot követő 1–3. napon jelentkeznek; a tünetek a harmadik és a nyolcadik nap között tetőznek, és több hétig is fennállhatnak. [13]
Az opioid okozta megvonási szindróma (OMSZ) tüneteit a 9. táblázatban foglaltuk össze.

9. táblázat: Az opioid okozta megvonási (OMSZ) szindróma tünettana

Az OMSZ obszerválható tünetei	Az OMSZ önbevalláson keresztül feltárható tünetei
gyakori ásítás	nyugtalanság
köhögés	ingerlékenység
tüsszentés	szorongás
orrfolyás	alvászavarok
fokozott könnyezés (lakrimáció)	depresszió
emelkedett vérnyomás	kábítószer utáni sóvárgás
emelkedett pulzus	hasi görcsök
tág pupillák	
hűvös, nyirkos bőr	
hasmenés	
hányinger	
finom izomremegés	

Fontos megemíteni, hogy a megvonás kezelése önmagában nem elégséges az OHZ teljes körű terápiájához [107]. A megvonás egyedüli kezelése hosszú távú addiktológiai ellátásba történő bekapcsolódás hiányában a relapszusok megnövekedett arányával, fokozott HIV és HCV fertőzési arányokkal, valamint túladagolási kockázatokkal járhat együtt. A klinikai vizsgálatok 53,1–66,7%-os visszaesési arányt jelentettek egy hónap elteltével, és 61,1–89,2%-os arányt hat hónap elteltével a rövid távú metadoncsökkentést követően, kiegészítő vagy fenntartó terápia nélkül [52]. A kizárólagos megvonáskezelés fekvőbetegek esetén is megnövekedett opioid-túladagolásból eredő mortalitással járhat, melynek hátterében gyakran az opioidokkal szembeni tolerancia elvesztése áll, ami nemcsak tartós kórházi kezelést, de például hosszabb szabadságvesztést (például börtön vagy fegyházbüntetés) követően is megfigyelhető [108].

3.2. Opioid okozta megvonási szindróma – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

Az OMSZ alapvető tüneteit a 9. számú táblázat Az opioid okozta megvonási szindróma tünettana foglaltuk össze.
A DSM-5-TR [15] az alábbiak szerint tárgyalja az opioidmegvonást:

A. Az alábbiak bármelyike fennáll:
1. Súlyos és hosszan tartó (például több héten át vagy hosszabb ideig tartó) opioidhasználat abbahagyása (vagy csökkenése).
2. Opioidantagonista beadása opioidhasználat időszakát követően

B. Az alábbi tünetek közül három (vagy több) kialakulása az A kritériumot követően néhány perctől néhány napig tartó időszak során: diszfóriás hangulat, hányinger vagy hányás, izomfájdalmak, könnyezés vagy orrfolyás, pupillatágulat, piloerekció vagy izzadás, hasmenés, ásítozás, láz, inszomnia.

C. A B kritériumban szereplő jelek vagy tünetek klinikailag jelentős szenvedést vagy a társas, munkahelyi vagy más fontos területek működésének károsodását okozzák.

D. A jelek vagy a tünetek nem tulajdoníthatók más betegségnek, és nem magyarázhatók jobban más mentális zavarral, beleértve az egyéb szerrel kapcsolatos intoxikációt vagy megvonást.

Kódolás:
F11.13 ha enyhe komorbid opioidhasználati zavar áll fenn,
F11.23 ha mérsékelten súlyos vagy súlyos komorbid opioidhasználati zavar áll fenn,
F11.93 ha nem áll fenn komorbid opioidhasználati zavar.

3.3. Opioid okozta megvonási szindróma – Terápia

Ajánlás20
A kezelési lehetőségek megvitatása során a betegeket egyértelműen tájékoztatni kell a kizárólagos megvonáskezelés ismert kockázatairól, és arra kell ösztönözni őket, hogy fontolják meg az egyéni körülményeiknek megfelelő egyéb kezelési lehetőségeket. Azon kliensek esetében, akik a megvonáskezelést (elvonókezelést) választják a hosszú távú opioid szubsztitúciós/agonista terápia helyett (beleértve a magas opioid-toleranciával rendelkező betegeket is), lassú, ambuláns keretek között felügyelt leállást érdemes fontolóra venni. A hosszú távú opioid szubsztitúciós kezelést elutasító kliensek körében a halálos túladagolás kockázatának csökkentése érdekében az érintettek és hozzátartozóik számára naloxonkészletet szükséges biztosítani, valamint lehetőség szerint túladagolás-megelőzési és elsősegélynyújtási tréningben részesíteni őket. [52] (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)

Ajánlás21
A nagyon alacsony opioidszubsztitúciós terápiás dózisok esetén potenciálisan fellépő megvonási tüneteket komolyan kell kezelni. Bár ezen tünetek jellemzően a szervezet természetes válaszai a méregtelenítés utolsó szakaszára, ám ettől függetlenül jelentősen befolyásolják a kliens érzéseit, aktuális hangulati és motivációs állapotát, ekképpen pedig csökkenthetik a méregtelenítés befejezésének esélyeit is. Az megvonási tüneteket sztenderdizált skálák, például a Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) vagy a Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS) segítségével értékelhetjük (lásd a jelen egészségügyi szakmai irányelv 2.2.3. Pszichodiagnosztika alfejezetét). [43] (Ajánlás rangsorolása: Feltételes ajánlás)
Az opioid okozta megvonási szindróma eredményes kezelése mind a krónikus, nem daganathoz köthető fájdalomban szenvedő betegek, mind az aktív opioidhasználati zavarban szenvedők szempontjából rendkívül releváns klinikai kérdés. Az orvosilag felügyelt megvonás jelenlegi ellátási standardjai közé tartozik a μ-opioid receptor agonistákkal (például metadon), parciális agonistákkal (például buprenorfin) és α2-adrenerg receptor agonistákkal (például klonidin és lofexidin) történő kezelés. Az újabb szerek szintén kihasználják ezeket a farmakológiai mechanizmusokat, beleértve a tramadolt (μ-opioid receptor agonizmus) és a tizanidint (α2 agonizmus). A jövőbeli kutatási területek közé tartozik az elvonás kezelése az opioidhasználati zavarban szenvedő betegek hosszabb felszabadítású naltrexonra való stabilizálása, az opioidhasználati zavarban szenvedő betegek metadonról buprenorfinra való átállítása, valamint az opioidok szedésének csökkentése krónikus, nem daganathoz köthető fájdalomban szenvedő betegeknél [107].

Az alábbiakban ezen farmakoterápiás beavatkozások specifikumait ismertetjük [107]:

Buprenorfin (a megvonási tünetek megjelenésekor):
- 1. nap: 2–4 mg óránként 4 órán keresztül (teljes dózis 8–12 mg),
- 2. nap: 16 mg osztott adagokban (például 8 mg naponta kétszer),
- 3–9. nap: napi 2–4 mg-mal csökkentve, ahogyan az tolerálható; a kezelés közben fellépő tünetek esetén adjunk hozzá 0,1 mg klonidint 4–6 óránként.

Klonidin:
- 1. nap: 0,1–0,2 mg 4–6 óránként, a maximális adag 1,2 mg,
- A 2. naptól kezdve: napi 0,1–0,2 mg-mal csökkentve.

Lofexidin:
- 1. nap: 0,54–0,72 mg 6 óránként (teljes napi adag 2,16–2,88 mg),
- A 2. naptól kezdve: minden egyes adagot 1–2 naponta 0,18 mg-mal csökkentsünk.

Metadon:
- 1. nap: 10 mg-mal kezdjük, 6–8 óránként 10 mg-mal növeljük a maximális 40 mg-os adagig.

Ezt követően két alternatív lehetőséget követhetünk. Első lehetőség:
– 2–4. nap: minden nap 10 mg-mal csökkentés,
– 5–8. nap: napi 2 mg-mal csökkentés.

Második lehetőség:
– 2–8. nap: napi 5 mg-mal csökkentés.

Amennyiben a megvonás súlyos komorbid szorongásos tünetek megjelenésével zajlik le, kiegészítő gyógyszeres beavatkozás formájában klonazepám adása javasolt: 0,5–2,0 mg 4–8 óránként (maximum 6 mg naponta). Izomgörcsök jelentkezése esetén elsősorban ibuprofen alkalmazása ajánlott, 400 mg dózisban, 4–6 óránként (maximum 2400 mg naponta).
Ha a beteg hányingert, hányást, hasmenést mutat, az alábbi lehetőségek közül javasolt választani:
– Viszmut-szubszalicilát 2 tabletta óránként (maximum 10 tabletta naponta)
– Ondansetron 8–16 mg 8–12 óránként
– Proklórperazin 5–10 mg 3–4 óránként (maximum 40 mg naponta)

