

Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság  
**EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM**

**Egészségügyi szakmai irányelv -**

**A gyermek- és fiatalkorúak kóros szerhasználatához és viselkedési addikcióihoz**

**Típusa:**

**Azonosító:**

**Megjelenés dátuma:**

**Érvényesség időtartama:**

**Kiadja:**

**Megjelenés helye:**

**Nyomtatott verzió:**

**Elektronikus elérhetőség:**

Klinikai egészségügyi szakmai irányelv  
002070

2019. július 2.

2019. július 2. – 2022. május 15.

Emberi Erőforrások Minisztériuma

Egészségügyért Felelős Államtitkárság

Egészségügyi Közlöny

<http://kollegium.aeek.hu>

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK .....</b>	<b>3</b>
<b>II. ELŐSZÓ .....</b>	<b>4</b>
<b>III. HATÓKÖR .....</b>	<b>4</b>
<b>IV. MEGHATÁROZÁSOK .....</b>	<b>5</b>
1. Fogalmak .....	5
2. Rövidítések .....	6
3. Bizonyítékok szintje .....	7
4. Ajánlások rangsorolása .....	7
<b>V. BEVEZETÉS .....</b>	<b>7</b>
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása .....	7
2. Felhasználói célcsoport .....	8
3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel .....	9
<b>VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE .....</b>	<b>9</b>
<b>VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ .....</b>	<b>32</b>
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban .....	32
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája .....	32
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok .....	33
<b>VIII. AZ IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK A TERVE .....</b>	<b>34</b>
<b>IX. IRODALOM .....</b>	<b>34</b>
<b>X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE .....</b>	<b>38</b>
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja .....	38
2. Irodalomkeresés, szelekció .....	38
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja .....	39
4. Ajánlások kialakításának módszere .....	39
5. Véleményezés módszere .....	39
6. Független szakértői véleményezés módszere .....	39
<b>XI. MELLÉKLET .....</b>	<b>39</b>
1. Alkalmazást segítő dokumentumok .....	39

## I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

### **Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**

#### **1. Gyermek pszichiátriai és addiktológiai Tagozat**

Dr. Pászthy Bea PhD, gyermekpszichiáter, tagozatvezető, társszerző

#### **Külső szakértők:**

Dr. Vetró Ágnes, gyermekneurológus, társszerző

Dr. Demetrovics Zsolt, klinikai addiktológiai szakpszichológus, társszerző

Dr. Havasi Mónika, gyermek és ifjúságpszichiátriai szakorvos, társszerző

Dr. Kapitány-Fövény Máté, felnőtt klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus, társszerző

Dr. Rác Zsolt, pszichiáter szakorvos, társszerző

### **Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):**

#### **1. Addiktológia Tagozat**

Dr. Varga Gábor, pszichiáter, addiktológus, tagozatvezető, véleményező

#### **2. Csecsemő és gyermekgyógyászat Tagozat**

Prof. Dr. Balla György, csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

#### **3. Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás) Tagozat**

Dr. Póta György, csecsemő- és gyermekgyógyász, tagozatvezető, véleményező

#### **4. Háziorvostan Tagozat**

Dr. Szabó János, háziorvos, tagozatvezető, véleményező

#### **5. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**

Dr. Császár-Nagy Noémi, klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus, tagozatvezető, véleményező

#### **6. Pszichiátria és pszichoterápia Tagozat**

Dr. Németh Attila, pszichiáter, tagozatvezető, véleményező

#### **7. Védőnői Tagozat**

Bábiné Szotzfried Gabriella, védőnő, tagozatvezető, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértettek.”

#### **Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői**

##### **Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:**

Nem került bevonásra.

##### **Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:**

Nem került bevonásra.

##### **Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:**

#### **1. Magyar Gyermek és Ifjúságpszichiátriai és Társult Szakmák Társasága (MAGYIPETT)**

Dr. Páli Eszter, gyermekpszichiáter, elnök

#### **2. Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT)**

Dr. Molnár Károly, pszichiáter, elnök

### 3. Magyar Addiktológiai Társaság (MAT)

Dr. Csorba József, addiktológus, elnök

#### 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 sajátosságainak 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:

Gyermek és fiatalkorúak kóros szerhasználatához kapcsolódó egészségügyi beavatkozások: fiatalkorúak és gyermekek addiktológiai ellátása.

A járóbeteg és a fekvőbeteg ellátásban alkalmazható terápiás módszerek és eljárások. Nem terjed ki az irányelv az akut intoxikáció részletes kezelési ajánlására valamint a súlyosabb drogelvonási tünetek (pl. delírium) kezelésére sem. Foglalkozik a kezelést indikáló és termináló állapotokkal, valamint az utógondozás és a rehabilitáció kérdésével. Kitér a betegirányítás és továbbküldés formáira is.

#### Ellátási folyamat szakasza(i):

Diagnosztika, kezelés, rehabilitáció

#### Érintett ellátottak köre:

Gyermekek és fiatalkorúak

#### Érintett ellátók köre:

#### Szakterület:

0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat  
1800 pszichiátria  
1801 addiktológia  
1806 addiktológiai rehabilitáció  
2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria  
2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció  
2302 gyermek- és ifjúságaddiktológia  
2303 gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitáció  
6301 házi orvosi ellátás  
6302 házi gyermekorvosi ellátás  
7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia  
7104 pszichoterápia (klinikai szakpszichológusi képzéssel)  
7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia  
7901 területi védőnői ellátás  
7902 iskolai védőnői ellátás  
7903 családvédelmi szolgálatnál nyújtott ellátás

#### Egyéb specifikáció:

Nincs

## IV. MEGHATÁROZÁSOK

### 1. Fogalmak

**Abúzus:** a diagnosztikai rendszerekben az ártalmas/kockázatos szerfogyasztás leírására használt fogalom (BNO-10), mely elsősorban az alkoholfogyasztásnak a személy társas kapcsolataira, munkavégzésére, rizikóviselkedésére vonatkozó hatásait tartalmazta. Az abúzust a DSM-IV elkülönítette a dependencia fogalmától. A DSM-5 diagnosztikai rendszerében az abúzus és dependencia különálló kategóriái megszűntek [1, 2].

**Addiktológiai konzultáció:** komplex ellátási forma, ahol a kliens szociális, egészségi és pszichés állapotát, valamint szerhasználati szokásait feltárva kerül kidolgozásra a kezelési terv az addiktológiai, vagy 18 éves életkor alatt a gyermek és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultáns által, a szakmai team többi tagjával (gyermekpszichiáter, klinikai gyermek szakpszichológus, szociális munkás) történő egyeztetést követően. A konzultáció a tanácsadás formájának tekinthető, nem azonos a pszichoterápiával [3].

**Alkoholhasználati zavar:** a DSM-5 diagnosztikai rendszerében az alkoholfogyasztás problematikus mintázatát leíró fogalom. Alkoholhasználati 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 tüneteinek függvényében [2].

**Ártalmas alkoholfogyasztás:** a fogalom egyfelől az abúzus diagnosztikai kategóriájának leírására használatos, másfelől jellemzően a napi bevitt alkoholmennyiség alapján definiált kritérium, miszerint férfiaknál napi 4-5, nőknél napi 2-3 egységnyi alkohol elfogyasztása már megnövekedett kockázatúnak vagy ártalmasnak tekinthető [2].

**Bad trip, horror trip:** az LSD-vel kapcsolatban használják ezt a kifejezést, de a többi hallucinogénnél is előfordulhat. Szorongás léphet fel (a hatás, a tudatállapot-változás „soha nem ér véget”, „meg fogok bolondulni”, „meg fogok halni”; az én feloldódása, az énhatárok elvesztése). A félelmetes hallucinációk szintén erős szorongásos rohamokat provokálhatnak („parázás”) [4].

**Booster-ülés:** elsősorban a kognitív-magatartás terápiaihoz tartozó terápiás elem. A CBT elsődleges kezelési programjának lezárulta után hosszabb idővel beiktatott terápiás ülés/ek. Ezek a kiegészítő ülések (booster, emlékeztető vagy felfrissítő ülések) a kezelés részét képezik. A booster-ülés történhet előre megadott időpontban (3-6 hónappal a kezelési program vége után), vagy a kliens kezdeményezésére, ha erre irányuló szükséglete van. A booster-ülések a kezelés eredményeinek a fenntartásához járulnak hozzá [5].

**Delirium tremens:** súlyos alkoholmegvonásos tünetegyüttes, mely az esetek jelentős részében intenzív ellátást indokolhat, életveszélyes állapotnak tekinthető. Krónikus alkoholfogyasztás esetében az alkoholbevitel jelentős csökkentésével vagy elhagyásával alakul ki, lefolyását pszichés, vegetatív idegrendszeri és szomatikus tünetek kísérik [6].

**Dependencia:** a diagnosztikai rendszerekben a függőség testi (megvonás, tolerancia) és pszichoszociális aspektusainak leírására használt fogalom, mely helyett a DSM-5 diagnosztikai rendszere a szerhasználati zavar kategóriáját vezette be, kiegészítve a zavar súlyossági fokának megítélésével. Az alkoholfüggőség leírására a DSM-5 diagnosztikai rendszere a súlyos alkoholhasználati zavar terminusát alkalmazza. Jelen irányelv ugyanakkor - elsősorban módszertani megfontolásból, tekintve, hogy a felhasznált szakirodalom javarészt még a DSM-IV diagnosztikai fogalmait használja következetesen és az alkoholfüggőség terminusát alkalmazza [1, 2].

**Egységnyi alkohol:** az alkoholfogyasztás ártalmasságának egyik leggyakrabban alkalmazott hivatkozási alapja a bevitt alkohol mennyisége, ami jellemzően egységnyi alkohol mennyiségben kerül számításra. Egy alkohol egység 10 ml vagy 8 gr tiszta alkohollal egyenértékű. Ez az a mennyiség, amennyit egy átlagos ember mája egy óra alatt képes lebontani. Egy egységnyi alkohol van: 2 cl égetett szeszesitalban, 1dl borban, 1 pohár sörben, vagy 1 koktélnál [7].

**Energiaital:** olyan üdítőital, amely egy bizonyos ideig fokozza az emberi szervezet anyagcseréjét, az ébrenléteket és a teljesítőképességet. Az energia italok 80-500 mg koffeint tartalmazhatnak. Az energiaitalok könnyen okozhatnak koffein túladagolást. Megerősítő hatásuknál fogva elősegíthetik más pszichoaktív szerek használatát [8, 9, 10, 11].

**Esetmenedzselés:** a szociális és egészségügyi szolgáltatások területén megnyilvánuló koordináló, felügyelő tevékenység, aminek elsődleges célja a gondozás színvonalának, valamint a gondozott kliens életminőségének javítása. Az esetmenedzselés rendszeresen végzett találkozásokat sorát jelenti a klienssel, jellemzően ritkább gyakorisággal, mint a terápia vagy konzultáció esetén [12].

**Flashback** (perzisztáló percepciók körkép): szermentes időszakban, akár egy LSD-bélyeg használata után hónapokkal később a korábbi hallucinogén-hatás egyes elemei villanásszerűen (flash) visszatérnek (back). Ez lehet pár perces, másodperces hallucináció, az észlelés megváltozása, szorongásos roham, szívinfarktustól való félelem bevillanása. A flashback spontán elmúlik, ha nem, akkor szorongásos állapotot okoz, ahol a gyógyszeres

kezelés is felmerül. Valójában nem a hatáshoz tartozik, mert csak akkor beszélünk flashback-ről, ha szermentes időszakról van szó [2].

**Magzati alkoholszindróma:** az alkohol károsítja az intrauterin fejlődést, de a posztnatalis fejlődésre (kognitív, szomatikus) is hatással van. Jellegzetes tünetek a mikrocefália, a kraniofaciális malformáció, végtag- és szívfejlődési rendellenességek, szem és középfül rendellenességek. Későbbi életkorokban pedig maladaptív viselkedések alakulhatnak ki. Alkoholhasználó nők esetében a jelenség előfordulása 35% [13].

**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 multiprofessionális szemlélet, az önszegítő csoportok felépülési programja, a csoportos környezetben megvalósuló terápia, valamint a tapasztalati szakértők terápiás munkába való bevonása [14].

**Pszichoaktív szer:** a pszichoaktív szerek azok a természetes vagy mesterséges kémiai anyagok, amelyek hatásukat a központi idegrendszeren, azaz az agyon és a gerincvelőn keresztül fejtik ki [15].

**Rohamivás, nagyivás:** a rohamivás vagy binge drinking öt vagy több ital elfogyasztását jelenti „egyhuzamban” (azaz 2 órán belül). Itt a cél a gyors részegség kialakulása. Mint láttuk, a magyar fiatalok körében a jelenség terjedőben van. Kezdet: 15.2 ± 1.2 év: magas kockázatú serdülőknél és 16.5 ± 1.2 év: alacsony kockázatú serdülőknél. A rohamivás előfordulása: 12-13 éves korban 1%, 14-15 évesen: 6,7%, 16-17 évesen: 15,3% [16, 17].

**Új pszichoaktív anyagok:** az elnevezés az utóbbi néhány évben megjelent anyagokat jelöli. Ezekkel kapcsolatban használják még a dizájner drog kifejezést (azaz, olyan megtervezett pszichoaktív hatású molekulák, amelyek a tervezés pillanatában és a forgalmazás egy időszakában még nem szerepeltek a kábítószerlistákon, így forgalmuk legális volt), a „legal high-ok” (legális tudatmódosítók, részben az előző kategória tagjai, részben növényi, - vagy látszólag növényi - pszichoaktív anyagok, pl. a szintetikus kannabinoid-származékok). Az elnevezések megtévesztőek, mert időközben e szerek közül sok felkerült a kontrollált szerek (=kábítószer) listáira. Magyarország bevezetett egy átmeneti listát (az ún. C-listát), ahol az egyes szerek mellett molekula analógok szerepelnek; azaz nem egy-egy szert, hanem egy molekulacsaládot helyeznek el a listán. Az „új pszichoaktív anyag” fogalmát az Európai Drog- és Drogfüggőség Megfigyelő Központ, (EMCDDA) alakította ki, amit a magyar törvényhozás is átvett. Az új szabályozás minősített esetei lényegében azonosak a kábítószerre vonatkozóakkal, azonban a jelentős mennyiségre történő elkövetést nem tartalmazza. A privilegizált esetek a csekély mennyiséggel való elkövetésre vonatkoznak, mely mennyiség összes anyag tekintetében 10 gramm. A büntetendő cselekmények között szerepel az új pszichoaktív anyag tartása is, amennyiben a mennyiség meghaladja a csekély mennyiséget [18].

**Viselkedéses addikció:** egyes viselkedéseknek vagy viselkedési folyamatoknak a kényszeres, ciklikus, repetitív és ártalmas ismétlődése. A kialakulásban szerepe lehet a dopaminhoz köthető jutalomhiányos tünetegyüttesnek, illetve az impulzuskontroll-zavaroknak [19].

**Veszélyeztető állapot:** azonnali intézkedés hiánya a beteg vagy más személy életét, testi épségét, vagy egészségét közvetlenül fenyegető helyzetet eredményezne, illetőleg környezetére közvetlen veszélyt jelentene [20].

## 2. Rövidítések

**AA:** Anonymous Alcoholics/Névtelen Alkoholisták

**ADHD:** Attention Deficit Syndrome Hyperactivity/Figyelmzavar Szindróma Hiperaktivitással

**ASAM:** American Society of Addiction Medicine/Amerikai Addikciós Medicina Társaság

**ASSIST:** Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test/Alkohol, dohányzás és az anyag bevonása szűrővizsgálat

**BNO:** Betegségek Nemzetközi Osztályozása

**BZD:** Benzodiazepin

**BSMAS:** Bergen Social Media Dependency Scale/Bergen Szociális Média Függőségi Skála

**CD:** Conduct Disorder/Viselkedészavar

**CBT:** Cognitive behavioral therapy/Kognitív viselkedési terápia

**DAST:** Drug Abuse Screening Test/Droghasználati Szűrőteszt

**DNS:** Deoxiribonukleinsav

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve

**EMCDDA:** European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction/Európai Drog- és Drogfüggőségi Megfigyelő Központ

**EuroADAD:** European Adolescent Assessment Dialogue/Európai Serdülőkori Probléma Felmérő Interjú

**ESPAD:** European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs/Európai Iskolai felmérés az alkohorról és más kábítószerekről

**GHB:** Gamma-hidroxibutirát

**HBSC:** Health Behaviour in School-aged Children/Egészségviselkedés iskoláskorú gyermekeknél  
**IGDT:** Internet Game Disorder Test/Internetes Játékfüggőség Teszt  
**iTFS:** Integrated, 12 step facilitating therapy/Integrált, 12 lépéses facilitáló terápia  
**LSD:** Lizergsav-dietilamid  
**MET:** Motivation-enhancing therapy/Motivációfokozó terápia  
**NA:** Narcotic Anonymous/Névtelen Drogfüggők  
**NAc:** Nucleus Accumbens  
**NICE:** National Institute for Health and Care Excellence/Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete  
**NIDA:** National Institute on Drug Abuse/Országos Kábítószer-ellenes Intézet  
**OGYÉI:** Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet  
**PIUQ:** Problem Internet Use Questionnaire/Problémás Internethasználat Kérdőív  
**PGSI:** Problem Gambling Severity Index/Problémás Szerencsejátékhasználat Súlyossági Index  
**POGQ:** Problematic Online Gaming Questionnaire/Problémás Online Játék Kérdőív  
**PTSD:** Post-traumatic stress disorder/Poszt-traumás stressz betegség  
**SAMHSA:** Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Szerhasználati visszaélések és mentális egészségügyi szolgáltatások intézete  
**THC:** Tetra Hidro Canabinol/kanabisz  
**TIP:** Treatment Improvement Protocol/Kezelési Előrehaladási Protokoll  
**WHO:** World Health Organization/Egészségügyi Világszervezet

### 3. Bizonyítékok szintje

1++ Az eredmények olyan magas minőségű meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba (bias) lehetősége.  
1+ Az eredmények jól kivitelezett meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba (bias) lehetősége.  
1– Az eredmények meta-analízisből, szisztematikus irodalmi áttekintésből, vagy több randomizált vizsgálatból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba lehetősége.  
2++ Az eredmények jó minőségű kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatok szisztematikus irodalmi áttekintéséből, vagy olyan jó minőségű kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatokból származnak, melyekben nagyon alacsony a szisztematikus hiba és a zavaró hatások esélye, továbbá a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége nagy.  
2+ Az eredmények jól kivitelezett kohorsz vagy eset-kontroll vizsgálatokból származnak, melyekben alacsony a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti ok-okozati kapcsolat valószínűsége közepes.  
2– Az eredmények olyan kohorsz és eset-kontroll vizsgálatokból származnak, melyekben nagy a szisztematikus hiba és zavaró hatások esélye, és a bizonyítékok és következtetések közötti kapcsolat nagy valószínűséggel nem okozati jellegű.  
3 Az eredmények nem kísérleti tanulmányból származnak, pl. esettanulmányok, esetsorozatok.  
4 Az eredmények szakmai véleményen, (szakmai kollégium, kutatócsoport, vagy a szakterület vezető egyénisége(i)nek szakértői véleményén) alapulnak.

### 4. Ajánlások rangsorolása

**A fokozat:** Az ajánlások legalább egy 1++ fokozatú bizonyítéknak számító meta-analízisen, vagy rendszerezett irodalmi áttekintésen alapulnak, és a saját populációra jól adaptálhatók; vagy legalább 1+ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak  
**B fokozat:** Az ajánlások legalább 2++ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak; vagy 1++ és 1+ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak  
**C fokozat:** Az ajánlások legalább 2+ szintű bizonyítéknak számító, a saját populációra jól adaptálható, és egyértelműen hasonló hatást mutató vizsgálatokon alapulnak; vagy 2++ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak  
**D fokozat:** Az ajánlások 3 - 4 szintű bizonyítékon, vagy 2+ szintű bizonyítékok extrapolálásán alapulnak

## V. BEVEZETÉS

### 1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

A kórképek és klinikai tünetek bemutatása mellett szólni kell a pszichoaktív szerhasználat olyan formáiról is, amikor „kórképek” vagy „betegségek” nem jelentkeznek, esetenként még klinikai tünetek sem. Ugyanakkor, gyermek- és serdülőkorban minden pszichoaktív szer használatát kerülni kell. A használat megjelenése

pszichoszociális kockázati állapotnak, problémaviselkedésnek minősül. Ilyen használattal, önmagában a klinikus szakember ritkán találkozhat vagy már előrehaladottabb formában, ami a gyakoribb és súlyosabb használatra utal, illetve tünetek esetén, vagy nagyon fiatal korban (10-12 éves kor alatti szerhasználatnál), illetve akkor, ha valamilyen pszichiátriai-fejlődési zavarral együtt jelentkezik a szerhasználat. A pszichoaktív szerhasználat egyre fiatalabb korban történő megjelenése, a súlyosnak tekinthető használat - és klinikai tünetek - előfordulása már a serdülőkor elején arra figyelmeztet, hogy e korcsoportoknál már nemcsak a prevencióval kell foglalkozni (a szerhasználat megelőzésével), hanem gondolni kell egyes tünetek esetén a szerhasználatra is. A szerhasználat már manifeszt formában is megjelenhet. Ilyenkor a javallott prevenciónak vagy éppen a kezelésnek van már helye. Minél fiatalabb korban jelenik meg szerhasználat, általában annál nagyobb a valószínűsége, hogy egy következő életkori szakaszban a szerhasználat már pszichés és interperszonális problémákat okozzon, illetve függőség alakuljon ki [21, 22]. A pszichoaktív anyagok hatása a serdülőkor különböző fázisaiban eltérő elsősorban a frontális lebeny és a limbikus rendszer eltérő sebességű érése miatt. Így a serdülőkori szerhasználat, illetve függőség esetenként súlyosabb tünetekkel járhat, mint a felnőttkori megfelelője [23, 24]. Ez kiemeli a serdülőkkel foglalkozó szakemberek szerepét a probléma megelőzésében, korai felismerésében, illetve kezelésében, ellátásában.

### **Hazai epidemiológiai adatok**

Hazánkban a kilencvenes évektől történnek a serdülők körében országos drog-epidemiológiai kutatások. A statisztikai adatok egyik legfőbb forrása az ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) vizsgálat, mely a 16 éves fiatalok kábítószerfogyasztási szokásait méri fel több európai országban [25]. 1995 és 2015 között ennek keretében négyévente összesen hatszor végeztek felmérést, mely a fogyasztási trendek figyelemmel kísérését is lehetővé teszi. A hazai eredmények elemzése szerint a 9-10. évfolyamos diákok körében 2011-ig szinte minden típusú szerfogyasztás életprevalencia értéke nőtt, szerenként változó ütemben és mértékben. Ezt a tendenciát a 2015-ös eredmény töri meg, mely szerint csökkenő értékeket látunk a korábban is megkérdezett szerek esetében, azonban az első alkalommal kérdezett designer szerek népszerűsége magas értéket mutat. Ezen legfrissebb vizsgálat szerint leginkább elterjedt kábítószer továbbra is a marihuána volt (18.6%-os életprevalencia értékkel), ezzel megtartotta addigi vezető pozícióját. Ez az eredmény nagy hasonlóságot mutat a 2014-ben történt HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) kutatás eredményével, mely szerint a 9. és 11. évfolyamon tanuló diákok 18,7%-a fogyasztott már kannabiszt [26, 27]. A korábbi szerek mellett a 2015-ös ESPAD vizsgálat, igazodva a drogpiacon változásokhoz, első alkalommal rákérdez az új pszichoaktív szerekre is, melyek közül a szintetikus kannabinoidok („herbál”, „bio”) rögtön a második legpreferáltabb szernek bizonyultak ebben a korosztályban (10,1% életprevalencia érték), és többségében 15 évesen próbálták először [26]. Harmadik helyen az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók (9%), majd ezek alkohollal történő együttes fogyasztása (8.1%), illetve hangulatjavítás céljából bevett fájdalomcsillapítók fogyasztása következik (7%). Figyelemfelhívó, hogy hatodik helyen a szerves oldószerek belélegzése, közismert nevén a „szipuzás” szerepel (6.7%), majd az amfetamin (4.2%). Utánuk következik az ecstasy (3.6%), a kokain (3.2%), az LSD (2.8%), a szintetikus katinonok (2.5%), a GHB (2.4%), a mágius gomba (2.2%), a mepredon (2%), patron/lufi (1.7%), crack (1.6%), heroin (1.4%).

### **Viselkedési addikciók**

A viselkedési addikciók egy része serdülőkorban kezdődik, és megjelenési formájuk színesedik.

A 2015-ös ESPAD hazai adatfelvétele alapján a 9-10. osztályos diákok döntő többsége (97,9%) rendszeresen internetezik, átlagos adatot tekintve heti 23 órát tölt internetezéssel. A leggyakoribb a közösségi oldalak használata (98,6%), de gyakran játszanak az online játékokkal (átlagosan 15,58 óra/hét), sokan töltenek le zenét és filmet (92%), és a böngészés, információkeresés is jellemző (85,3%) internetes időtöltés (az egyes tevékenységek között átfedések vannak egyidőben többféle tevékenységet is végeznek a megkérdezettek). Az online szerencsejáték a megkérdezettek 7,4%-ára volt jellemző [25, 26, 27].

## **2. Felhasználói célcsoport**

Egészségügyi szolgáltatói kör:

- szakorvosok: elsősorban gyermekpszichiáterek és gyermek-addiktológusok,
- másodsorban gyermekgyógyászok, házi gyermekorvosok, háziorvosok, pszichiáterek, addiktológusok,
- klinikai gyermek szakpszichológusok,
- egészségügyi szakdolgozók: addiktológiai, gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultánsok, ápolók, szakápolók, stb.,
- az egészségügyben dolgozó szociális szakemberek, szociális munkások, szociológusok, stb.,
- egyéb foglalkozásúak: mentálhigiénikusok, lelkeszek, stb.,



Beteg spektrum: fiatalkorúak és gyermekek, akik addiktológiai problémákkal küzdenek vagy addiktológiai problémákban érintettek.

Ellátási szintek: alapellátás, szakellátás, kórházi fekvőbeteg ellátás, rehabilitáció és regionális ellátási szint.

Egyéb szakterületek: az irányelvben utalás történik a szociális, a család- és gyermekvédelmi ellátásra.