4. Speciális populációk kezelése

4.1. Opioidhasználat várandósság alatt

Az opioidhasználati zavarral küzdő várandós nők esetén első számú prioritás a sürgős orvosi ellátást igénylő állapotok hatékony és gyors felismerése, amelyek azonnali klinikai állapotfelmérést és szükség szerint osztályos kezelést tesznek indokolttá. Ajánlott a metadon- vagy buprenorfin-kezelés, amit a várandósság alatt a lehető legkorábban meg kell kezdeni. Az opioidoktól fizikailag függő várandós nőknek inkább metadon- vagy buprenorfin-kezelésben kell részesülniük, mint kizárólag elvonókúrában vagy pszichoszociális kezelésben. A várandós nők opioidhasználati zavarának explorációjakor orvosi vizsgálat és pszichoszociális felmérés egyaránt ajánlott.
A szülészeknek és nőgyógyászoknak, valamint a várandós nőket gondozó egyéb egészségügyi szolgáltatóknak figyelniük kell az opioidhasználati zavar jeleire és tüneteire. Az opioidhasználati zavarral küzdő várandós nők nagyobb valószínűséggel fordulnak késve terhesgondozásba (jellemzően a terhesség későbbi szakaszában), nagyobb arányban mulasztják el a találkozókat, súlygyarapodásuk atipikus lehet, esetenként a megvonás vagy az intoxikáció tüneteit mutathatják. Ezen jelek gyors felismerése a fent említett szakemberek felelőssége is.
Az opioidhasználati zavarral kezelt várandós nők pszichoszociális szükségleteit fel kell mérni, és a betegeknek egyéni szükségleteik alapján pszichoszociális kezelést kell felajánlani vagy pszichoszociális kezelésre utalni őket. Az érintett várandós azon döntése, hogy elutasítja a pszichoszociális kezelést, illetve a rendelkezésre álló pszichoszociális kezelés hiánya ugyanakkor nem zárhatja ki vagy késleltetheti a várandósság alatti, megfelelő farmakológiai kezelést. Motivációs interjú alkalmazásával segíthetjük a betegeket abban, hogy az egyéni szükségleteiknek megfelelő pszichoszociális kezelési szolgáltatások igénybevétele mellett döntsenek.
Szintén javasolt tanácsadást és HIV-tesztelési lehetőséget biztosítani, mint ahogyan javasolt a hepatitis B és C, valamint a májenzimek vizsgálata. Hepatitis A és B elleni védőoltás ajánlott azok számára, akiknek a hepatitis szerológiai eredménye negatív.
Az opioidhasználati zavarban érintett várandós nők farmakoterápiás adherenciájának ellenőrzése, valamint a várandósság alatt potenciálisan mutatott tiltott és legális szerhasználat szűrése drogtesztelés segítségével történhet. Ezt az érintett anya beleegyezésével lehet végezni. Amennyiben erre van lehetőség, az opioidhasználati zavarban szenvedő várandós nők ellátását a szülészeti ellátásban jártas szülész-nőgyógyásznak és az opioidhasználati zavar kezelésében jártas addiktológus szakorvosnak/ klinikusnak együttesen kell irányítania. [13]

Ajánlás22

A metadon vagy buprenorfin bevezetése során a kórházi kezelés tanácsos lehet a mellékhatások veszélyei miatt, különösen a harmadik trimeszterben. A metadont 10–30 mg-os dózistartományban kell elkezdeni. Az elvonási tünetek kezelésére szükség szerint 3–6 óránként 5–10 mg-os inkrementális adagok javasoltak, a maximális 30–40 mg-os adagig. A kezelést követően a klinikusoknak a metadon adagját körülbelül 5 naponta legfeljebb 10 mg-mal kell emelniük. A cél a legalacsonyabb adag fenntartása, amely kontrollálja a megvonási tüneteket és minimalizálja a további opioidok használatának vágyát. A klinikusoknak ugyankkor tisztában kell lenniük azzal, hogy a metadon farmakokinetikáját befolyásolja a várandósság. A terhességi kor előrehaladtával a metadon plazmaszintje fokozatosan csökken és a kiürülési sebesség nő. A terhesség előrehaladtával így megnövelt és/vagy osztott adagokra lehet szükség. A napi kétszeri adagolás hatékonyabb

és kevesebb mellékhatással jár, mint az egyszeri adagolás. Szülés után a súly és az anyagcsere változásai alapján az adagokat esetleg módosítani kell (jellemzően csökkenteni). [13] Hacsak egyéb kontraindikáció nem áll fent, az opioidhasználati zavar kezelésére metadont vagy buprenorfint kapó anyákat ösztönözni kell a szoptatásra. (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

4.2. Fájdalommal élők opioidhasználati problémái

Egy metaanalízis kezeletlen OHZ-ral jellemezhető, kezelést kereső OHZ-al küzdő érintettek és éppen szubsztitúciós kezelésben lévők együttes populációját vizsgálta arra jutott, hogy a normál populációhoz képest sokkal magasabb (23,68%) a krónikus fájdalommal élők prevalenciája [109]. Ennek a jelenségnek többféle magyarázata is lehet: 1. tartós opiáthasználat hosszú távon megnövekedett fájdalomszenzitiváshoz (hyperalgesia) vezethet, 2. mind az OHZ, mind a krónikus fájdalommal járó komorbid zavarok fokozhatják a fájdalom percepciót (például szorongás, depresszió, alvászavar), 3. mindkét populáció esetében gyakori alacsony szocioökonómiai státusz okozta distressz növelheti a fájdalom gyakoriságát és intenzitását [110]. A krónikus fájdalom zavar hatására kialakuló OHZ legmarkánsabb rizikófaktorai: személyiségzavar (27%), szomatoform zavar (12%), pszichotikus zavar (11%), nem opiát jellegű szerhasználati zavar (4,2- 17%), valamint enyhébb összefüggéseket találtak a szorongásos (5,3%) és hangulati zavarok (6%) esetében [111].

Ajánlás23

Minden fájdalommal küzdő beteg esetében fontos, hogy a helyes diagnózis felállítása és a fájdalom kezelése megtörténjen. Az opioid gyógyszerek fájdalom csillapítására történő felírása előtt meg kell fontolni az alternatív kezeléseket, ideértve a fájdalommoduláló tulajdonságokkal rendelkező nem opioid gyógyszereket, a fizikoterápiát és a beavatkozással járó megközelítéseket (például regionális érzéstelenítés). Ha farmakológiai kezelésre kerül sor, először nem opioid fájdalomcsillapítókat, például paracetamolt és nem-szteroid gyulladáscsökkentőket (NSAID-okat), valamint a fájdalommoduláló tulajdonságokkal rendelkező nem opioid gyógyszereket kell kipróbálni. Azon fájdalommal küzdő betegek esetében, akik aktív opioidhasználati zavarral küzdenek, de nem részesülnek kezelésben, fontolóra kell venni a metadon vagy a buprenorfin alkalmazását. A beteg opioidhasználati zavarát és fájdalmát stabilizálni kell, és egyidejűleg kell kezelni. [13] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

Ajánlás24

Az opioidhasználati zavar kezelésére metadont vagy buprenorfint szedő betegek esetében az adag vagy az adagolási gyakoriság átmeneti növelése (például osztott adagolás e gyógyszerek fájdalomcsillapító tulajdonságainak maximalizálása érdekében) hatékony lehet a fájdalom kezelésében. Azoknak az opioidhasználati zavar kezelésére metadont szedő betegeknek, akiknek akut fájdalma más kezelésekre refrakter módon nem reagál megfelelően, és további opioidalapú fájdalomcsillapításra van szükségük, a közepes vagy súlyos akut fájdalom kezelésére fontolóra lehet venni egy rövid hatású, teljes agonista opioid hozzáadását a metadon szokásos adagjához. Az előírt kiegészítő teljes agonista opioid analgetikum adagja várhatóan magasabb lesz, mint az opioid-naiv egyéneknél a megfelelő fájdalomcsillapítás eléréséhez szükséges tipikus adag. Az opioidhasználati zavar miatt buprenorfint kapó, más kezelésekre refrakter, közepes vagy súlyos akut fájdalommal küzdő és további opioidalapú fájdalomcsillapításra szoruló betegek számára előnyös lehet a buprenorfin szükség szerinti adagjának hozzáadása. [13] (Ajánlás rangsorolása: Erős ajánlás)

A metadon és a buprenorfin műtét előtti abbahagyása nem szükséges. Nagyobb potenciájú intravénás teljes agonista opioidok perioperatívan alkalmazhatók analgézia céljából. A buprenorfin tervezett műtét előtti abbahagyásával vagy dózisának módosításával kapcsolatos döntéseket egyénileg kell meghozni, a sebészeti és aneszteziológiai team és a függőséget kezelő ellátóhely közötti szakmai konzultáció révén, amennyiben lehetséges. Ha úgy döntenek, hogy a buprenorfint vagy a metadont a tervezett műtét előtt abba kell hagyni, erre a műtét előtti napon vagy a műtét napján kerülhet sor, a sebészeti és az aneszteziológiai csapat ajánlásai alapján. Nagyobb potenciájú intravénás, teljes agonista opioidok perioperatívan alkalmazhatók fájdalomcsillapításra. A metadon vagy a buprenorfin a műtét után újra bevethető, ha a teljes opioid-agonista analgézia szükségessége megszűnt. A kezdeti adagot és a titrálást általában a kezelőorvosnak kell meghatároznia. Általánosságban elmondható, hogy a műtét előtti napi adagok újra beadhatók, ha 2–3 napnál rövidebb ideig nem adták be ezeket a gyógyszereket [13].

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, OHZ-ban 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.

1. Heroin Sóvárgás Kérdőív [40]
2. Gyermekkori Trauma Kérdőív – Rövid táblázat [38,39]
3. Klinikai Opiátmegvonás Skála (COWS) [42]
4. Sóvárgással Kapcsolatos Hiedelmek Kérdőív (CBQ) [44,45] [40]

2.3. Algoritmusok

1. számú ábra: Az opioidintoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmusa
2. számú ábra: Az opioidintoxikáció gyanúja esetén javasolt sürgősségi ellátás algoritmusa
3. számú ábra: Az opioidhasználati zavarban szenvedő személy ellátásának algoritmusa

2.4. Egyéb dokumentumok

Nem készült.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Gyakorlati alkalmazás mutatója 1:

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg az egyes kliensekre fordítható szabad explorációs idő biztosítása a részletes epikrízis megismerésére.

Gyakorlati alkalmazás mutatója 2:

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg az addiktológiai ellátás keretein belül kezelt, OHZ-ral diagnosztizált kliensek belgyógyászati/hepatológiai kivizsgálása.

Gyakorlati alkalmazás mutatója 3:
Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg az OHZ-ban érintett kliensek folyamatos monitorozása a terápiás ellátás során, rendszeres kontrollvizsgálatok és utánkövetesés konzultációs alkalmak biztosításával.

Gyakorlati alkalmazás mutatója 4:
Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg a laboratóriumi vizsgálatok, valamint az EKG alkalmazása a gyógyszerre adott reakciók pontosabb feltárásában.

Gyakorlati alkalmazás mutatója 5:
Annak felülvizsgálata, hogy 1. az adott kezelőhelyeken, illetve 2. összességében magyar nyelven elérhetőek-e az egészségügyi szakmai irányelvben felsorolt, javasolt szűrőtesztek.

Gyakorlati alkalmazás mutatója 6:
Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg a fájdalommal küzdő kliensek esetén a farmakoterápiát biztosító szakemberek saját farmakoterápiás kezelési tervükkel kapcsolatos, szükség szerinti átértékelése és felülvizsgálata.

Kimeneti indikátorok
A fennálló, OHZ-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 OHZ súlyosságának és a társuló problémák mértékének mindenkori figyelembevételével történik.

Minőségi indikátorok
a) Számszerűsíthető, statisztikailag elemezhető mutatók:
Az ellátórendszer által dokumentált, OHZ-ral 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 OHZ-ral 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 opioidprobléma 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 Addiktológiai Tagozat elnöke 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 (2011). *SIGN 50 - A guideline developer's handbook (Revised version)*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Elliott House, 8 -10 Hillside Crescen. Online elérés: https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf (Elérés dátuma: 2024. 02. 17.)

[2.] Paksi, B. (2020). *OLAAP 2019 – GPS adatok elemzése*. Kézirat

[3.] Arnold, P., Elekes, Zs. (2020). *Drogfogyasztási szokások a 16 évesek körében – ESPAD [2019. Tanulmány a Drog Fókuszpont számára*. 2020. Kézirat.

[4.] Paksi, B. (2019). Drogfogyasztási szokások. In: Németh, Á. & Várnai, D. (szerk.), *Kamaszéletmód Magyarországon*. L'Harmattan, ELTE PPK, pp. 88–109.

[5.] Tarján, A. (2021). *Tűcsere programok adatai, 2020.* Kézirat. Nemzeti Drog Fókuszpont

[6.] UNODC (2022). *World Drug Report 2022*. United Nations publication.
Online elérés: https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_3.pdf (Elérés dátuma: 2023. 11. 29.)

[7.] Barbalat, G., Reddy, G. & Franck, N. (2023). Association of globalization with the burden of opioid use disorders 2019. A country-level analysis using targeted maximum likelihood estimation. *Global Health,* 19, 76. https://doi.org/10.1186/s12992-023-00980-3

[8.] Mégarbane, B. (2014). Toxidrome-based Approach to Common Poisonings. *Asia Pacific Journal of Medical Toxicology*, *3*, 2-12.

[9.] Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E. B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R. P., Hickman, M., & Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet. Global health*, *5*(12), e1192–e1207. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3

[10.] Santo, T., Jr, Campbell, G., Gisev, N., Martino-Burke, D., Wilson, J., Colledge-Frisby, S., Clark, B., Tran, L. T., & Degenhardt, L. (2022). Prevalence of mental disorders among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *238*, 109551. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109551

[11.] Ropero-Miller, J.D., Speaker, P.J. (2019). The hidden costs of the opioid crisis and the implications for financial management in the public sector. *Forensic Science International: Synergy*, 1, 227–238. https://doi.org/10.1016/j.fsisyn.2019.09.003.

[12.] EMCDDA (2019). *European Drug Report 2019: Trends and Developments.* Publications Office of the European Union, Luxembourg.

[13.] American Society of Addiction Medicine (2020). *The ASAM National Practice Guideline For the Treatment of Opioid Use Disorder – 2020 Focused Update*. Online elérés: https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/guidelines/npg-jam-supplement.pdf?sfvrsn=a00a52c2_2 (elérés dátuma: 2023. 11.29.)

[14.] Dolinak D. (2017). Opioid Toxicity. *Academic Forensic Pathology*, *7*(1), 19–35. https://doi.org/10.23907/2017.003

[15.] American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

[16.] Fareed, A., Stout, S., Casarella, J., Vayalapalli, S., Cox, J., & Drexler, K. (2011). Illicit opioid intoxication: diagnosis and treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *5*, 17–25. https://doi.org/10.4137/SART.S7090

[17.] World Health Organization (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). https://icd.who.int/

[18.] Han, B., Compton, W. M., Blanco, C., Crane, E., Lee, J., & Jones, C. M. (2017). Prescription Opioid Use, Misuse, and Use Disorders in U.S. Adults: 2015 National Survey on Drug Use and Health. *Annals of Internal Medicine, 167(5), 293.* https://doi.org/10.7326/m17-0865

[19.] Schepis, T. S., De Nadai, A. S., Ford, J. A., & McCabe, S. E. (2020). Prescription opioid misuse motive latent classes: outcomes from a nationally representative US sample. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, e97. https://doi.org/10.1017/S2045796020000037

[20.] Gisev, N., Buizen, L., Hopkins, R. E., Schaffer, A. L., Daniels, B., Bharat, C., Dobbins, T., Larney, S., Blyth, F., Currow, D. C., Wilson, A., Pearson, S. A., & Degenhardt, L. (2023). Five-Year Trajectories of Prescription Opioid Use. *JAMA Network Open*, *6*(8), e2328159. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.28159

[21.] Allareddy, V. (2017). *Opioid abuse in children: An emerging public health crisis* [Conference]. American Academy of Pediatrics (AAP), Chicago. Online elérés: https://www.aap.org/en/news-room/news-releases/aap/2017/study-finds-increasing-number-of-children-arrive-at-emergency-departments-addicted-to-opioids/ (Elérés dátuma: 2024. 02. 20.)

[22.] Chen, S.-J., Liao, D.-L., Shen, T.-W., Yang, H.-C., Chen, K.-C., & Chen, C.-H. (2016). Genetic signatures of heroin addiction. *Medicine*, *95*(31), e4473. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004473

[23.] Grella, C. E., & Lovinger, K. (2011). 30-year trajectories of heroin and other drug use among men and women sampled from methadone treatment in California. Drug and Alcohol Dependence, 118(2–3), 251–258. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.04.004

[24.] Hser, Y.-I., Longshore, D., & Anglin, M. D. (2007). The Life Course Perspective on Drug Use: A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories. Evaluation Review, 31(6), 515–547. https://doi.org/10.1177/0193841X07307316

[25.] American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai, Budapest

[26. National Collaborating Centre for Mental Health (2019). *Drug misuse: Opioid detoxification – The NICE Guideline*. Online elérés: https://www.nice.org.uk/guidance/cg52/evidence/drug-misuse-opioid-detoxification-full-guideline-196515037 (Elérés dátuma: 2024. 01. 29.)

[27.] McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *168*(1), 26–33. https://doi.org/10.1097/00005053-198001000-00006

[28.] Rácz, J., Pogány, C., Máthé-Árvay, N. (2002). Az EuropASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57 (4), 587–603.

[29.] First M.B., Williams, J.B.W., Karg, S.R., Spitzer, R.L. (2016). *Strukturált klinikai interjú a DSM-5® zavarok felmérésére*. Oriold Kiadó, Budapest.

[30.] Giblin, M. J., Cordaro, M., Haskard-Zolnierek, K., Jordan, K., Bitney, C., & Howard, K. (2022). Identifying the risk of opioid misuse in a chronic pain population: the utility of the MMPI-2-RF personality psychopathology five (PSY-5-RF) and higher-order scales. *Journal of Behavioral Medicine*, *45*(5), 739–749. https://doi.org/10.1007/s10865-022-00347-w

[31.] Cragg, A., Hau, J. P., Woo, S. A., Kitchen, S. A., Liu, C., Doyle-Waters, M. M., & Hohl, C. M. (2019). Risk Factors for Misuse of Prescribed Opioids: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Emergency Medicine*, *74*(5), 634–646. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.04.019

[32.] Kooij, J. J. S., Francken, M.H. (2010). *DIVA 2.0. Diagnostic Interview Voor ADHD in Adults bij volwassenen [DIVA 20 Diagnostic Interview ADHD in Adults]*. DIVA Foundation

[33.] OPD Munkaközösség (2007). *Operacionalizált Pszichodinamikus Diagnosztika OPD-2 – A diagnosztika és a terápiavezetés kézikönyve*. Oriold és Társai Kft, Budapest

[34.] Kernberg, O.F. (2005). Differenciáldiagnózis és kezelés. *Pszichoterápia*, 14, 501.