### 3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

#### Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

#### Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

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

<b>Szerző(k):</b> <b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség:</b>	NICE: National Institute for Health and Care Excellence Drug misuse prevention: targeted interventions. NICE guideline, Published: 22. February 2017. <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng64">https://www.nice.org.uk/guidance/ng64</a> (Letöltés dátuma: 2017. február 07.) [28]
<b>Szerző(k):</b> <b>Tudományos szervezet:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség:</b>	NIDA: National Institute on Drug Abuse Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide, 2014. jan. 14. <a href="https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf">https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf</a> (Letöltés dátuma: 2017. február 08.) [29]

#### Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel:

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

<b>Azonosító:</b> <b>Cím:</b>  <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség:</b>	002071 Veszélyeztető és közvetlen veszélyeztető magatartást mutató 0-18 év közötti fiatalkorúak esetében alkalmazott megelőző és korlátozó intézkedések személyi és tárgyi feltételeinek valamint a betegellátás folyamata az egészségügyi intézményekben - különös tekintettel az emelt biztonságú ágyakra Egészségügyi Közlöny, 2018. 12. 19. <a href="https://kollegium.aEEK.hu">https://kollegium.aEEK.hu</a>
<b>Azonosító:</b> <b>Cím:</b> <b>Megjelenés adatai:</b> <b>Elérhetőség:</b>	002078 A gyermek és serdülőkori akut mentális tünetek és /vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról Egészségügyi Közlöny, 2018. 12. 19. <a href="https://kollegium.aEEK.hu">https://kollegium.aEEK.hu</a>

## VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

### Alapellátás feladatai

#### Ajánlás1

**Azon intézményekben, ahol lehetőség adódik a fiatalkorúakkal történő többszöri találkozásra és konzultációra a korai addiktív problémákat feltáró szűrővizsgálat és rövid intervenció, szükség esetén pedig az időben történő kezelésbe irányítás ajánlott.** Ajánlás rangsorolása: C

Gyermekek és fiatalkorúak esetén a szerhasználati zavar, illetve a viselkedési addikció súlyossága számos esetben még nem éri el a klinikai értelemben vett zavar diagnosztikai szintjét. Ezen fiatalkorú esetek felhívják a figyelmet a korai megelőzés (primer és szekunder prevenció) és a rendszeres szűrés fontosságára, mellyel jelentősen csökkenthető a szerhasználati zavar és viselkedési addikció kialakulásának esélye [30]. Jelen irányelv

is kiemelten fontosnak tartja, hogy azon intézményekben, ahol lehetőség adódik a fiatalkorúakkal történő többszöri találkozásra és konzultációra (pl. gyermekorvosi rendelés, iskolai szinten az iskolapszichológusi és védőnői szolgálat, fiatalkorúakra vonatkozó igazságszolgáltatási rendszerben dolgozók, gyermekotthonok és javítóintézetek munkatársai), jelenjen meg rendszerszinten a korai addikciós problémákat feltáró szűrővizsgálat és rövid intervenció. Szükség esetén pedig az időben történő kezelésbe irányítás.

### **A házi orvosok, gyermek házi orvosok feladata**

A házi orvosok és a gyermek házi orvosok feladata az addikciós problémák felismerése, illetve e problémák lehetséges fennállásának észlelése és a gyermekek szakellátásba küldése. A felismerés, illetve szűrés az irányelvben megadott szempontok és eszközök révén lehetséges. Az alapellátásban dolgozók feladata a változás és a kezelés iránti motiváció kialakítása, és fenntartásának támogatása a kezelés során. Erre a motivációs interjú a megfelelő eszköz. A motiváció fenntartását szolgálja a kezelésben való részvétel folyamatos monitorozása.

### **A védőnők feladata**

Az addikciós problémák lehetőségének esetén a házi orvos és/vagy házi gyermekorvos részvételével szakorvosi konzultáció kérése. A változás és a kezelés iránti motiváció kialakítása és fenntartása a motivációs interjúval történhet. Fontos a kezelésben történő részvétel folyamatos monitorozása (rákérdezés a kezelésre, gyógyszeresedésre).

### **Javasolt mérőeszközök a szűrővizsgálatok lebonyolításához**

Az alább felsorolt mérőeszközök a WHO 'Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test' (ASSIST) névre keresztelt szűrőtesztjének National Institute on Drug Abuse (NIDA) által módosított verziói, melyek a 11-17 év közötti serdülők populációjára, illetve a 6-17 év közötti fiatalkorúak szüleinek lettek adaptálva az Amerikai Pszichiátriai Társaság által. Ezen szűrőtesztnek kitérnek a szerhasználat különböző formáira (alkoholfogyasztás, dohányzás, nyugtató-, altató-, szorongásoldó szerek visszaélészerű használata, illegális szerhasználat), ily módon nem pusztán szer-specifikus módon szűrik a célpopulációt [31].

11-17 éves közötti serdülők számára:

- Kockázati tünetek szűrésére: DSM-5 Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure - Child Age 11-17.
- Korai szerhasználat szűrésére: Level 2 - Substance Use - Child Age 11-17.

6-17 éves fiatalkorúak szülei számára:

- Kockázati tünetek szűrésére: DSM-5 Parent/Guardian-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure - Child Age 6-17.
- Korai szerhasználat szűrésére: Level 2-Substance Use-Parent/Guardian of Child Age 6-17.
- A specifikusan a drog-és visszaélészerű gyógyszerhasználat szűrésére kialakított Drug Abuse Screening Test (DAST) serdülőkre adaptált verziója (DAST-20) kedvező reliabilitása és validitása, valamint rövid terjedelme miatt szintén javasolt eleme a fentiekben leírt szűrővizsgálatnak [32].

Az irányelvbe foglalt viselkedési addikciók-problémás internethasználat - és függőség; problémás online játék - és függőség; problémás és patológiás szerencsejáték - szűrővizsgálata kapcsán az alábbi mérőeszközök alkalmazása javasolt:

Problémás internethasználat:

- Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) rövidített, 6 teteles változata (PIUQ-SF-6) [33].

Problémás online játék-és függőség:

- 18 teteles Problémás Online Játék Kérdőív (Problematic Online Gaming Questionnaire, POGQ) [34].

Problémás és patológiás szerencsejáték:

- Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív (Problem Gambling Severity Index, PGSI) magyar változata [35].

### **Diagnosztizálási folyamat**

#### **Ajánlás2**

#### **A diagnosztikai klasszifikáció és a differenciál diagnózis a BNO-10 és a DSM-5 alapján történjen**

Ajánlás rangsorolása: A

A Marihuána és Drogabúzus Elleni Nemzeti Bizottság (National Commission on Marijuana and Drug Abuse) ajánlása a drogfogyasztás ötféle mintázatát különíti el [36].

1. Kísérletező: életében tíznél kevesebb alkalommal használ valamilyen drogot.

2. Szociális-rekreációs használat gyakoribb, heti-kétheti és rendszerint valamilyen társas, kikapcsolódó, szórakozási aktivitáshoz kapcsolódik. Tipikus pl. a hétféle bulik alkalmával történő stimulánsok használata.
3. A szituatív használó egy számára problémás helyzetet, nehezen megoldhatónak vélt konfliktust igyekszik „kezelni” a droghasználattal. Tipikus pl. az ismerkedés megsegítése céljából történő alkoholfogyasztás.
4. Az intenzifikált használat, napi rendszerességű és hosszú időn át tartó szerhasználatot jelent.
5. A kényszeres használó esetében jellemző a szerhasználat feletti kontroll elvesztése, naponta vagy naponta többször, hosszú időn keresztül. Az intenzifikált és az addiktív szerhasználati forma közötti különbség fő differenciáldiagnosztikai támpontja az abbahagyási próbálkozások sikere vagy kudarca [36].

A pszichiátriai diagnózisalkotás jelenleg érvényben lévő két klasszifikációs rendszere a DSM-5 és a BNO-10 [2, 6].

Magyarországon az egészségügyi dokumentációkban a BNO-10 kódrendszere használatos a diagnózis megjelölésére, ezért ezek pontos ismerete feltétlenül szükséges az alkalmazáshoz. A Mentális és viselkedészavarok kódjai a BNO-10 V. fejezetében találhatóak, ezen belül F10-19-ig szerepelnek a Pszichoaktív szerek használata által okozott mentális és viselkedési zavarok. Amennyiben a szerhasználat mellett primer problémaként pszichiátriai kórkép diagnosztikai kritériumai is teljesülnek (pl. depresszió, az aktivitás és a figyelem zavarai), ebben az esetben a kettős diagnózis modellje alapján a szerhasználatra vonatkozó diagnózis (F10-19) mellett kódolandó a pszichiátriai kórkép diagnózisa is (F00-99), pl. közepes depressziós epizód (F3210). Az aktivitás és a figyelem zavarai (F9000). A kódokat, diagnosztikai kritériumokat és a szerhasználattal kapcsolatos különböző klinikai állapotok leírását a BNO-10 zsebkönyv tartalmazza, ezért ezeket itt külön nem részletezzük [6].

A BNO-10 kód- és kritériumrendszere mellett a klinikai munkához fontos ismerni a DSM-5 szerrel összefüggő és addiktív zavarok fejezet leírását is. A DSM-5 a szerekkel kapcsolatos zavarokat két csoportba osztja: szerhasználat zavarai (BNO-10 rendszerrel megfelelően ide tartozik az abúzus és a dependencia, azonban a DSM-5 ezeket a fogalmakat nem alkalmazza diagnosztikus kifejezésként, hanem a szerhasználati zavar fogalmat használja a zavar átfogó leírására, az enyhe formától a súlyos formáig) és szer kiváltotta zavarok (intoxikáció, megvonás, szer kiváltotta mentális zavarok). A DSM-5 szercsoportok szerint (alkohol, koffein, cannabis, hallucinogén, inhaláns, opioid, szedatívum-hipnotikum-anxiolitikum, stimuláns, nikotin, egyéb vagy ismeretlen szer) ismerteti az egyes szerre jellemző szerhasználati és szer kiváltotta zavarok jellemzőit. Ez a fejezet a kémiai szerekkel kapcsolatos zavarok mellett tartalmazza a szerencsejáték zavart is, mint viselkedési addikciót, mely a BNO-10-ből hiányzik, így szerencsejáték zavar gyanú esetén diagnosztikai kritériumok vonatkozásában csak a DSM-5 ad támpontot. Ezen diagnosztikai kritériumok leírását a DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz című kézikönyvben megtalálhatók, ezért itt külön nem részletezzük [2]. (Lásd 1. sz. táblázat)

**1. sz. táblázat:** DSM-5 és BNO-10 szerinti diagnosztikus kritériumrendszer

DSM-5	BNO-10
<p><b>Szerhasználat zavarok:</b></p> <p>A) A szer használatának olyan problematikus mintázata, mely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy szenvedéshez vezet, ami az alábbiak közül legalább kettőben megnyilvánul egy 12 hónapos időszak alatt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A személy gyakran fogyaszt nagyobb mennyiségű szert vagy hosszabb időn keresztül, mint azt szeretné.</li> <li>2. Tartós vágy vagy sikertelen próbálkozások a szerhasználat csökkentésére vagy uralására.</li> <li>3. A személy jelentős mennyiségű időt fordít a szer beszerzésével, használatával vagy hatásaiból való felépülésével kapcsolatos tevékenységekre.</li> <li>4. A szer használata iránti sóvárgás, erős vágy vagy készletelés.</li> <li>5. Visszatérő szerhasználat, mely a munkahelyi, iskolai vagy otthoni szerepkötelezettségek teljesítésének kudarcát eredményezi.</li> <li>6. Folyamatos szerhasználat a szer hatásainak következtében kialakuló vagy azok következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő társas és interperszonális problémák ellenére.</li> <li>7. A fontos társas, foglalkozásbeli vagy szabadidős tevékenységek feladása vagy csökkenése a szerhasználat következtében.</li> <li>8. Ismétlődő szerhasználat olyan helyzetekben, ahol ez fizikai veszélyt jelent.</li> <li>9. Folyamatos szerhasználat a nagy valószínűséggel a szerhasználat következtében kialakuló vagy annak következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő testi vagy pszichológiai problémák ellenére.</li> <li>10. Tolerancia, az alábbi definíciók bármelyike alapján:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a.) Az intoxikáció vagy a kívánt hatás eléréséhez szükséges szer mennyiségének kifejezett megnövekedése.</li> <li>b.) Ugyanolyan mennyiségű szer alkalmazásakor kifejezett hatáscsökkenés.</li> </ol> </li> <li>11. Megvonás, mely az alábbiak valamelyikében nyilvánul meg.             <ol style="list-style-type: none"> <li>a.) Jellegzetes szermegvonási szindróma.</li> <li>b.) Szer fogyasztása a megvonási tünetek enyhítésére vagy elkerülésére.</li> </ol> </li> </ol> <p>Jelölhető: Korai remisszió Tartós remisszió Kontrollált környezet Súlyosság: Enyhe: 2 vagy 3 tünet van jelen Mérsékelt súlyos: 4 vagy 5 tünet van jelen Súlyos: 6 vagy több tünet van jelen</p>	<p><b>Abúzus:</b></p> <p>A pszichoaktív szer használatának olyan módja, mely egészségkárosodást okoz. A károsodás lehet fizikai (mint pl. hepatitis a pszichoaktív szerek injekciós önadagolásától) vagy mentális (mint pl. a nagy mennyiség alkohol fogyasztását követő depressziós időszakok).</p> <p><b>Dependencia:</b></p> <p>Viselkedési, kognitív és fiziológiai jelenségek meghatározott együttese, amelyik ismételt használatot követően alakulhat ki. A következők jellemzik: erős vágy a gyógyszer bevitelére, a használatának a kontrollálási nehézsége, a káros következmények ellenére a szedés folytatása, a drog szedésének az előnyben részesítése más aktivitásokkal szemben, és hiányérzet, megnövekedett tolerancia, valamint néha fizikai megvonási tünetek. A dependencia kialakulhat egy meghatározott szerre (mint pl. dohány, alkohol, vagy diazepam), vagy a szerek egy csoportjára (opiátok) vagy farmakológiailag különböző gyógyszerek széles fajtáira.</p>
<p><b>Szer kiváltotta zavarok</b></p>	<p><b>Intoxikáció</b></p> <p>Kritériumok szercsoport specifikusak, lsd. DSM-5 referencia kézikönyv</p> <p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <p>Pszichoaktív szer adását követően kialakuló tudat- és percepciózavar, kognitív, affektív vagy viselkedési zavar, illetve más pszichofiziológiai funkció és válasz zavara. A zavar közvetlenül kapcsolatba hozható a kapott szer akut</p>