[35.] Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., Kernberg, O. F. (2021). Manual for the Structured Interview of Personality Organization-Revised (STIPO-R) https://www.borderlinedisorders.com/assets/STIPORmanual.July2021.pdf

[36.] Dunn, K. E., Turner, G. M., & Oswald, L. M. (2022). Effects of Early Life Trauma on Risks for Adult Opioid Use Disorder Are Mediated by Stress and Occur Independent of Depression and Anxiety. *Journal of Addiction Medicine*, *16*(6), 709–715. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001011

[37.] Santo, T., Jr, Campbell, G., Gisev, N., Tran, L. T., Colledge, S., Di Tanna, G. L., & Degenhardt, L. (2021). Prevalence of childhood maltreatment among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *219*, 108459. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108459

[38.] Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169–190. https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0

[39.] Csernela, E., Németh, N., Csuta, C., Lakner, F. E., Tényi, T., Czéh, B., & Simon, M. (2021). A Gyermekkori Trauma Kérdôív magyar nyelvû validálásának elôzetes eredményei. *Psychiatria Hungarica*, *36*(1), 26–39.

[40.] Tiffany, S. T., Fields, L., Singleton, E., Haertzen, C., Henningfield, J. E. (1993). *The development of a heroin craving questionnaire* [unpublished manuscript]. Purdue University

[41.] Demetrovics, Zs., Farkas, J., Csorba, J., Németh, A., Mervó, B., Szemelyácz, J., Fleischmann, E., Kassai-Farkas, Á., Petke, Zs., Oroján, T., Rózsa, S., Rigó, P., Funk, F., Kapitány-Fövény, M., Kollár, A., Rácz, J. (2009). Early experiences with Suboxone maintenance therapy in Hungary. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, *9* (4), 249-257.

[42.] Wesson, D. R., & Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *Journal of Psychoactive Drugs*, *35*(2), 253–259. https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10400007

[43.] Public Health England (2021). *Opioid substitution treatment: guide for keyworkers*. Online elérés: https://www.gov.uk/government/publications/opioid-substitution-treatment-guide-for-keyworkers (Elérés dátuma: 2024. 01. 29.)

[44.] Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Research Monograph*, *137*, 123–146.

[45.] Perczel Forintos D., Kiss Zs., Ajtay Gy. (2007): *Kérdőívek és becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest

[46.] Kessler, S. H., Schwarz, E. S., & Liss, D. B. (2022). Methadone vs. Buprenorphine for In-Hospital Initiation: Which Is Better for Outpatient Care Retention in Patients with Opioid Use Disorder?. *Journal of Medical Toxicology*, *18*(1), 11–18. https://doi.org/10.1007/s13181-021-00858-z

[47.] Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (2013). Suboxone versus Methadone for the Treatment of Opioid Dependence: A Review of the Clinical and Cost-effectiveness. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Online elérés: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195153/ (Elérés dátuma: 2024. 02. 01.)

[48.] Azhar, N., Chockalingam, R., & Azhar, A. (2020). Medications for Opioid Use Disorder: A Guide for Physicians. *Missouri Medicine*, *117*(1), 59–64.

[49.] Fareed, A., Casarella, J., Amar, R., Vayalapalli, S., & Drexler, K. (2010). Methadone maintenance dosing guideline for opioid dependence, a literature review. Journal of Addictive Diseases, 29(1), 1–14. https://doi.org/10.1080/10550880903436010

[50.] Rudolph, K. E., Williams, N. T., Goodwin, A. T. S., Shulman, M., Fishman, M., Díaz, I., Luo, S., Rotrosen, J., & Nunes, E. V. (2022). Buprenorphine & methadone dosing strategies to reduce risk of relapse in the treatment of opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *239*, 109609. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109609

[51.] World Health Organization (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. World Health Organization, Geneva. Online elérés: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143167/ (Elérés dátuma: 2024. 02. 01.)

[52.] Canadian Research Initiative in Substance Misuse (2018). *CRISM National Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. Online elérés: https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-ENG.pdf (Elérés dátuma: 2024. 01. 29.)

[53.] McAuley, A., Fraser, R., Glancy, M., Yeung, A., Jones, H. E., Vickerman, P., Fraser, H., Allen, L., McDonald, S. A., Stone, J., Liddell, D., Barnsdale, L., Priyadarshi, S., Markoulidakis, A., Hickman, M., & Hutchinson, S. J. (2023). Mortality among individuals prescribed opioid-agonist therapy in Scotland, UK, 2011-20: a national retrospective cohort study. *The Lancet. Public health*, *8*(7), e484–e493. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00082-8

[54.] Santo, T., Clark, B., Hickman, M., Grebely, J., Campbell, G., Sordo, L., ... & Degenhardt, L. (2021). Association of opioid agonist treatment with all-cause mortality and specific causes of death among people with opioid dependence: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(9), 979–993. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0976

[55.] Bogdanowicz, K. M., Stewart, R., Chang, C. K., Shetty, H., Khondoker, M., Day, E., ... & Strang, J. (2018). Excess overdose mortality immediately following transfer of patients and their care as well as after cessation of opioid substitution therapy. *Addiction*, 113(5), 946–951. https://doi.org/10.1111/add.14114

[56.] Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Indave, B. I., Degenhardt, L., Wiessing, L., Ferri, M., & Pastor-Barriuso, R. (2017). Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ (Clinical research ed.)*, *357*, j1550. https://doi.org/10.1136/bmj.j1550

[57.] Pierce, M., Bird, S. M., Hickman, M., Marsden, J., Dunn, G., Jones, A., & Millar, T. (2016). Impact of treatment for opioid dependence on fatal drug-related poisoning: A national cohort study in England. *Addiction*, 111(2), 298–308. https://doi.org/10.1111/add.13193

[58.] Mathers, B. M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L., & Hickman, M. (2013). Mortality among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 102–123. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3605003/

[59.] Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD002209.pub2

[60.] Bao, Y. P., Liu, Z. M., Epstein, D. H., Du, C., Shi, J., & Lu, L. (2009). A meta-analysis of retention in methadone maintenance by dose and dosing strategy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(1), 28–33. https://doi.org/10.1080/00952990802342899

[61.] Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., Garcia de Olalla, P., & De La Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*, 100(7), 981–989. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01089.x

[62.] Feelemyer, J. P., Des Jarlais, D. C., Arasteh, K., Phillips, B. W., & Hagan, H. (2014). Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: An international systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 251–258. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.011

[63.] Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochra ne Database of Systematic Reviews, (2). https://doi.org/10.1002/14651858.CD002207.pub4

[64.] Farré, M., Mas, A., Torrens, M., Moreno, V., & Camí, J. (2002). Retention rate and illicit opioid use during methadone maintenance interventions: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 65(3), 283–290. https://doi.org/10.1016/s0376-8716(01)00171-5

[65.] Torrens, M., Domingo-Salvany, A., Alonso, J., Castillo, C., & San, L. (1999). Methadone and quality of life. The *Lancet*, 353(9158), 1101. https://doi.org/10.1177/2055102920953053

[66.] Platt, L., Minozzi, S., Reed, J., Vickerman, P., Hagan, H., French, C., ... & Hickman, M. (2018). Needle and syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing HCV transmission among people who inject drugs: Findings from a Cochrane Review and meta-analysis. *Addiction*, 113(3), 545–563. https://doi.org/10.1111/add.14012

[67.] Roux, P., Carrieri, M. P., Cohen, J., Ravaux, I., Poizot-Martin, I., Dellamonica, P., & Spire, B. (2009). Retention in opioid substitution treatment: A major predictor of long-term virological success for HIV-infected injection drug users receiving antiretroviral treatment. *Clinical Infectious Diseases*, 49(9), 1433–1440. https://doi.org/10.1086/630209

[68.] Buresh, M., Stern, R., & Rastegar, D. (2021). Treatment of opioid use disorder in primary care. *BMJ (Clinical research ed.)*, *373*, n784. https://doi.org/10.1136/bmj.n784

[69.] Bremer, W., Plaisance, K., Walker, D., Bonn, M., Love, J. S., Perrone, J., & Sarker, A. (2023). Barriers to opioid use disorder treatment: A comparison of self-reported information from social media with barriers found in literature. *Frontiers in Public Health*, *11*, 1141093. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1141093

[70.] Wiessing, L., Banka-Cullen, P., Barbaglia, MG. et al. (2023). Opioid Agonist Maintenance Treatment Outcomes–The OPTIMUS International Consensus Towards Evidence-Based and Patient-Centred Care, an Interim Report. International Journal of Mental Health and Addiction. https://doi.org/10.1007/s11469-023-01213-9

[71.] SAMHSA (2023). *Harm Reduction Framework*. Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Online elérés: https://www.samhsa.gov/sites/default/files/harm-reduction-framework.pdf (Elérés dátuma: 2024. 02. 21.)

[72.] Milaney, K., Haines-Saah, R., Farkas, B., Egunsola, O., Mastikhina, L., Brown, S., Lorenzetti, D., Hansen, B., McBrien, K., Rittenbach, K., Hill, L., O'Gorman, C., Doig, C., Cabaj, J., Stokvis, C., & Clement, F. (2022). A scoping review of opioid harm reduction interventions for equity-deserving populations. Lancet Regional Health. Americas, 12, 100271. https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100271

[73.] Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* The Guilford Press.

[74.] SAMHSA (2010). *SAMHSA's Working Definition of Recovery - 10 Guiding Principles of Recovery*. Online elérés: https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf (Elérés dátuma: 2024. február 19.)

[75.] Walter, M., Dürsteler, K. M., Petitjean, S. A., Wiesbeck, G. A., Euler, S., Sollberger, D., Lang, U. E., & Vogel, M. (2015). Psychosoziale Behandlungen bei Suchterkrankungen--Suchtspezifische Psychotherapieformen und ihre Wirksamkeit [Psychosocial Treatment of Addictive Disorders--An Overview of Psychotherapeutic Options and their Efficacy]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, *83*(4), 201–210. https://doi.org/10.1055/s-0034-1399338

[76.] Gregory, V. L., Jr, & Ellis, R. J. B. (2020). Cognitive-behavioral therapy and buprenorphine for opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 46(5), 520–530. https://doi.org/10.1080/00952990.2020.1780602

[77.] Wen, H., Xiang, X., Jiang, Y., Zhang, H., Zhang, P., Chen, R., Wei, X., Dong, Y., Xiao, S., & Lu, L. (2023). Comparative efficacy of psychosocial interventions for opioid-dependent people receiving methadone maintenance treatment: A network meta-analysis. *Addiction*, *118*(6), 1029–1039. https://doi.org/10.1111/add.16167

[78.] Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. The Journal of Nervous and Mental Disease, 199(5), 319–328. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182174e6f

[79.] Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *67*(1), 13–26. https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x

[80.] Rezaie, Z., Afshari, B., & Balagabri, Z. (2021). Effects of dialectical behavior therapy on emotion regulation, distress tolerance, craving, and depression in patients with opioid dependence disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy.* Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s10879-020-09487-z

[81.] Buono, F. D., Larkin, K., Rowe, D., Perez-Rodriguez, M. M., Sprong, M. E., & Garakani, A. (2021). Intensive Dialectical Behavior Treatment for Individuals With Borderline Personality Disorder With and Without Substance Use Disorders. *Frontiers in Psychology*, *12*, 629842. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.629842

[82.] Guarino, H. M., Marsch, L. A., Campbell, W. S., 3rd, Gargano, S. P., Haller, D. L., & Solhkhah, R. (2009). Methadone maintenance treatment for youth: experiences of clients, staff, and parents. Substance Use & Misuse, 44(14), 1979–1989. https://doi.org/10.3109/10826080802494800

[83.] Sokol, R., Albanese, C., Chaponis, D., Early, J., Maxted, G., Morrill, D., Poirier, G., Puopolo, F., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Why use group visits for opioid use disorder treatment in primary care? A patient-centered qualitative study. *Substance Abuse*, *39*(1), 52–58. https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1356792

[84.] Scherbaum, N., Kluwig, J., Specka, M., Krause, D., Merget, B., Finkbeiner, T., & Gastpar, M. (2005). Group Psychotherapy for Opiate Addicts in Methadone Maintenance Treatment – A Controlled Trial. European Addiction Research, 11(4), 163–171. https://www.jstor.org/stable/26790321

[85.] Sokol, R., LaVertu, A. E., Morrill, D., Albanese, C., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Group-based treatment of opioid use disorder with buprenorphine: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *84*, 78–87. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.11.003

[86.] Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. 2*. Aufl . Stuttgart, Schattauer

[87.] Belkin, M., Reinheimer, H. S., Levy, J., & Johnson, B. (2017). Ameliorative response to detoxification, psychotherapy, and medical management in patients maintained on opioids for pain. *The American Journal on Addictions*, *26*(7), 738–743. https://doi.org/10.1111/ajad.12605

[88.] Walter, M., Dammann, G. (2012). Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Übersicht aus neurobiologischer und psychodynamischer Perspektive. *Psychotherapeut*, 57, 425–433.

[89.] Yeomans, F. E., Diamond, D. (2012). Áttétel-fókuszú pszichoterápia és a borderline személyiségzavar. In Clarkin J. F., Fonagy P., Gabbard G. O. (szerk.). *A személyiségzavarok pszichodinamikus pszichoterápiája*. Oriold és társai, Budapest, pp. 225–257.

[90.] Kárpáti, T., Jakab, J., Nagy, Á. (2022). Mentalizációalapú terápia. In: Kiss A., Farkas J., Kapitány-Fövény M. (szerk.). *Addiktológiai zavarok pszichoterápiája*. Medicina, Budapest

[91.] B. Erdős, M., Kárpáti, T., Rozgonyi, R., Jávor, R. (2020). Az identitás alakulása mentalizációalapú terápia folyamán. *Alkalmazott Pszichológia*, 20(2), 7-35.

[92.] Garland, E. L., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Reese, S. E., Baker, A. K., Salas, K., Yack, B. P., Bedford, C. E., Bryan, M. A., Atchley, R., Nakamura, Y., Froeliger, B., & Howard, M. O. (2019). Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces opioid misuse risk via analgesic and positive psychological mechanisms: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *87*(10), 927–940. https://doi.org/10.1037/ccp0000390

[93.] Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide.* Guilford Press.

[94.] Yaghubi, M., Zargar, F., & Akbari, H. (2017). Comparing Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention with Treatment as Usual on Impulsivity and Relapse for Methadone-Treated Patients: A Randomized Clinical Trial. *Addiction & Health*, *9*(3), 156–165.

[95.] Krawczyk, N., Rivera, B. D., Jent, V., Keyes, K. M., Jones, C. M., & Cerdá, M. (2022). Has the treatment gap for opioid use disorder narrowed in the U.S.?: A yearly assessment from 2010 to 2019". The International Journal on Drug Policy, 110, 103786. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103786

[96.] Scherzer, C. R., Ranney, M. L., Jain, S., Bommaraju, S. P., Patena, J., Langdon, K., Nimaja, E., Jennings, E., & Beaudoin, F. L. (2020). Mobile Peer-Support for Opioid Use Disorders: Refinement of an Innovative Machine Learning Tool. Journal of Psychiatry and Brain Science, 5(1), e200001. https://doi.org/10.20900/jpbs.20200001

[97.] Suffoletto, B., Yanta, J., Kurtz, R., Cochran, G., Douaihy, A., & Chung, T. (2017). Acceptability of an Opioid Relapse Prevention Text-message Intervention for Emergency Department Patients. Journal of Addiction Medicine, 11(6), 475–482. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000351

[98.] BRAVE Technology Cooperative (2021). The Brave App: Reporting. Online elérés: https://www.brave.coop (Elérés dátuma: 2024. 02. 25.).

[99.] Australian Digital Health Agency (2021). My Health Record. Online elérés: https://www.digitalhealth.gov.au/initiatives-and-programs/my-health-record (elérés dátuma: 2024. 02. 25.)

[100.] Nuamah, J., Mehta, R., & Sasangohar, F. (2020). Technologies for Opioid Use Disorder Management: Mobile App Search and Scoping Review. JMIR mHealth and uHealth, 8(6), e15752. https://doi.org/10.2196/15752

[101.] Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. Journal of Substance Abuse, 10(3), 291–308. https://doi.org/10.1016/s0899-3289(99)00003-6

[102.] Smyth, B. P., Barry, J., Keenan, E., Ducray, K. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Irish Medical Journal*. 103(6), 176-179.

[103.] Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10),1259-1267. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00227.x

[104.] Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome research study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*. 98(3), 291-303. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00296.x

[105.] Magyar Addiktológiai Társaság (2018). Korai kezelésbevétel az addiktológiai problémákkal küzdők körében. Elméleti és módszertani segédlet – Ajánlások a korai kezelésbevétel hazai gyakorlatának erősítéséhez. Magyar Addiktológiai Társaság, ISBN 978-615-80978-1-9. Online elérés: http://www.mat.org.hu/dok/pdf/00134.pdf (Elérés dátuma: 2024. 02. 01.)

[106.] Danielson, C. K., McCauley, J., Hinkley, J., Hahn, A., Moreland, A., López, C., Goodyear, M., Adams, Z., & McCart, M. (2023). Prevention and Intervention with Young People as a Critical Public Health Strategy to Curtail the Opioid Epidemic: A Call to Action. *Journal of Addiction Research & Therapy*, *14*(4), 521.

[107.] Srivastava, A. B., Mariani, J. J., & Levin, F. R. (2020). New directions in the treatment of opioid withdrawal. *Lancet*, *395*(10241), 1938–1948. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30852-7

[108.] Merrall, E. L., Kariminia, A., Binswanger, I. A., Hobbs, M. S., Farrell, M., Marsden, J., Hutchinson, S. J., & Bird, S. M. (2010). Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison. *Addiction*, *105*(9), 1545–1554. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02990.x

[109.] Steingrímsdóttir, Ó. A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, *158*(11), 2092–2107. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001009

[110.] Delorme, J., Kerckhove, N., Authier, N., Pereira, B., Bertin, C., & Chenaf, C. (2023). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Chronic Pain Among Patients With Opioid Use Disorder and Receiving Opioid Substitution Therapy. *The Journal of Pain*, *24*(2), 192–203. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2022.08.008

[111.] Klimas J., Gorfinkel L., Fairbairn N., Amato L., Ahamad K., Nolan S., Simel DL., Wood E. (2019). Strategies to Identify Patient Risks of Prescription Opioid Addiction When Initiating Opioids for Pain - A Systematic Review. *JAMA Network Open*. 2019;2(5):e193365. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.3365

[112.] 66/2012. (IV. 2.) Korm. rendelet a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekről, valamint ezen anyagok jegyzékre vételéről és jegyzékeinek módosításáról

[113.] American Heart Association (2020). Opioid-Associated Emergency for Healthcare Providers Algorithm. Online elérés: https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Algorithms/AlgorithmOpioidHC_Provider_200615.pdf (Elérés dátuma: 2024. 04. 25.)

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 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 irányelvfejlesztés során a szakirodalomkeresés és szelekció elsődleges célja a hazai és nemzetközi kutatási és klinikai gyakorlat kapcsán elérhető, az OHZ-ral/OD-val kapcsolatos ajánlások és irányelvek azonosítása és integrálása volt, kiegészítve azokat a lehető legkurrensebb empirikus adatok áttekintésével. Ahol erre lehetőség adódott, a jelen egészségügyi szakmai irányelv fejlesztőcsapata a szisztematikus áttekintő tanulmányokat és meta-analíziseket részesített előnyben.