		<p>farmakológiai hatásával, és idővel oldódik, teljes tünetmentességgel, kivéve, ha szövethárosodás vagy más komplikáció nem lépett fel. A komplikáció lehet trauma, aspiráció, delírium, koma, görcsök, és más egészségügyi szövődmény.</p> <p>A komplikáció függ a kapott (gyógy)szer farmakológiai osztályától és adagolásának módjától.</p>
	<p><b>Megvonás</b> Kritériumok szercsoport specifikusak, lsd. DSM-5 referencia kézikönyv</p>	<p><b>Megvonási szindróma:</b> A szer állandó használatát követően relatív vagy teljes megvonás után kialakuló különböző, változatos csoportjai a tüneteknek. A kezdete és a lefolyása időben behatárolt, és a pszichoaktív szer típusától valamint az abbahagyás vagy a jelentős mérséklés előtti, legutoljára használt dózis nagyságától függ. A megvonás komplikációja lehet az alkalmi konvulzió.</p> <p><b>Megvonási szindróma delíriummal:</b> Az az állapot, mikor a megvonási szindróma szövődik delíriummal, az F05.- pontban leírt kritériumok szerint. Konvulziók szintén előfordulhatnak. ha organikus okok is számításba jönnek a delírium kialakulásában, akkor az F05.8 pontnál kell besorolni.</p>
	<p><b>Egyéb szer/gyógyszer kiváltotta mentális zavarok</b> (pszichotikus zavarok, bipoláris és kapcsolódó zavarok, depresszív zavarok, szorongásos zavarok, kényszeres és kapcsolódó zavarok, alvászavarok, szexuális diszfunkciók, delírium és neurokognitív zavarok)</p> <p>Kritériumok szercsoport specifikusak, lsd. DSM-5 referencia kézikönyv</p>	<p><b>Pszichotikus zavar:</b> Pszichotikus tünetek egy csoportja észlelhető pszichoaktív szer használata vagy azt követően, és a tünetek nem magyarázhatók akut intoxikációval vagy megvonással. Jellemzik a hallucinációk (tipikusan akusztikusak, de gyakran több mint egy szenzoros modalitásúak), percepció zavarai, téveszmék (gyakran paranoid vagy üldöztetési tartalmakkal), pszichomotorium zavara (nyugtalanág vagy stupor), és abnormális affektusok, az intenzív félelemtől az eksztázisig. A sensorium tiszta, de enyhe tudatzavar, nem súlyos zavartság, lehetséges.</p> <p><b>Amnesztikus szindróma:</b> A megőrző emlékezés (a rövid és hosszú távú memória) krónikus és kifejezett károsodása jellemzi ezt a szindrómát. Az azonnali felidézés (a megjegyző emlékezés) megkímélt és a közeli emlékek nagyobb mértékben károsodtak, mint a távoliak. Az időérzés és a dolgok sorrendiségének a zavara szembevető, épp úgy, mint az új dolgok megtanulási nehézsége. Konfabuláció kifejezett lehet, de nem mindig észlelhet. Más kognitív funkciók relatíve jól megkíméltek, és az amnesztikus deficit összehasonlíthatatlanul</p>

	nagyobb a többi zavarhoz képest.
--	----------------------------------

Forrás: [2, 6] alapján

Diagnosztikai anamnézis felvétele:

Lehetőség szerint az első alkalom, szülő/gondozó és gyermek együttes jelenlétében történjen, az auto- és heteroanamnézis eltéréseinek, saját motiváltság versus szülői elvárásnak való megfelelés, illetve a családi támogató attitűd meglétének vagy hiányának feltérképezése céljából.

Az első alkalom során javasolt anamnézis pontjai:

1. Életút rövid áttekintése: perinatális, csecsemőkori, kisgyermekkori, iskoláskori főbb események, meghatározó történések és ezek érzelmi megélése.
2. Családi kapcsolati rendszer: életút mentén főbb családi változások és ezek érzelmi megélése, jelenlegi családi helyzet leírása (kikkel él és hogyan jellemezi kapcsolatát az egyes családtagokkal, jellemző-e a családban az alkohol droghasználat, stb.).
3. Kortárskapcsolatok: életút mentén hogyan alakultak kortárskapcsolatai, bullyingban volt-e része valaha is, jelenlegi baráti körének jellemzése, különös tekintettel arra, hogy a barátok milyen arányban szerhasználnók és szermentesek.
4. Iskolai státusz.
5. Szabadidő eltöltésének módja.
6. Egészségügyi anamnézis:
  - a. Szomatikus: eddigi főbb testi betegségek, műtétek, szedett gyógyszerek, allergiák. A szerhasználat miatt különös tekintettel a szív-érrendszert, vesét, májat érintő, illetve epilepsziás előzményre.
  - b. Mentális:
    - Eddigi mentális zavarok, pszichológusi, pszichiátriai kezelések, gyógyszerek.
    - Jelenlegi mentális állapot: pszichózis, depresszió, alvászavar jelei fennállnak-e.
  - c. Szerhasználatához kapcsolódó egészségügyi kérdések: akut szerhasználat során megélt rosszulletek, megvonási tünetek, fertőzési kockázat felmérése, terhesség lehetőségének felmérése.
    - Fertőzési kockázat: óvszer nélküli szexuális élet élése szerhasználó személyekkel, illetve intravénás szerhasználat - ezen esetekben vírus vizsgálat feltétlenül szükséges: HIV, Hepatitis B, C, Szifilisz.
    - Lányok esetén a terhesség lehetőségének felmérése.
7. Szerhasználatához kapcsolódó kérdések (egyéni elbírálás szerinti szülő jelenlétével vagy négy szemközt):
  - a. Jelenleg milyen drogo(ka)t használ rendszeresen, illetve alkalomszerűen.
  - b. Melyik szert milyen gyakorisággal.
  - c. Rosszullet történt-e szerhasználatához kapcsolódóan, ennek jellemzői.
  - d. Megvonási tüneteket élt-e meg, ezek jellemzői (Lásd 2. sz. táblázat).
  - e. Drogkarrier: első szerhasználat időpontja, leírása, későbbi szerhasználati szokások alakulása a jelenig, gyakoriság, az adag tekintetében minden egyes használat, kipróbált szer vonatkozásában.
8. Összegzése a fentieknek:
  - a. Szerhasználat jellemzői: használt szer típusa, szerhasználati mintázat megállapítása.
  - b. Életvitel jellege: iskolai tanulmányok, családi közeg, kortárskapcsolatok jellege.
  - c. Egészségügyi kockázat megállapítása.
  - d. Támogató közeg felmérése (családi és kortársi kapcsolati rendszer).
  - e. Terápiás motiváltság.

**2. sz. táblázat:** Specifikus szerhasználat mellett kialakuló megvonási tünetegyüttesek jellemzői

<b>Alkohol</b>	<b>Koffein</b>	<b>Kannabisz</b>	<b>Opioidok</b>	<b>Szedatívumok/Nyugtatók/ Szorongásoldók</b>	<b>Stimulánsok</b>	<b>Dohányzás Nikotin</b>
Autonóm i.r. hiperaktivitás (pl. izzadás, 100/perc-nél magasabb pulzusszám)	Fejfájás	Ingerlékenység, harag, agresszió	Diszfóriás hangulat	Autonóm hiperaktivitás (pl. izzadás, 100/perc-nél magasabb pulzusszám)	Fokozott fáradtság	Ingerlékenység, harag, agresszió
Kézremegés	Fokozott fáradtság vagy álomság	Idegesség vagy szorongás	Hányinger vagy hányás	Kézremegés	Élénk, kellemetlen álmok	Szorongás
Álmatlanság	Diszfóriás vagy depresszív hangulat/ Ingerlékenység	Alvási nehézség	Izomfájdalom	Álmatlanság	Álmatlanság vagy hiperszomnia	Koncentrációs nehézség
Hányinger, hányás	Koncentrációs nehézség	Étvágytalanság és súlycsökkenés	Könnyezés vagy orrfolyás	Hányinger, hányás	Fokozott étvágy	Fokozott étvágy
Vizuális, taktilis vagy auditoros hallucinációk, illúziók	Influenzaszerű tünetek (hányinger, hányás, izomfájdalom)	Nyugtalan-ság	Pupilla-dilatáció, pilo-erekció vagy izzadás	Vizuális, taktilis vagy auditoros hallucinációk, illúziók	Pszichomotoros retardáció vagy agitáció	Nyugtalan-ság
Pszichomotoros agitáció		Depresszív hangulat	Diaré	Pszicho-motoros agitáció		Depresszív hangulat
Generalizált tónusos-klónusos roham		Alhasi fájdalom, remegés, verejtékezés, láz, hidegrázás vagy fejfájás	Álomság ásitási kényszer	Szorongás		Álmatlan-ság
Szorongás			Hőemelkedés, láz	Grand mal roham		
			Álmatlan-ság			

Forrás: [2] alapján

A diagnózisalkotás során továbbá szükséges specifikálni, hogy a szerhasználati zavarhoz köthető intoxikáció vagy megvonás milyen komorbid zavar jelentkezésével jár. A szerhasználati zavar következtében kialakuló

vagy a szerhasználat mellett jelentkező komorbid zavarok DSM-5 rendszerében történő elhelyezése, illetve az adott kiegészítő specifikáció szükségessége a 3. sz. táblázatban látható.

**3. sz. táblázat:** Specifikus szerhasználat mellett kialakuló komorbid zavarok az intoxikáció vagy a megvonás függvényében

	Pszichotikus zavar	Hangulat zavar	Szorongásos zavar	Alvászavar	Szexuális diszfunkció	Delirium	Neurokognitív zavar
Alkohol	I/M	I/M	I/M	I/M	I/M	I/M	I/M
Koffein			I	I/M			
Kannabisz	I		I	I/M		I	
Hallucinogének	I	I	I			I	
Inhalánsok	I	I	I			I	I
Opioidok		I/M	M	I/M	I/M	I/M	
Szedatívumok/ nyugtatók/ szorongásoldók	I/M	I/M	M	I/M	I/M	I/M	I/M
Stimulánsok	I	I/M	I/M	I/M	I	I	
Dohányzás /nikotin				M			

Forrás: [2] alapján

Megjegyzés:

I= Intoxikációval kezdődő vagy ahhoz köthető zavar specifikációjának szüksége

M= Megvonással kezdődő vagy ahhoz köthető zavar specifikációjának szüksége

I/M= Intoxikáció és megvonás esetén egyaránt fellépő zavar specifikációjának szüksége

Serdülők pszichoaktív szerhasználatának és a kapcsolódó problémáknak jó mérőeszköze az Európai Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja (European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD) [37]. Ez az interjú már komplex állapotfelmérésre is alkalmas.

Differenciál diagnózis

A diagnózis felállításakor szükséges felmérni, hogy az egyes tünetek háttérben szerhasználati ok vagy valamely fennálló/induló pszichiátriai kórkép, illetve komorbiditás áll. Az esetek egy részében ezt keresztmetszeti kép során nem lehet biztonsággal megállapítani, ezért szükséges az előzmények pontos és széles körű felmérése, illetve gondozásba vétel a hosszmetzeti kép megfigyelése érdekében (4. sz. táblázat).



**4. sz. táblázat:** Szerhasználat során gyakori tünetek, melyek differenciáldiagnosztikai megfontolást igényelnek

Tünet	Pszichiátriai kórkép (Diff.dg.) BNO-10
Alacsony hangulat, kiüresedés érzés	Major depresszió (F32), Disztímia (F34.1)
Hangulatingadozás	Bipoláris zavar (F30, F31), Ciklotímia (F34.0)
Paranoiditás fokozódás	Deluzív zavar (F22), Akut és átmeneti pszichotikus zavar csoport (F23)
Hallucinátoros élmények	Akut és átmeneti pszichotikus zavar csoport (F23)
Szívdobogás, légszomj, halálfélelem	Pánik zavar (F41)
Emlékezetkiesés	Disszociatív amnézia (F44.0)
Viselkedésváltozás, Funkcióromlás	Hangulatzavarok csoport (F30-39), Akut és átmeneti pszichotikus zavar csoport (F23)

Forrás: [6] alapján

Gyermekkori káros események (adversities)

A családi rendszer zavara, valamint a bántalmazás bizonyult a legerősebb hatótényezőnek a későbbi pszichoaktív szerhasználat kialakulásában (kockázati tényezők). A gyermekkori káros események száma nem mutatott lineáris kapcsolatot a pszichiátriai betegségek, köztük a függőségek megjelenésével [38].