Az irodalomkeresés során elsősorban a Magyar Orvosi Bibliográfia, a PubMed és a Cochrane-adatbázis jelentette a fő szakirodalmi forrásadatbázisokat. A keresés során az alábbi keresőszavak mentén azonosítottuk a felhasznált irodalmakat: „opioidhasználati zavar", „opioid dependencia", „opiátok okozta dependencia", „opioidfüggőség", „opioid abúzus", „káros opioid használat", „opioidmegvonás*", „opioidintoxikáció", „irányelv", „ajánlás", „meta-analízis", „szisztematikus áttekintő tanulmány", „randomizált kontrollált vizsgálat", „pszichoterápia", „farmakoterápia", „szociális terápia",„etiológia". Angol nyelven:„opioid use disorder",„opioid dependence",„opiate dependence",„opioid addiction", „opioid abuse", „harmful opioid use", „opioid withdrawal*", „opioid intoxication", „guideline", „recommendation", „meta-analysis", „systematic review", „randomized controlled trial", „psychotherapy", „pharmacotherapy", „social therapy",„etiology".

A szakirodalmi keresés lezárásának időpontja: 2024. február 26.

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 egészségügyi szakmai irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok a hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér 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

1.2.1. Heroin Sóvárgás Kérdőív [40]

Kérjük, jelölje meg, hogy az alábbi állításokkal milyen mértékben ért egyet. Tegyen X-et arra a vonalra, amelyik az „Egyáltalán nem értek egyet" és a „Teljes mértékben egyetértek" végpontok között legjobban kifejezi a véleményét. Minél közelebb teszi az X-et valamelyik végponthoz, annál erőteljesebben kifejezi egyetértését vagy egyet nem értését. Kérjük, minden kérdésre válaszoljon! Bennünket most az érdekel, hogy EBBEN A PILLANATBAN Ön mit gondolt, hogyan érzett ezekkel a kérdésekkel kapcsolatban.

Ebben a pillanatban...

1. Ha lenne itt heroin, nehezen tudnám megállni, hogy használjam.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
2. Nem esne jól heroint használni.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
3. Kevésbé érezném rosszul magam, ha heroint használnék.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
4. Ha lehetőségem lenne ebben a pillanatban heroint használni, nem hiszem, hogy megtenném.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
5. A heroin nem fokozná a koncentrációs képességemet.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
6. Még ha módomban is állna, valószínűleg akkor sem használnék most heroint.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
7. Most nem hiányzik a heroin.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
8. Amint lehet, heroint fogok használni.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
9. A fájdalmaim és görcseim nem múlnának el akkor sem, ha most heroint használnék.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
10. Ha most heroint használnék, minden tökéletesnek tűnne.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
11. Az a vágyam, hogy heroint használhassak, mindennél erősebb.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
12. Most nem tervezem, hogy heroint használjak.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
13. Mindjárt jobban tudnám irányítani a dolgokat, ha heroint használhatnék.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
14. Kevésbé érezném magam fáradtnak, ha most heroint használnék.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
15. Ha most lenne nálam heroin, nem tudnám megállni, hogy használjam is.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
16. Ha most használnék egy kis adag heroint, utána nem tudnám megállni, hogy többet is használjak még.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
17. Annyira vágyom a heroint, hogy már szinte érzem a hatását.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
18. Semmi sem lenne jobb most, mint heroint használni.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK

19. Szinte bármit meg tennék most, hogy heroinhoz jussak.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
20. Nagyon boldog lennék és jól érezném magam, ha használnék most heroint.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
21. Most nem akarok heroint használni.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
22. Kevésbé lennék ingerült, ha használhatnék most heroint.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
23. Semmi másra nem vágyok most, csak hogy heroint használjak.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
24. Ebben a pillanatban nagyon nehezen tudnám visszautasítani a heroint.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
25. Mostantól kezdve hosszú ideig meg tudnám állni, hogy ne használjak heroint.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
26. Nem igazán elégítene ki most, ha heroint használnék.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
27. Nem segítene megnyugodnom, ha most heroint használnék.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
28. Nem élvezném most a heroint.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
29. Ha lenne nálam heroin, nem tudnám kontrollálni, hogy mennyit használjak belőle.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
30. Feltöltődnék, ha heroint használnék.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
31. Ha most lenne nálam heroin, valószínűleg nem használnék belőle.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
32. Nem múlnának el a hőhullámaim és hidegrázásaim, ha heroint használnék.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
33. Nincs szükségem most heroinra.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
34. Amint lehetőségem lesz rá, fogok heroint használni.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
35. Ebben a pillanatban nem vágyom heroinra.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
36. Nem érezném magam kevésbé feszültnek, ha lenne bennem heroin.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
37. Elégedett lennék, ha most lenne bennem heroin							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
38. Könnyű lenne visszautasítani a lehetőséget, hogy heroint használjak.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
39. Sóvárgok a heroin után ebben a pillanatban.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
40. Ha valaki megkínálna heroinnal, azonnal használnám.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
41. Ha heroint használnék, kevésbé érezném magam levertnek.							
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET							TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK

42. Vágyom a heroin után.								
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET								TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
43. Azon gondolkozom, hogyan szerezhetnék heroint.								
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET								TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
44. Könnyedén kontrollálni tudnám, hogy mennyi heroint használnék most.								
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET								TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK
45. Azt hiszem, most meg tudnám állni, hogy heroint fogyasszak.								
EGYÁLTALÁN NEM ÉRTEK EGYET								TELJES MÉRTÉKBEN EGYETÉRTEK

1.2.2. Gyermekkori Trauma Kérdőív – Rövid változat [38,39]

Milyen gyakran fordult elő gyermekkoromban (= 18 éves korom előtt), hogy…

			soha	ritkán	időnként	gyakran	nagyon gyakran
PN	1.	Nem kaptam eleget enni.	1	2	3	4	5
PN	2.	Tudtam, hogy van valaki, aki gondoskodik rólam és megvéd engem.	5	4	3	2	1
EA	3.	Családtagjaim olyan szavakkal illettek, mint „hülye", „lusta" vagy „csúnya".	1	2	3	4	5
PN	4.	A szüleim olyan ittasak voltak (vagy drogok hatása alatt álltak), hogy nem tudtak gondoskodni a családról.	1	2	3	4	5
EN	5.	Volt olyan személy a családunkban, aki segített abban, hogy fontosnak és különlegesnek érezzem magam.	5	4	3	2	1
PN	6.	Piszkos ruhában kellett járnom.	1	2	3	4	5
EN	7.	Éreztem, hogy szeretnek.	5	4	3	2	1
EA	8.	Úgy éreztem, hogy szüleim azt kívánták, jobb lett volna, ha meg sem születek.	1	2	3	4	5
PA	9.	Valamelyik családtagom úgy megvert, hogy orvoshoz kellett vinni vagy kórházba kerültem.	1	2	3	4	5
PA	10.	A családtagjaim közül valaki annyira megütött, hogy foltok, horzsolások vagy látható nyomok maradtak utána.	1	2	3	4	5
PA	11.	Szíjjal, pálcával, kötéllel vagy más, kemény tárggyal vertek.	1	2	3	4	5
EN	12.	A családunkban odafigyeltek egymásra az emberek.	5	4	3	2	1
EA	13.	Családtagjaim sértô vagy bántó dolgokat mondtak nekem.	1	2	3	4	5
PA	14.	Úgy gondolom, hogy engem testileg bántalmaztak.	1	2	3	4	5
M/D	15.	Tökéletes gyerekkorom volt.	0	0	0	0	1
PA	16.	Olyan súlyosan megütöttek vagy megvertek, hogy azt észrevette a tanárom, szomszédunk vagy egy orvos.	1	2	3	4	5
EA	17.	Úgy éreztem, hogy valaki a családból gyűlöl engem.	1	2	3	4	5
EN	18.	A családunkban közel érezték magukat egymáshoz az emberek.	5	4	3	2	1
SA	19.	Volt, aki megpróbált szexuálisan fogdosni; vagy megpróbált rávenni arra, hogy én fogdossam őt szexuális céllal.	1	2	3	4	5
SA	20.	Valaki megfenyegetett, hogy bántani fog vagy hazugságokat terjeszt rólam, hogy ha nem vagyok hajlandó szexuális tevékenységre.	1	2	3	4	5

			soha	ritkán	időnként	gyakran	nagyon gyakran
M/D	21.	A családunk a világ legjobb családja volt.	0	0	0	0	1
SA	22.	Megpróbáltak rávenni szexuális tevékenységre vagy szexuális tartalmú dolgok nézésére.	1	2	3	4	5
SA	23.	Volt, hogy szexuálisan molesztáltak.	1	2	3	4	5
EA	24.	Azt hiszem, hogy engem érzelmileg bántalmaztak.	1	2	3	4	5
PN	25.	Volt, aki orvoshoz vigyen, ha szükségem volt rá.	5	4	3	2	1
SA	26.	Azt hiszem, engem szexuálisan zaklattak/bántalmaztak.	1	2	3	4	5
EN	27.	A családom támasz és erő forrása volt számomra.	5	4	3	2	1

SA: szexuális abúzus; PA: fizikai abúzus; EA: érzelmi abúzus; PN: fizikai elhanyagolás; EN: érzelmi elhanyagolás; M/D: validitásskála tételei

Értékelés: az egyes tételek 5 skálába sorolhatóak (lásd tételek előtti rövidítéseket). A skálák összpontszámai jelzik, hogy a kliens milyen gyakorisággal szenvedte el az adott traumatípust. A pontszámok minden alskála esetén 5–25 között változhatnak. A magasabb pontérték súlyosabb traumatizáltságot jelez.
A validitásskála két tételének (M/D) értékelése külön történik. Ebben az esetben 0 összpontszám esetén tekinthetjük a kérdőívet validnak, míg 1 és 2 összpontszám esetén a bántalmazás potenciális tagadásáról, bagatellizálásáról beszélhetünk.

1.2.3. Klinikai Opiátmegvonás Skála (COWS) [42]

Minden egyes elemnél karikázza be azt a számot, amelyik a legjobban leírja a beteg aktuális tüneteit. Külön mérlegelje és értékelje, hogy az adott tünet direkt kapcsolatban áll-e az opiát/opioidmegvonással! Ha például a pulzusszám azért emelkedett meg, mert a beteg közvetlenül az értékelés előtt kocogott, a pulzusszám emelkedése értelemszerűen nem növeli a pontszámot.

Páciens neve: Dátum és időpont: ___.__.___ ___:___ A jelen vizsgálat indoka: _____	
Nyugalmi pulzusszám: _____ szívverés/perc *A beteg egy percig tartó ülése vagy fekvése után mérve.* 0: 80 vagy alacsonyabb pulzus 1: 81–100 közötti pulzus 2: 101–120 közötti pulzus 4: 120 feletti pulzus	Gasztrointesztinális (GI) tünetek: *az elmúlt fél órában* 0: nincs GI tünet 1: gyomorgörcsök 2: hányinger vagy laza széklet 3: hányás vagy hasmenés 5: többszörös hasmenés vagy hányás
Izzadás: *az elmúlt fél órában, amelyet nem a szoba-hőmérséklet vagy a beteg fizikai aktivitása okoz.* 0: a beteg nem számol be hidegrázásról vagy hőhullámról 1: a beteg hidegrázásról vagy hőhullámról számol be 2: a beteg arca kipirult vagy verejték észlelhető rajta 3: izzadsággyöngyök a beteg homlokán vagy az arcán 4: izzadság csorog a beteg arcán	Végtagremegés *megfigyelése a beteg kinyújtott karjain* 0: nincs remegés 1: remegés tapintható, de szemmel nem megfigyelhető 2: enyhe remegés figyelhető meg 4: erős remegés vagy izomrángás

Nyugtalanság: *a vizsgálati helyzetben megfigyelve* 0: a beteg képes nyugodtan ülni 1: a beteg beszámol arról, hogy nehézséget jelent számára nyugodtan ülni, de ennek ellenére képes rá 3: a beteg gyakran és/vagy akaratlanul mozgatja karját/lábát 5: a beteg képtelen néhány másodpercnél tovább nyugodtan ülni.	Ásítozás: *a vizsgálati helyzetben megfigyelve* 0: nincs ásítozás 1: egyszeri vagy kétszeri ásítás a megfigyelési idő alatt 2: három vagy több ásítás a megfigyelés alatt 4: percenként több ásítás is észlelhető
Pupillaméret 0: a pupillák szűkek vagy a szoba fényviszonyaihoz mérten normális méretűek 1: a pupillák valamivel nagyobbak, mint azt a szoba fényviszonyai indokolnák 2: a pupillák meglehetősen tágak 5: a pupillák annyira kitágultak, hogy csak az írisz pereme látható.	Szorongás vagy Ingerlékenység 0: egyik sem 1: a beteg fokozódó ingerlékenységről vagy szorongásról számol be 2: a beteg egyértelműen ingerült vagy szorongó 4: a beteg annyira ingerült vagy szorongó, hogy a vizsgálati helyzetben is nehezen vesz részt
Csont- vagy ízületi fájdalmak: *ha a betegnek korábban is fájdalmai voltak, csak az opiátmegvonásnak tulajdonított további fájdalomkomponenst értékeljük!* 0: nincs jelen fájdalom 1: enyhe diffúz diszkomfortérzés 2: a beteg súlyos, diffúz ízületi/izomfájdalomról számol be 4: a beteg dörzsöli az ízületeit vagy az izmait, és képtelen nyugodtan ülni a kellemetlen érzések miatt	Libabőr 0: a bőr sima 3: a bőr piloerekciója (libabőr) tapintható, vagy a karokon felállnak a szőrszálak 5: jelentős piloerekció (libabőr)
Orrfolyás vagy könnyezés: *meghűléses tünetekkel vagy allergiával nem magyarázható.* 0: nincs jelen 1: orrdugulás vagy szokatlanul nedves szemek 2: orrfolyás vagy könnyezés 4: a betegnek folyamatosan folyik az orra, vagy könnyek folynak az arcán.	Összpontszám: a 11 értékelési szempontra adott pontszámok összesítésével számoljuk ki Az értékelést végző személy monogramja: _____

Pontszám értelmezés: 5–12 = enyhe; 13–24 = közepes; 25–36 = közepesen súlyos; 36-nál több = súlyos elvonás

1.2.4. Sóvárgással Kapcsolatos Hiedelmek Kérdőív (CBQ) [44,45]

Kérem, olvassa el az alábbi állításokat és értékelje, hogy milyen mértékben ért vagy nem ért velük egyet!

1	2	3	4	5	6	7
Egyáltalán nem ért egyet	Nagymértékben nem ért egyet	Kismértékben nem ért egyet	Semleges	Kismértékben egyetért	Nagymértékben egyetért	Teljes mértékben egyetért

_____ 1. A sóvárgás fizikai reakció, ezért semmit sem tehetek ellene.
_____ 2. Ha nem szüntetem meg a késztetéseket, csak rosszabbak lesznek.
_____ 3. A leküzdhetetlen vágytól meg lehet őrülni.
_____ 4. A sóvárgás késztet a droghasználatra.
_____ 5. Mindig sóvárogni fogok a drogok után.

_____ 6. Egyáltalán nem tudom kontrollálni a vágyat.
_____ 7. Amint a sóvárgás elkezdődik, nem vagyok ura a viselkedésemnek.
_____ 8. Életem végéig sóvárogni fogok a drogok után.
_____ 9. Nem bírom elviselni a fizikai tüneteket, amiket az anyag utáni vágy közben érzek.
_____ 10. A sóvárgás büntetés a droghasználatomért.
_____ 11. Ha még soha nem használtál drogot, akkor elképzelésed sem lehet arról, hogy a késztetés milyen lehet (és nem várhatod el tőlem, hogy ellenálljak).
_____ 12. Nem tudom kontrollálni a képeket/gondolatokat, amelyeket droghasználat közben érzékelek.
_____ 13. A vágy olyan idegessé tesz, hogy nem tudom elviselni.
_____ 14. Soha nem leszek eléggé felkészült ahhoz, hogy kezelni tudjam a sóvárgást.
_____ 15. Mivel életem végéig a sóvárgás rabja leszek, nyugodtan folytathatom a használatot.
_____ 16. Amikor igazán sóvárgok a drogok után, nem vagyok működőképes.
_____ 17. Vagy vágyom az anyagra vagy nem: közbülső állapot nincs.
_____ 18. Ha a sóvárgás túlságosan erőssé válik, a droghasználat az egyetlen módja, hogy megbirkózzam vele.
_____ 19. Elfogadható, hogy a kábítószer utáni vágyat alkohollal kezeld.
_____ 20. A vágy erősebb, mint az akaraterőm.