#### **Internalizáló kórképek**

Az internalizáló kórképek (depresszió és szorongásos betegségek) és a pszichoaktív anyag használata serdülőkorban 11,1-47,9%-os komorbiditást mutatnak az általános populációban. Klinikai populációknál a pszichoaktív szerhasználat a major depresszív betegséggel 24,7-46%-os, a PTSD-vel 27%-os komorbiditást mutatott. Az internalizáló betegséget mutató fiataloknál a szorongás és a depresszió 9-19%-ban társult pszichoaktív szerhasználattal (lányoknál az arányok magasabbak voltak). A megfigyelések szerint a gyermekkori internalizáló kórképek időben megelőzik a pszichoaktív szerhasználatot, növelik annak megjelenési valószínűségét. Arra is vannak adatok, hogy a pszichoaktív szerhasználat növeli az internalizáló kórképek megjelenését. Az internalizáló kórképek kezelése és a később megjelenő pszichoaktív szerhasználat között a kapcsolat nem egyértelmű: nem biztos, hogy a kezelésnek ebben a tekintetben van eredménye [39].

#### **Externalizáló kórképek**

A serdülőkori marihuána-használók 72%-a két vagy több pszichiátriai szindrómával rendelkezett a terápiába kerüléskor. Az ADHD és a magatartászavar (CD) volt a leggyakoribb kórkép. Alkoholfüggő serdülők esetében is az ADHD, a CD, a PTSD és a major depresszív zavar voltak a leggyakoribbak. 13-18 éves ADHD miatt kezelt gyermekek esetében - a kontroll csoporttal összehasonlítva (nem ADHD-sek) - nem találtak különbséget az alkoholhasználatban, de az ADHD-s gyerekek több alkohollal kapcsolatos problémáról számoltak be. Gyakrabban voltak részegek és dohányoztak. A kontroll csoporttal összehasonlítva, korábban kezdtek dohányozni, illetve próbálták ki a marihuánát. Az önmedikalizációs hipotézisnek megfelelően, az externalizáló kórképek megelőzték a marihuána-használatot serdülők esetében [40]. A nem kezelt ADHD növeli a későbbi pszichoaktív szerhasználat kockázatát [41]. Protektív tényezőnek bizonyult a serdülőkori externalizáló viselkedésekkel kapcsolatban a szülői monitorozás és amerikai mintán az iskola hatása [42].

#### **Akut intoxikáció és a súlyosabb elvonási tünetek kezelése**

##### **Ajánlás3**

**Az akut intoxikáció és a súlyosabb elvonási tünetek kezelése gyermek belgyógyászati, ill. intenzív terápiás osztályon történjen [43].**

Ajánlás rangsorolása: A

Elsősorban a túladagolások, kisebb részben az elvonások kezelése tartozik ide. Ennek részletes bemutatása elsősorban nem a pszichiátriai vagy az addiktológiai irányelvek része, mivel általában sürgősségi (oxiológiai, belgyógyászati, toxikológiai) ellátást igénylő kórképekről van szó. Életveszélyes állapotok esetén a szívműködés

és a szabad légzés biztosítása alapvető; ezek az állapotok ambulánsan nem láthatók el, mert az akut állapot lezajlása után is egy-két napos obszervációt igényelnek. Specifikus antagonist terápia csak opiát (heroin) túladagolásnál van (naloxon). Egyebekben a tüneti kép az irányadó súlyos és erőszakos cselekményekhez vezető paranoid állapotokban, súlyos szorongással járó hallucinációk esetén, a pszichoaktív szerhasználat által indukált pszichotikus állapotokban, szorongásos betegségekben a tüneti kép alapján kell eljárni. Hallucinációs tünetek esetén, az obszerváció során, fontos elkülöníteni a drog indukálta pszichózis jelenségét, mely esetében a drog kiürülésével párhuzamosan a pszichotikus tünetek 1-2 héten belül egyértelműen megszűnnek, ez esetben tartós antipszichotikus kezelést a továbbiakban nem igényel, ellenkező esetben igen. Az „új pszichoaktív anyagok” intoxikációja erőteljes, egyben kiszámíthatatlan vegetatív és elsősorban kardiorespiratórikus rendszert érintő, valamint egyes esetekben görcsküszöb csökkenéssel járó állapot, ezért kórházi obszerváció javasolt. Az elvonás bizonyos esetekben járhat életveszélyes állapottal (pl. alkohol vagy szedatívum, altató, anxiolitikum, GHB, új pszichoaktív szer elvonás).

Összefoglalóan, kórházi obszerváció javasolt súlyos szomatikus (görcs, kardiorespiratórikus labilitás), vagy pszichés tünetekkel (hallucináció, pszichotikus tünetek, agresszív tünetek) járó akut intoxikáció esetén. Továbbiakban lásd a 002078-as irányelvet.” A gyermek és serdülőkori akut mentális tünetek és /vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról” Egészségügyi Közlöny, 2018. 12. 19.

### Szerhasználati zavarok kezelése

#### Ajánlás4

**A szerhasználat zavara és a viselkedési addikciók kezelése gyermekaddiktológus vagy gyermekpszichiáter szakorvos vezetésével működő, multiprofessionális team által történjen**

Ajánlás rangsorolása: C

Gyermekaddiktológus vagy gyermekpszichiáter szakorvos vezetésével működő, multiprofessionális team által végzett kezelés [44]. Sokszor a kezelés előtt az elvonási tüneteket kell menedzselni itt megfontolandó a fekvőbetegellátás (gyermekgyógyászat, gyermek intenzív osztály, gyermek és ifjúságpszichiátria). Irányadóként azt mondhatjuk, kórházi obszerváció javasolt a szomatikus dependenciát okozó szerek rendszeres használata esetén a megvonás első 7-10 napja idejére, viszont nem szükséges olyan szerek használata esetén, mely megvonása során súlyos szomatikus dekompenzáció veszélye nem áll fenn (pl. kannabisz növény).

A függőség (addikció) kezelése nagyjából gyermekpszichiátriai vagy gyermekaddiktológiai járóbetegellátás keretében történik.

A gyermek addiktológiai ellátások célcsoportjai: életkor szerint 10-18 év.

A függőség kezelésének célja:

A mai kezelése a függőséget (addikciót) elsődleges, krónikus, relapszusokkal gyógyuló betegségnek tartják, ami érinti az agyi jutalmazó-, motivációs, memória- és a kapcsolódó rendszereket [45]. Az addikt személy képtelen a tartós absztinenciára (A), viselkedésszabályozása károsodott (B), sóvárog (craving, C), csökkent a jelentős problémák iránti felismerőképessége (D), emocionális reakciója diszfunkcionális (E). A felépülés az önmenedzselés, a kölcsönös támogatás és a szakosított segítség kombinációjával érhető el. A cél a felépülés, azaz nem pusztán az absztinencia, a szermentes életforma kialakítása.

A felépülés meghatározása (a Betty Ford Intézet által szervezett konszenzuskonferencia alapján) [46]. A felépülés konszenzusos definíciója: „olyan, önként fenntartott életmód, amely magában foglalja a józanságot, a személyes egészséget és az állampolgári létet.” Az absztinencia helyett a józanság fogalmát javasolják használni, amely „magában foglalja a kontrollt, a kiegyensúlyozottságot és a mértékletességet”. Elismerik a gyógyszerrel kísért józanság fogalmát. Meghatározták a józanság fázisait. „Korai” józanság: 1-12 hónap; „Fenntartott” józanság: 1-5 év; „Stabil” józanság: 5 év felett. Ezek a meghatározások kijelölik a kezelés és utókezelés céljait és időtartamát. A tapasztalatok szerint a kezelés-ellátás, az öngyógyító csoportban való részvétel jó, ha 12 hónapig tart. Az eredmények a 3. hónaptól jelentkeznek, erőteljesebben pedig a 6. hónaptól mutatkoznak, de a visszaesések elkerülése miatt hasznos a 12 hónapos kezelési - ellátási időtartam. Általában minél hosszabb időt tölt el a kliens/pacienst a kezelésben, annál valószínűbb, hogy absztinens, illetve józan lesz, a kezelési modalitástól szinte függetlenül [47]. Az adherencia, illetve a compliance viszont terápiás modalitásonként eltérő lehet [48]. A felépülés fogalmának léteznek más alternatív definíciói is (pl. SAMHSA munkadefiníció [49]), jelen irányelv azonban a fentiekben leírtak szemléletét követi).

A multidiszciplináris team (gyermekpszichiáter vagy addiktológus, klinikai gyermekpszichológus, addiktológiai konzultáns, gyermek és ifjúságpszichiátriai és addiktológiai konzultáns, ápoló, szociális munkás, mentálhigiénés szakember, szükség szerint jogász vagy más munkatárs) által végzett kezelése szorosan kapcsolódnak a közösségi ellátásokhoz: közösségi ellátások és alacsony-küszöbű programok. Utóbbiak egyik feladata, hogy megkereső módszerekkel (köztük pl. asszertív megkereséssel) felkutassák és a kezelés irányában motiválják a pszichoaktív anyagot használó gyerekeket, serdülőket és fiatalokat. A gyermekvédelmi szakszolgálatokkal történő együttműködés is indokolt, illetve a jogszabályok által meghatározott esetekben kötelező. Az asszertív megközelítéseknek és a motivációs interjú szemléletének megfelelően a „nem motivált - ezért nem kezelhető”

kitétel nem tartható. A serdülő korosztály megközelítése különbözik a felnőtt korosztálytól a kezelésbe jelentkezés önkéntes motiváció elvárásának tekintetében. Gyakran első alkalommal szülői nyomásra vagy gyermekvédelmi intézkedés hatására érkeznek a serdülő, részleges vagy teljesen hiányzó saját motiváltság mellett. Amennyiben a serdülő teljes ellenállást tanúsít, nem javasolt gondozásba vételre kötelezése, mert az ellenállás tüzelésével fokozódhat a szerhasználati magatartás. Részleges saját motiváció esetén azonban javasolt időhatáros, 3-5 alkalmas konzultációban megegyezni, melynek során a részletesebb diagnosztikai lehetőség révén feltérképezhetjük az esetleges komorbid pszichiátriai zavarokat, információ átadás révén ártalomcsökkentést, motivációs interjútechnika alkalmazásával motivációfokozódást, szupportív technikák révén már terápiás hatást is tudunk elérni. Megerősödött elköteleződés esetén további terápiára szerződhetünk.

#### Alkalmi szerhasználat kezelése

A serdülő korosztály jelentős része még nem függőség, hanem alkalmi szerhasználat miatt kerül szakember elé. Ebben az esetben szomatikusan veszélyes megvonással nem kell számolni, ezért kórházi obszervációra, illetve gyógyszeres kezelésre a szerhasználat vonalán nincs szükség (komorbid pszichiátriai kórkép, pl. depresszió esetén felmerülhet), ekkor még a pszichoterápiás beavatkozások dominálnak.

#### Akut megvonás kezelése

##### Ajánlás5

**Pszichoaktív szer akut megvonása esetén a tünetek súlyosságától függően fekvőbeteg ellátó helyre vagy járóbeteg ill. közösségi ellátásba kell a személyt irányítani [28]**

Ajánlás rangsorolása: A

Ha a megvonás alatt álló személynél epilepsziás roham jelentkezik, delírium szempontjából kockázatot mutat, vagy 16 éven aluli, azonnali kórházi felvétel javasolt. Továbbiakban lásd a 002078 számú irányelvben: „A gyermek és serdülőkorú akut mentális tünetek és /vagy viselkedési problémák sürgősségi ellátásáról”. Egészségügyi Közlöny, 2018. 12. 19.

A kórházban a szer megvonásának kezelésében képzett személy általi azonnali állapotfelmérés, orvosilag felügyelt megvonás javasolt.

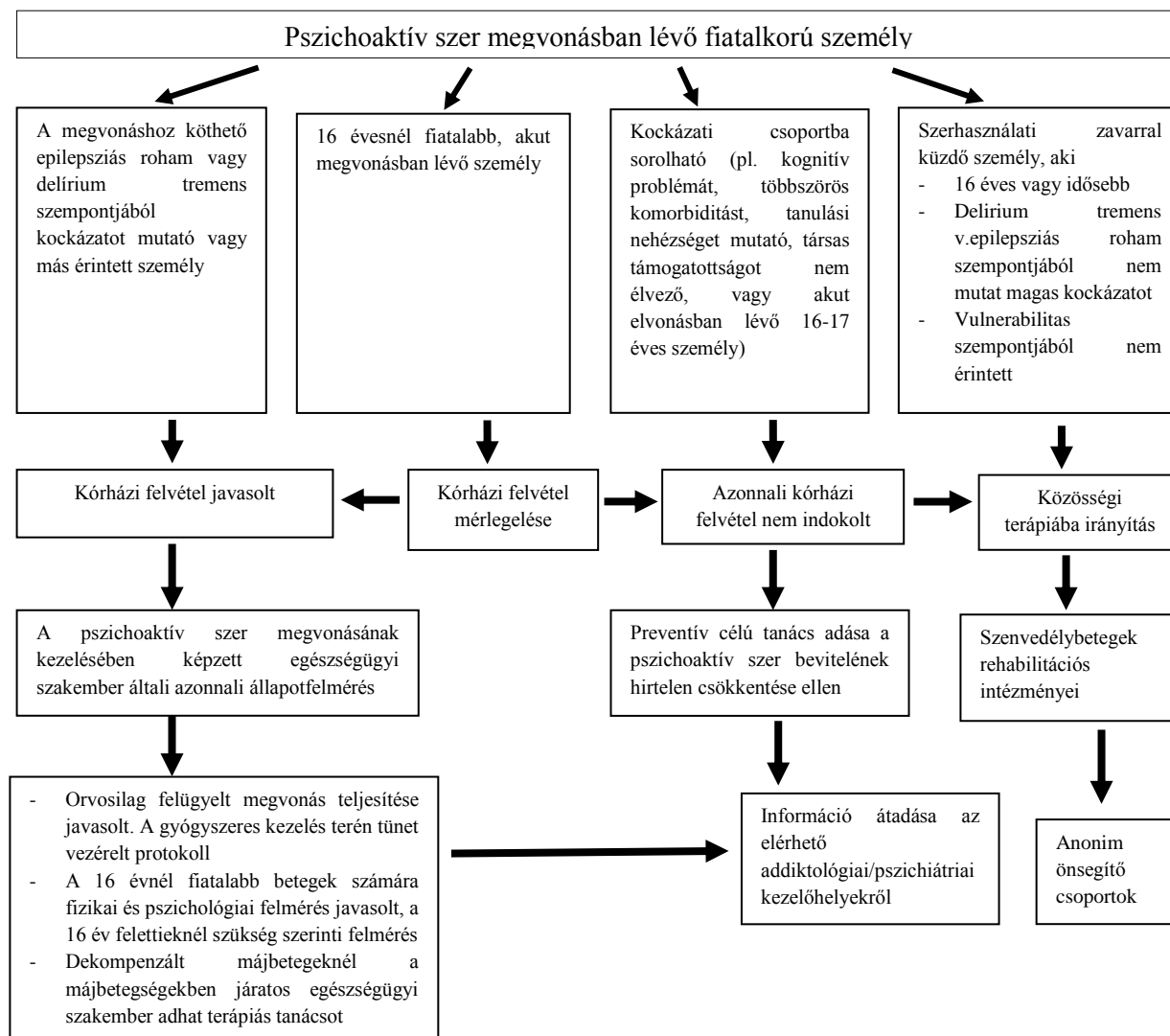
Kockázati csoportba sorolható személyeknél (kognitív problémák, többszörös komorbiditás, tanulási nehézségben szenvedő, társas támogatottságot nem élvező, 16-17 év közötti) eseteknél a kórházi felvétel az akut megvonás idejére mérlegelendő.

Kockázati csoportba nem tartozó személyeknél a következő lehetőségek vannak:

Közösségi terápiába, addiktológiai rehabilitációs intézetbe, öngyógyító csoportokba irányítás.

Preventív célú tanácsadás a pszichoaktív szer hirtelen csökkentése ellen, információnyújtás az elérhető addiktológiai ellátóhelyekről. (Lásd 1. sz. folyamatábra).

**1. sz. folyamatábra:** Akut pszichoaktív szer megvonásban lévő fiatalkorú személy ellátása



**Akut fázis kezelése**

**Ajánlás**

**A szerhasználat akut fázisában korai intervenciónál különösen serdülőknél a motivációs technikák az elsődlegesek**

Ajánlás rangsorolása: A

A fiatalkorúak populációja jelentősen eltér a felnőtt populációtól mind a szerhasználati zavar, mind a viselkedési addikciók felismerésének és belátásának tekintetében. Az addiktív kórképek tüneteit mutató tizenévesek - mint arra utalás már a fentiekben is történt - sok esetben tekinthetők ún. diagnosztikai árváknak, vagyis bár rendelkeznek a zavarhoz köthető, akár súlyos tünetekkel is, azok száma nem mindig éri el a diagnosztikailag elégséges szintet. A fiatalkorúak továbbá kevésbé fordulnak önszántukból szakmai segítséghez [50]. Ennek oka lehet a felnőtt esetekhez viszonyítva rövidebbnek mondható szerhasználati, vagy kényszeressé váló viselkedéshez köthető múlt, az addiktív zavar negatív következményeinek kisebb száma, vagy a belátás hiánya, illetve a kortársak fokozottabb normalizációs, a szerhasználatot számos esetben fenntartó hatása [51].

Ennek következtében a fiatalkorúak populációjában a korai intervenció esetén még fokozottabb jelentőséget kapnak azok a technikák, amik a viselkedésváltozást elősegítő motivációt kialakítják, vagy növelik. A korai intervenció során tehát az tekinthető elsődleges célnak, hogy a fiatalkorú kliens felismerje az addiktív viselkedés lehetséges negatív következményeit és átlássa az életében jelen lévő nehézségek, problémák addiktív viselkedéssel mutatott összefüggéseit.

**Motivációt fokozó technikák**

A Miller és Rollnick (1991) nevéhez köthető motivációs interjú technikáján alapuló motivációt fokozó terápia a tartós viselkedésváltozáshoz szükséges belső motiváció kialakítása révén képes hosszútávú pozitív terápiais

kimenetet eredményezni serdülők populációjában is [52]. Walker és munkatársai (2011) 310 rendszeres kannabiszfogyasztó középiskolás diák mintáján, randomizált kontrollvizsgálat keretein belül, 3 és 12 hónapos utánkövetéses periódus segítségével igazolták a motivációt fokozó terápia hatékonyságát [53]. A véletlenszerűen a motivációt fokozó terápiás csoportba sorolt diákok kannabiszhasználati gyakorisága 3 hónap után jelentős csökkenést mutatott, majd ezen alacsonyabb használati gyakoriság 12 hónap elteltével szinten maradt vagy tovább csökkent. Mc Cambridge és Strang (2004) randomizált kontrollvizsgálatukban 200 serdülőt véletlenszerűen sorolt be motivációs interjú alkalmazó terápiás csoportba vagy a kontrollhelyzetet jelentő, terápiás intervenció nélküli edukációs csoportba [54]. A serdülők szerhasználatát önjellemzés, kortárs interjúk, illetve hajminták elemzésével egyaránt monitorozták. Az intervenciót követő harmadik hónapban a motivációs interjú csoport esetében szignifikáns csökkenés mutatkozott a nikotin-, alkohol- és kannabiszhasználat gyakoriságában, míg ugyanez a kontrollcsoportnál nem volt megfigyelhető.

A serdülőkorban megjelenő viselkedési addikciók motivációt fokozó terápiás módszerrel való kezelésének hatékonyságát illetően a szakirodalom jelenleg még hiányosságokat mutat. Poddar és munkatársai (2015) egy esettanulmány keretein belül ismertetik a kombinált kognitív-viselkedésterápia/motivációt fokozó terápia eredményességét problémás online játék és internet-addikció esetén [55]. A bemutatott kliens (14 éves, problémás online játékkal és internet addikcióval érkező fiú) a terápia hatására csökkentette az interneten töltött idő heti hosszát, illetve a Young-féle Internet Addikció Teszten (Young, 1998) elért pontszáma szintén jelentősen alacsonyabbá vált (83-ról 48 pontra csökkent) [56]. Pietrzak és munkatársai (2003) a serdülőkori patológiás szerencsejáték kezelési alternatíváit áttekintve a kombinált kognitív-viselkedésterápia/motivációt fokozó terápia alkalmazását tekintik a leghatékonyabb terápiás lehetőségnek [57].

Összességében elmondható, hogy a motivációt fokozó terápia módszere rövid időbeli terjedelme mellett is hatékony alternatívát jelent a serdülőkori addikciós kórképek kezelésében, és különösen olyan fiatalok kliensek esetében javasolt az alkalmazása, akik kezdetben a viselkedés megváltozására, később pedig egy esetleges hosszabb terápiás elköteleződésre nem motiváltak. Legnagyobb hatékonysággal azonban kognitív-viselkedésterápiás elemek kombinálásával alkalmazható [58].

Kivitelezés: egyéni formában; önmagában nem, hanem más terápiás beavatkozásokra történő motiváció céljából alkalmazzák.

Ellátási szint: ambuláns, fekvőbeteg-ellátás.

Kezelés időtartama: 1-3 ülés [59, 29]. Az egy üléses változatot szokás motivációs interjúnak vagy „rövid intervenciónak” nevezni, a 3 üléses változat a MET, azonban a terminológia nem egységes [28, 29].

### **Hosszú távú kezelésbe vétel Családfókuszú kezelési módok**

#### **Ajánlás7**

#### **A hosszútávú ellátás esetén a család-fókuszú kezelési módok ajánlottak.**

Ajánlás rangsorolása: A

A család a serdülőkori fejlődés szempontjából az egyik legmeghatározóbb mikroszisztéma. Ily módon a családi háttér a fiatalkori addikciós kórképek szempontjából egyaránt betölthet kockázati és protektív szerepet. A serdülőkori szerhasználat szempontjából kiemelhető a szülő-serdülő kommunikációjának minősége, a szülői monitorozás és felügyelet megléte/jellege, a szülők bevonódása a tizenéves mindennapi elfoglaltságait és kortárs kapcsolatait illetően, a család problémamegoldó stratégiáinak jellege és a szülői modellnyújtás képessége/milyensége [60].

A családterápiás módszerek meglehetősen széles választéka (pl. multidimenzionális-, multiszisztémás-, funkcionális-, strukturális családterápia) áll rendelkezésre, e módszerek hatékonyságában pedig nem mutatkozik lényeges különbség a fiatalkori addikciós kórképek kezelésében, így a terápiát végző szakemberek rugalmasan választhatnak az alkalmazott intervenció típusát illetően.

Hendriks és munkatársai (2012) randomizált kontrollvizsgálatukban a kognitív-viselkedésterápia és a multidimenzionális családterápia hatékonyságát hasonlították össze kannabiszhasználati zavarral kezelt serdülők mintáján (n=109) [61]. Eredményeik közül kiemelhető, hogy míg az idősebb serdülők (17-18 éves korosztály) számára a kognitív-viselkedésterápia bizonyult hatékonyabb kezelési módnak, addig a 17 évnél fiatalabb serdülők esetén a multidimenzionális családterápia mutatkozott kedvezőbb intervenció választásnak. A multidimenzionális családterápia továbbá azon fiatalok klienseknél is pozitívabb változásokat idézett elő, ahol a kórtörténetében magatartás, vagy oppozíciós zavar is megjelent. Ezen eredményekkel párhuzamba állítható Kumpfer (2014) megállapítása, miszerint a családterápiás módszerek alkalmazása a fiatalkori szerhasználati zavar prevenciójában is kiemelt szerepet tölthet be [62]. Szintén a multidimenzionális családterápia hatékonyságát támasztotta alá Henderson és munkatársainak (2010) vizsgálata, akik két, szerhasználó serdülőkkel végzett randomizált kontrollvizsgálat eredményeit összesített módon elemezve arra a konklúzióra jutottak, hogy a multidimenzionális családterápia súlyosabb szerhasználati zavar és magasfokú pszichiátriai komorbiditás esetén is elsődleges kezelési alternatívát jelenthet [63].

Waldron és Turner (2008) meta-analízisük keretein belül családterápiás módszerek (pl. rövid stratégiás-, funkcionális-, multidimenzionális-, multiszisztémás-, erősség- fókuszú-, integratív családterápia) hatékonyságát hasonlították össze [64]. Ezen módszerek/szemléletmódok közül a multidimenzionális és a funkcionális családterápia eredményességére hívták fel a figyelmet tizenéves szerhasználók esetén. Becker és Curry (2008) összesen 31 fiatalkorú szerhasználó mintáján végzett randomizált vizsgálat eredményeit tekintette át, és szintén az ökológiai szemléletű (pl. multidimenzionális, multiszisztémás) családterápiás módszerek evidencia-alapú hatékonyságát emelték ki [65]. A multidimenzionális, multiszisztémás és funkcionális családterápia eredményességét támasztotta alá Vaughn és Howard (2004) kombinált meta-analízise/evidencia-minőség elemzése [66].

A fiatalkorban jelentkező problémás internethasználat és online játék családterápiás kezelését illetően Peukert és munkatársai (2010) meglátása alapján a terápia kimenetét (internethasználati gyakoriság csökkenése, tartós viselkedésváltozásra irányuló belső motiváció kialakulása) kedvezően befolyásolja, ha a kliens hozzátartozói is intervencióban részesülnek [67]. Orzack és Orzack (1999) serdülőkori internetfüggőség esetén multidiszciplináris terápiás megközelítést javasol, melyben a farmakoterápia, családterápia és az esetenedzsmet egyaránt szerepet kap [68]. Kuss és Lopez-Fernandez (2016) szisztematikus szakirodalom áttekintésük során a serdülőkori és felnőttkori problémás internethasználat és internetfüggőség kezelési lehetőségeit egyaránt tekintetbe véve megállapították, hogy a fiatalkorú kliensek számára különösen eredményesnek bizonyul a családterápiás módszerek alkalmazása [69].

A fiatalkori patológiás szerencsejáték rendszerszemléletű kezelését és megelőzését illetően az elérhető szakirodalmi eredmények alapján kiemelten fontosnak tekinthető az iskolarendszer és a család/szülők hatékony együttműködése [70]. A családterápiás intervenciók hatására javuló családi kohézió az egyik legfontosabb protektív tényezőnek bizonyul a serdülőkori szerencsejáték súlyosbodásának megelőzésében [71].