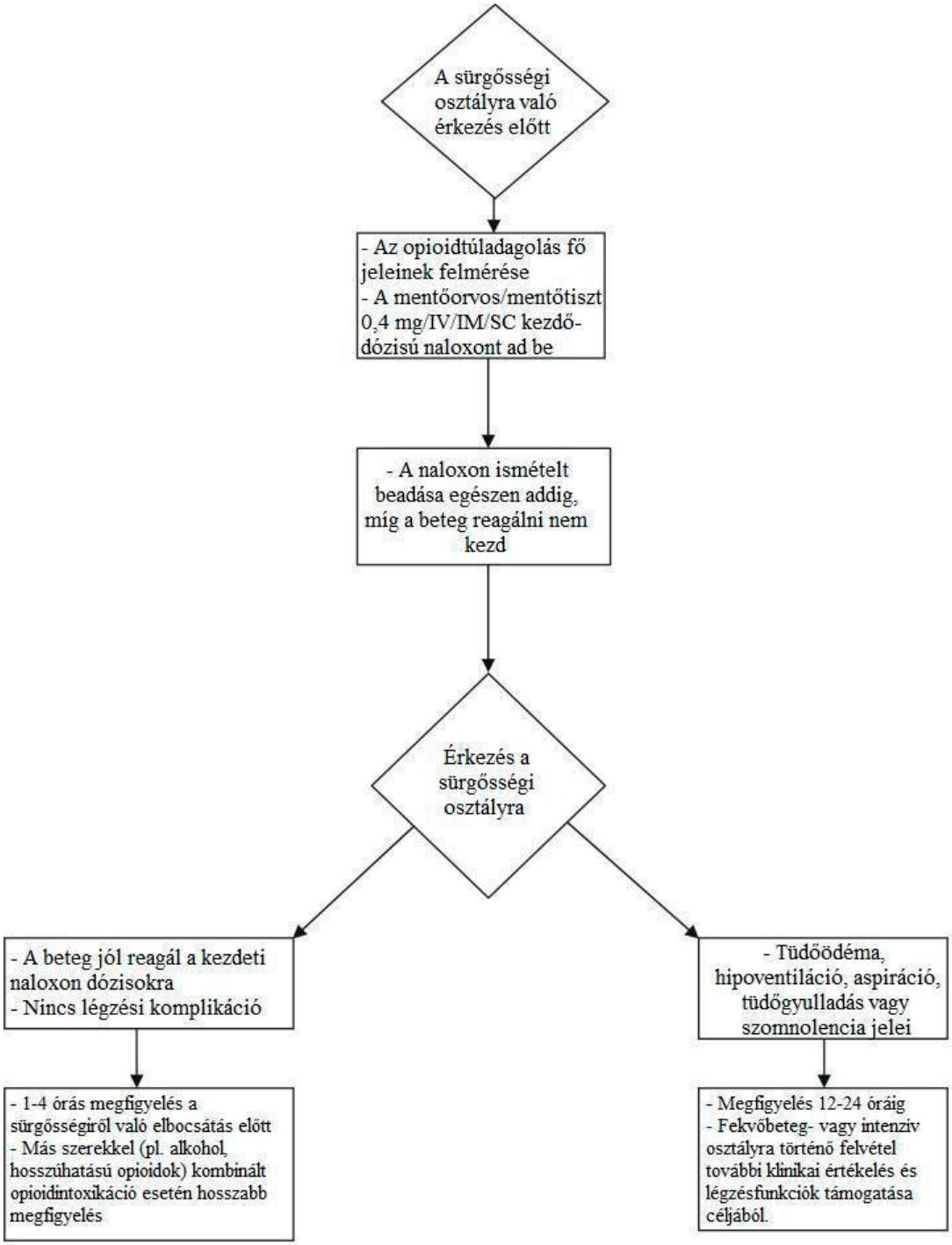
Értékelési útmutató: a skála nem tartalmaz fordított tételeket. A tételekre adott pontszámok összesítésével hozzávetőleges becslést kapunk arról, hogy a kliens milyen mértékben fogalmaz meg maladaptív hiedelmeket a szerhasználattal és a sóvárgással kapcsolatban. A kiugró pontszámú tételek külön-külön is informatívak lehetnek a kliens által megfogalmazott, rá legjellemzőbb hiedelmekre vonatkozóan.

1.3. Táblázatok

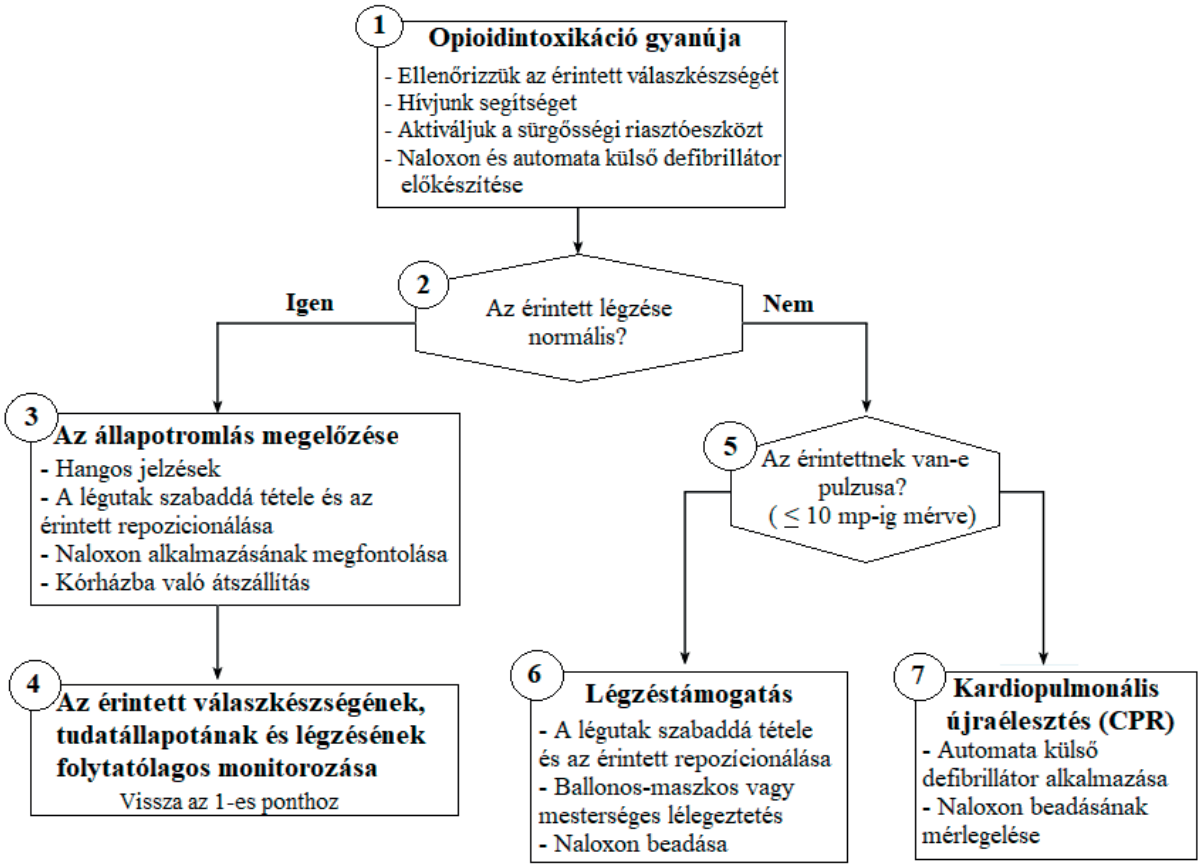
Nem készültek.

1.4. Algoritmusok

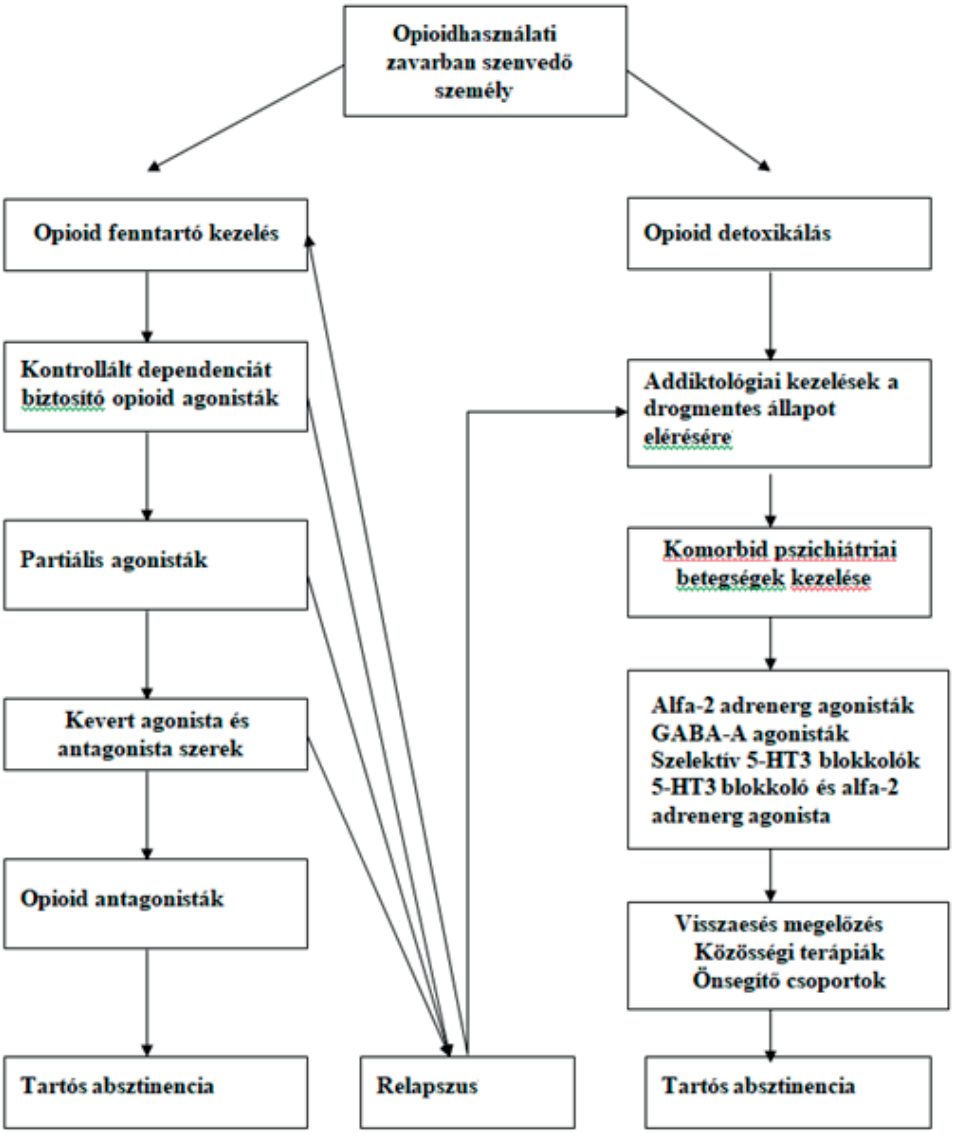
1. számú ábra: Az opioidintoxikációban szenvedő személy ellátásának algoritmusa [16]



2. számú ábra: Az opioidintoxikáció gyanúja esetén javasolt sürgősségi ellátás algoritmusa [113]



3. számú ábra: Az opioidhasználati zavarban szenvedő személy ellátásának algoritmusa



1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készültek.