Kivitelezés: családtagok, de lehetnek olyan munkafázisok, amikor csak a szülővel, illetve a gyermekekkel zajlanak az ülések [29].

Ellátási szint: elsősorban ambuláns, illetve fekvőbeteg-ellátás, de ez az a kezelés, ami a legrugalmasabban és a legtöbb ellátási formában alkalmazható [29].

A korai intervenció a fiatalkorúak esetében gyakran vezet el gyors viselkedésváltozáshoz. A hosszútávú felépülés folyamatában azonban visszatérő relapszusok jelentkezhetnek. Ennek kapcsán a folytatólagos ellátás részeként jelen irányelv is javasolja a fiatalkorúak önszabályozó-csoportba irányítását, kontrollvizsgálatra visszahívását, valamint az elsősorban kortárs segítővel végzett közösségi intervenciók alkalmazását [72].

## **Kognitív viselkedésterápiák**

### **Ajánlás8**

#### **Kognitív viselkedésterápia mind a szerhasználó, mind a viselkedési addikcióban szenvedő serdülők kezelésére ajánlott**

Ajánlás rangsorolása: A

A kognitív-viselkedésterápiás megközelítések központi feltételezése szerint a nem kívánt, maladaptív viselkedés kognitív folyamatok, pl. automatikus gondolatok eredménye, melyek befolyásolják az egyén környezeti észlelését, értelmezési módját és jelentéstulajdonítását is, ily módon a viselkedésváltozás feltétele a kognitív folyamatok módosítása [73]. Az addikciós kórképpel kezelt fiatalkorúakkal végzett kognitív-viselkedésterápia az önszabályozási és megküzdési készségek fejlesztésével segít abban, hogy felismerjék az addiktív viselkedés háttérben lévő kiváltó tényezőket. Azért, hogy eredményesen tudjanak alkalmazni olyan stratégiákat, melyek elősegíthetik az addikció szempontjából kockázatosnak tekinthető helyzetek elkerülését vagy kezelését, valamint, hogy olyan kommunikációs és problémamegoldó készségek birtokába kerüljenek, amik hosszútávon is protektív hatást gyakorolhatnak az addiktív magatartást illetően [74].

Szerhasználó fiatalkorúak esetében a kognitív-viselkedésterápia akkor bizonyul a leghatékonyabbnak, ha a szerhasználatot komorbid zavar is kíséri [75]. Waldron és Kaminer (2004) szakirodalmi áttekintésük alapján megállapították [76], hogy a randomizált kontrollvizsgálatok eredményei szerint a hagyományos kognitív-viselkedésterápia kedvező hatást képes kiváltani szerhasználó fiatalkorúak esetében is. Du és munkatársai (2010) randomizált kontrollvizsgálatukban a csoportban végzett kognitív-viselkedésterápia pozitív terápiás kimeneteiről számoltak be problémás internethasználatot kezelt fiatalkorúak 56 fős mintáján [77]. Clarke és Skokauskas (2009) patológiás szerencsejáték miatt kezelt serdülőkkel végzett vizsgálatokat (23 tanulmányt) tekintett át, megállapítva, hogy ezen esetekben is eredményesnek mutatkozik a kognitív-viselkedésterápiás megközelítésmód [78].

## Traumafeldolgozás

### Ajánlás9

#### **Traumatisztalt fiatalokorúak alsopotrtjában a hagyományos kognitív viselkedésterápia helyett az ún. trauma fókuszú kognitív viselkedésterápia javasolt**

Ajánlás rangsorolása: B

Az addiktív viselkedés ilyen esetekben gyakran értelmezhető a traumára adott maladaptív válaszként, ily módon, a terápia során a traumafeldolgozás mellett az addiktív viselkedés kezelése is kiemelt szerepet kap. A trauma-fókuszú kognitív-viselkedésterápia hatékonyságát az elmúlt évtizedben számos vizsgálat igazolta. Goldbeck és munkatársai (2016) 159 traumatizált fiatalokorú (7-17 év közötti) mintáján, vak párhuzamos csoporton végzett randomizált kontrollvizsgálat keretein belül igazolta a trauma-fókuszú eljárás hatékonyságát, mely elsősorban a depresszió, a szorongás és a poszttraumatikus kogníciók tekintetében mutatott pozitív irányú hatást [79]. Jensen és munkatársai (2014) 156 traumatizált fiatalokorú mintáján randomizált kontrollvizsgálatukban az ún. szándékolt kezelés szerinti elemzés (intention-to-treat analysis) módszerét alkalmazva hasonlította össze a trauma-fókuszú és a hagyományos kognitív-viselkedésterápia hatékonyságát, kiemelve, hogy a trauma-fókuszú módszer eredményesebbnek bizonyult a poszttraumás stressz zavar (PTSD) tüneteinek, a depresszió mértékének, illetve a funkcionális zavar súlyosságának csökkentésében [80].

Kivitelezés: egyéni vagy csoportos formában; az egyéni CBT eredményesebb [46]. Hasznosak lehetnek a szerhasználó serdülők számára, a szülőknek tartott viselkedéses terápia (pl. visszautasítási és problémamegoldási készségek tréningje) [81].

Ellátási szint: ambuláns, fekvőbeteg- és rehabilitációs ellátás [29].

Kezelés időtartama: 5-7-12 ülés [59]. Javasolt a „booster” ülés vagy az utókezelés.

## Drog szűrőteszt

### Ajánlás10

#### **A kezelés hatékonyságát a random módon végzett drog teszt javítja**

Ajánlás rangsorolása: B

A random időpontban vagy meghatározott rendszerességgel alkalmazott drog-tesztelés mind a felnőttek, mind a fiatalokorúak ellátásának hatékony eleme lehet [82]. A jellemzően a kontingencia menedzsment körébe eső eljárás azonban csak akkor tekinthető terápia szempontról hatékonyra, ha a drog-tesztelést minden esetben visszajelzés kíséri. Pozitív tesztminta esetén - vagyis amennyiben kimutatható valamilyen pszichoaktív szer - negatív visszajelzés (pl. akár a kezelésből való kizárás), negatív tesztminta esetén pedig a jutalmazás tetszőleges formája az, ami növelheti a tesztelés eredményességét.

Schuler és munkatársai (2014) három kezelési forma

- önmagában biológiai drogszűrés (tesztelés);
- kombinált kognitív-viselkedésterápia/motivációt fokozó terápia;
- drog-tesztelés kombinálása kognitív-viselkedésterápiával, illetve motivációt fokozó terápiával hatékonyságát hasonlították össze 5186 szerhasználati zavarral kezelt tizenéves mintáján [83]. Eredményeik szerint az önmagában alkalmazott drog-tesztelés módszerével szignifikánsan alacsonyabbá vált a szerhasználat gyakorisága, mint a kombinált terápia csoportok esetében. Ez a különbség ráadásul a 12 hónapos utánkövetésnél is fennmaradt. Stanger és munkatársai (2009) hasonló eredményről számoltak be. Randomizált kontrollvizsgálatuk (n=69) alapján elmondható, hogy a drog-teszteléssel kísért kombinált kognitív-viselkedésterápia/motivációt fokozó terápia a vizsgált 14-18 év közötti, kannabiszhasználatuk miatt kezelt serdülők esetében hatékonyabbnak bizonyult, mint a drog-tesztelés nélküli pszichoterápiás intervenció [84].

Krishnan-Sarin és munkatársai (2006) egy iskolában implementált kontingencia-menedzsment program vizsgálata (randomizált kontrollvizsgálat, n=28) során megállapították, hogy a szén-monoxidra történő légzésvizsgálat és a vizelet kotinin (nikotin metabolitja) koncentrációjának mérése kognitív-viselkedésterápiás elemek kíséretében szignifikánsan megnövelte a dohányzó tizenévesek absztinencia-arányát [85].

A klinikai gyakorlat, az addiktológiai ellátás praktikuma szempontjából fontos eredmény, hogy a szerhasználati zavarral küzdő serdülők többsége Levy és munkatársai (2011) tanulmánya alapján önként is hajlandó a kezelést részeként rendszeresen vizeletmintát adni [82].

A hazai ellátásban elterjedt drog-tesztet egyszerűen beszerezhetőek (pl. patikából) és jellemzően az alábbi típusú illegális pszichoaktív szerek kimutatására alkalmasak: amfetamin/metamfetamin, benzodiazepin, kokain, THC (kannabisz), opiátok/metadon. Az új pszichoaktív szerek gyors tesztelést való kimutatása jelen pillanatban még nem megfelelően megoldott.

## **Alternatív kezelési módok**

### **Ajánlás11**

#### **Spirituális szemléletű absztinencia orientált segítő csoportokban a 12 lépéses programok ajánlottak**

Ajánlás rangsorolása: C

A programok az alábbi 12 lépésen keresztül segítik elő a felépülést, illetve a józanság megtartását:

1. Beismertük, hogy tehetetlenek vagyunk az alkohollal szemben - hogy életünk irányíthatatlanná vált.
2. Eljutottunk arra a hitre, hogy egy nálunk hatalmasabb Erő helyreállíthatja lelki egészségünket.
3. Elhatároztuk, hogy akaratainkat és életünket a saját felfogásunk szerinti Isten gondviselésére bízunk.
4. Félelem nélkül mélyreható erkölcsi leltárt készítettünk magunkról.
5. Beismertük Istennek, magunknak és egy embertársunknak hibáink valódi természetét.
6. Teljességgel készen álltunk arra, hogy Isten megszabadítson bennünket mindezekről a jellemhibáktól.
7. Alázatosan kértük őt hiányosságaink felszámolására.
8. Listát készítettünk mindazokról, akiknek valaha kárára voltunk, és hajlandóvá váltunk mindnyájuknak jóvátételt nyújtani.
9. Közvetlen jóvátételt nyújtottunk nekik, ahol lehetséges volt, kivéve, ha ez sérelmes lett volna rájuk, vagy másokra nézve.
10. Folytattuk a személyes leltár készítését, és haladéktalanul beismertük, amikor hibáztunk.
11. Igyekeztünk ima és meditáció útján elmélyíteni tudatos kapcsolatunkat a saját felfogásunk szerinti Istennel, csak azért imádkoztunk, hogy felismerjük velünk kapcsolatos akaratait, és hogy legyen erőnk a teljesítéséhez.
12. E lépések eredményeként spirituális ébredést éltünk át, megpróbáltuk ezt az üzenetet alkoholistákhoz eljuttatni, és ezeket az elveket életünk minden dolgában érvényre juttatni.

Kelly és munkatársai megállapították, hogy a tizenévesek esetén a 12 lépéses program pozitív terápiás hozadékai ellenére azért magas a kiesési arány, mert nehezebben fogadják el az élethosszig tartó absztinencia feltételét, kevéssé tudnak kapcsolódni az idősebb kliensek életproblémáihoz (pl. munkanélküliség, válás, egészségügyi problémák, szülői felelősség). Az idegrendszer érési folyamatainak megfelelően sok esetben impulzívabbak, nehezebben azonosulnak a spirituális szemlélettel, illetve esetenként gondot okoz számukra az egyes „lépések” követése [86].

A 12 lépéses programok hatékonyságvizsgálatai közül módszertani szempontból kiemelhető Kelly és munkatársainak legújabb kutatása (2017), melyben az ún. integrált, 12 lépést facilitáló terápia (iTTF) hatékonyságát hasonlították össze a motivációt fokozó terápia, illetve a kognitív-viselkedésterápia eredményességével randomizált kontrollált vizsgálat módszerével, 59 tizenéves bevonásával, 3, 6 és 9 hónapos utánkövetéssel. Eredményeik szerint a vizsgált terápiás eljárások között nem volt szignifikáns különbség az absztinencia elérésének és fenntartásának szempontjából [87].

Összességében azonban elmondható, hogy a tizenévesekre vonatkozó 12 lépéses programok hatékonyságával kapcsolatos eredmények alacsonyabb szintű bizonyítékokon alapulnak, melyeknél az ok-okozati összefüggés nehezen azonosítható, illetve nem kizárható a szisztematikus hiba és a nem kontrollált változók háttérhatása.

## **Online önssegítő és terápiás programok**

### **Ajánlás12**

#### **Online önssegítő és terápiás programok a motivációs fázisban és relapszus profilaxisban egyaránt ajánlottak**

Ajánlás rangsorolása: B

A kognitív terápiák és a motivációs interjú alapelveit használják fel az online önssegítő, illetve terápiás programok (pl. előnyök/hátrányok, célkitűzés, kockázatos helyzetek meghatározása, relapszus prevenciók terv, a napi használat naplózása: milyen társas helyzetben fordult elő a szerhasználat, mit gondolt előtte, hogyan érezte magát utána. Amennyiben nem használt, jelentkezett-e sóvárgás, - ha igen, az előző kérdések megválaszolása következik) [88, 89, 90]. Az önssegítő módszer alkalmazására egy példa a problémás kannabiszhasználók számára kifejlesztett kannabiszpont ([www.kannabiszpont.hu](http://www.kannabiszpont.hu)). A szűrést és a rövid intervenciót is lehet számítógéppel támogatni 12-18 éves korú fiataloknál, még a háziorvosi praxisban is [91].

## **Gyógyszeres beavatkozások**

### **Ajánlás13**

#### **Gyógyszeres kezelés elsősorban társuló pszichiátriai betegségek, akut intoxikáció, súlyosabb elvonási tünetek, drog indukált pszichózis esetén ajánlott**

Ajánlás rangsorolása: B



Gyógyszeres beavatkozás a következő esetekben merül fel:

- Komorbid pszichiátriai kórkép kezelése estén (pl. autizmus, ADHD)

Akut intoxikáció esetén a gyermek/ fiatal sürgősségi belgyógyászati, illetve toxikológiai ellátást igényel, ezért jelen irányelvnek nem része a kezelés részletezése. A kezelő feladata felismerni az intoxikáció jeleit. A szercsoportonként lebontott intoxikációs tüneteket az 5. sz. táblázat tartalmazza.

**5. sz. táblázat:** Pszichoaktív szerek esetén intoxikációs tünetek és jelek

Pszichoaktív szer típusa	Tünetek és jelek
Alkohol	<p><b>Enyhe-Közepes súlyosságú intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- koordinációs nehézségek</li> <li>- ataxia</li> <li>- nystagmus</li> <li>- belövellt konjunktíva</li> <li>- akadozó/elkent beszéd</li> <li>- stupor</li> <li>- ortosztatikus hipotenzio</li> <li>- gasztrointesztinális vérzés</li> </ul>
	<p><b>Súlyos intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- légzés-depresszió</li> <li>- kóma</li> <li>- halál</li> </ul> <p>(Serdülők esetén ritkán fordul elő krónikus szövödmény: pl. hasnyálmirigy gyulladás, cirrózis)</p>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ellenséges magatartás</li> <li>- fokozott izgatottság</li> <li>- pszichotikus állapot</li> </ul>
Kannabisz/ Hasis	<p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eufória</li> <li>- szenzoros stimuláció</li> <li>- belövellt konjunktíva</li> <li>- fényérzékenység</li> <li>- nystagmus</li> <li>- kettőslátás</li> <li>- fokozott étvágy</li> <li>- autonóm diszfunkciók (pl. tachycardia, hipertenzió, ortosztatikus hipertenzió)</li> <li>- átmeneti bronchodilatáció (légút tágulat)</li> </ul>
	<p><b>Krónikus intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- emlőduzzanat</li> <li>- reaktív légúti megbetegedés</li> <li>- alacsonyabb spermaszám</li> <li>- súlynövekedés</li> <li>- letargia</li> <li>- amotivációs szindróma</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pánik/pánik roham</li> <li>- delirium</li> <li>- pszichózis</li> <li>- flashback szindróma</li> </ul>
Hallucinogének (pl. LSD, varázsgomba, peyote,	<p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perceptuális (vizuális, auditoros) torzulások és hallucinációk</li> <li>- nystagmus</li> <li>- deperszonalizációs érzések</li> </ul>

látнокszálya)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- enyhe hányinger</li> <li>- tremor</li> <li>- tachycardia</li> <li>- hipertenzió</li> <li>- fokozott reflex</li> </ul>
	<p><b>Krónikus intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- flashback szindróma</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pánik/pánik roham</li> <li>- paranoia</li> <li>- pszichózis</li> </ul>
Inhalánsok (pl. N <sub>2</sub> O, oldószerek, csavarlazítók, ragasztóanyagok, hajtógáz)	<p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eufória</li> <li>- dezorientáció</li> <li>- szedáció</li> <li>- belövellt konjunktíva</li> <li>- a központi idegrendszer, a máj és a vesék akut mérgezése</li> <li>- nitrátok esetén hipoxémia, hipotenzió</li> </ul>
	<p><b>Krónikus intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perifériális idegek, központi idegrendszer, máj és vese károsodása</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- szívritmuszavar</li> <li>- szívmegállás</li> </ul>
Stimulánsok (pl. kokain, crack, amfetaminok, metilfenidát, kationon-származékok)	<p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- feldobottság</li> <li>- eufória</li> <li>- nyugtlanság</li> <li>- ingerlékenység</li> <li>- álmatlanság</li> <li>- dilatált pupilla</li> <li>- tachycardia</li> <li>- szívritmuszavar</li> <li>- mellkasi fájdalom</li> <li>- hipertenzió</li> <li>- étvágytalanság</li> <li>- magas láz</li> <li>- fokozott reflex</li> </ul>
	<p><b>Krónikus intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zavartság</li> <li>- szenzoros hallucinációk</li> <li>- pszichózis</li> <li>- paranoia</li> <li>- depresszió</li> <li>- orrbaszippantás esetén gyulladt nyálkahártya</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- szívmegállás</li> <li>- hipertenzív krízis</li> <li>- görcsroham</li> </ul>

Depresszáns gyógyszerek (benzodiazepin)	<p><b>Enyhe-Közepes súlyosságú intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- központi idegrendszer szedáció</li> <li>- pupilla szűkület</li> <li>- dezorientáció</li> <li>- elkent beszéd</li> <li>- táمولgó járás</li> </ul>
	<p><b>Súlyos intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- légzés depresszió</li> <li>- hipotermia</li> <li>- kóma</li> <li>- halál</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hiperexcitabilitás</li> <li>- gátolatlanág</li> </ul>
Narkotikumok (pl. heroin és egyéb opiátok, opiát-tartalmú gyógyszerek)	<p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eufória</li> <li>- pupilla szűkület</li> <li>- légzés depresszió</li> <li>- meglassúbodott pupilla reflex</li> <li>- szívverés lassulása</li> <li>- hipotenzió</li> <li>- székrekedés</li> </ul>
	<p><b>Krónikus intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intravénás használatból eredő komplikációk és szövödmények: Hepatitis B/C, HIV/AIDS, Szubakut bakteriális Endocarditis, agytályog</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- légzésbénulás</li> <li>- halál</li> </ul>

Forrás: [97, 98] alapján

- Drog indukált pszichózis esetén Hospitalizáció szükséges. Az antipszichotikus kezelés időtartama egyéni elbírálás szerinti, függ az előzményi adatoktól (ismétlődő epizód vagy egyedüli) illetve annak megítélésétől, hogy tisztán drog indukálta pszichózisról van-e szó, mely esetben a drog ürülésével párhuzamosan 1-2 héten belül teljesen megszűnnek a pszichotikus tünetek, vagy a droghasználat egy meglévő biológiai hajlamot provokál pszichotikus kórképek indulása irányában.
- Megvonási tünetek esetén törekedni kell arra, hogy amennyiben nincs egyéb terápiás indikációja a gyógyszer indításának, ebben az esetben a megvonási időszakban történő gyógyszeres támogatás a megvonást követően elhagyásra kerüljön. A legtöbb addiktológiai vonalon alkalmazott gyógyszer Magyarországon 18 év alatt - mint indikáción túli gyógyszer - csak egyéni OGYÉI engedéllyel kapható. Serdülőkorban külföldi ajánlásokban szereplő, megvonási időszakban alkalmazott gyógyszerkészítményeket, szercsoportonkénti lebontásban a 6. sz. táblázat tartalmazza.

**6. sz. táblázat:** Pszichoaktív szerek esetén megvonási tünetek és javasolt farmakoterápiás kezelés

Pszichoaktív szer típusa	Megvonás	
	Tünetek és jelek	Javasolt kezelés
Alkohol	<p><b>Enyhe-Közepes súlyosságú megvonás:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyugtalanság</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiamin Adagolás<sup>1,2</sup></li> <li>- 100 mg im.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitáció</li> <li>- Tremor</li> <li>- Fokozott érzékenység a szenzoriális ingerekre</li> <li>- Hányinger, hányás</li> <li>- Autonóm hiperaktivitás (tachycardia, hipertenzió, hipertermia)</li> <li>- Szorongás</li> <li>- Depresszió</li> <li>- Fejfájás</li> <li>- Álmatlanság</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Benzodiazepinek*</li> <li>- chlórdiazepoxide<sup>1</sup></li> <li style="padding-left: 20px;">Adagolás<sup>1</sup></li> <li>- 1. nap: 25-50 mg/ nap (4 részre osztva, tehát 6 óránkénti adagolásban)</li> <li>- 2-3. nap: 25 mg /nap (4 részre osztva, tehát 6 óránkénti adagolásban)</li> <li>- diazepam<sup>1</sup></li> <li style="padding-left: 20px;">Adagolás<sup>2</sup></li> <li>- 1-2. nap: 4 x 2.5 mg</li> <li>- 3. nap: 3 x 2.5 mg</li> <li>- 4. nap: 2 x 2.5 mg</li> <li>- 5. nap: 1 x 2.5 mg</li> <li>- clonazepam<sup>1</sup></li> <li style="padding-left: 20px;">Adagolás<sup>3</sup></li> <li>- 1-1,5 mg/nap, 2-3 adagra elosztva. Az adag 0,25-0,5 mg-mal emelhető 3 naponta, max. 0,2 mg/ttkg/nap</li> </ul> <p>(Megi: a fenti adagolás 10-16 év között biztonságos, azonban indikáción túli, engedély szükséges)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multivitaminok</li> </ul>
	<p><b>Súlyos megvonás:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Görcsroham</li> <li>- Hallucináció</li> <li>- Delirium</li> <li>- Halál</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Görcsroham esetén:</b></li> <li>- Benzodiazepinek</li> <li>- diazepam</li> <li style="padding-left: 20px;">Adagolás<sup>1</sup></li> <li>- 0,2-0,5 mg/kg, max. 10mg vagy 0,5mg/kg</li> <li>- <b>Hallucinációk esetén:</b></li> <li>- Haloperidol<sup>1</sup></li> <li style="padding-left: 20px;">Adagolás<sup>3</sup></li> <li>- Gyermekek 3-12 éves korig</li> <li>- kezdő dózis összesen 0,5 mg/nap, szájon át, lehetőleg több dózissra osztva</li> <li>- elérendő dózistartomány 1-4 mg/nap, szájon át, több dózissra osztva</li> <li>- maximális dózis 6 mg/nap, szájon át, több dózissra osztva</li> <li>- Serdülők 13-17 éves korig</li> <li>- kezdő dózis összesen 0,5 mg/nap, szájon át, lehetőleg több dózissra osztva</li> <li>- elérendő dózistartomány 1-6 mg/nap, szájon át, több dózissra osztva</li> <li>- maximális dózis 10 mg/nap, szájon át, több dózissra osztva.</li> </ul>
<p>Kannabisz/ Hasis</p>	<p><b>Krónikus használat esetén megvonás:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enyhe ingerlékenység</li> <li>- Agitáció</li> <li>- Álmatlanság</li> <li>- Fejfájás</li> <li>- EEG változások</li> <li>- Sóvárgás</li> <li>- Étvágytalanság</li> <li>- Szorongás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Páciens megnyugtató</li> <li>- <b>Fejfájás esetén</b></li> <li>- acetaminophen<sup>4</sup></li> <li style="padding-left: 20px;">Adagolás<sup>4</sup></li> <li>- 325-650 mg 4 óránként</li> <li>- ibuprofen<sup>4</sup></li> <li style="padding-left: 20px;">Adagolás<sup>4</sup></li> <li>- 200-400 mg 4 óránként (max. 1200mg/nap)</li> <li>- <b>Hányinger, hányás esetén</b></li> <li>- diphenhydramine<sup>4</sup></li> </ul>

		<p>Adagolás<sup>4</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 25-100 mg 6-8 óránként sz.e.</li> </ul> <p>Adagolás<sup>3</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50-100 mg 4-6 óránként sz.e., max. 400 mg/nap</li> <li>- <b>Agitáció, agresszivitás esetén:</b></li> <li>- alacsony dózisú második-generációs antipszichotikum<sup>4</sup> (pl. 5mg olanzapine*<sup>4</sup>,</li> <li>- 25-50mg quetiapine*<sup>4</sup> *risperidone)</li> </ul> <p>Megjegyzés: Javasolt az olanzapine és a quetiapine helyett a Mo-n 18 év alatt törzskönyvezett antipszichotikumok alkalmazása (pl. haloperidol)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diazepam*<sup>2,4</sup></li> </ul> <p>Adagolás<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1-2. nap: 4 x 2.5 mg</li> <li>- 3. nap: 3 x 2.5 mg</li> <li>- 4. nap: 2 x 2.5 mg</li> <li>- 5. nap: 1 x 2.5 mg</li> </ul> <p>Adagolás<sup>4</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maximum 20 mg elosztott dózisban, 3-5 nap alatt lecsökkentett dózisban elhagyni, max. 5 napos kezelés</li> </ul>
Hallucinogének (pl. LSD, varázsgomba, peyote, látnokzsálya)	- Pszichés tünetek: pl. nyugtalanság	- Páciens megnyugtatósa
Inhalánsok (pl. N <sub>2</sub> O, oldószerek, csavarlazítók, ragasztóanyagok, hajtógáz)	- Pszichés tünetek: pl. nyugtalanság	- Páciens megnyugtatósa - Szupportív ellátás
Stimulánsok (pl. kokain, crack, amfetaminok, metilfenidát, katinon-származékok)	<b>Krónikus használat esetén a megvonás:</b> - Súlyos depresszió szuicid/gyilkossági ideáció kíséretével - Kimerültség - Elnyújtott alvás - Mohó étvágy	- Páciens megnyugtatósa és obszervációja - <b>Agitáció, agresszió esetén:</b> - Diazepam* <sup>4</sup> Adagolás <sup>4</sup> - 5-10 mg kezdő dózis, sz.e. 30-60 percenként ismételtető, maximum 20 mg/ nap az első két napon, majd csökkentett dózissal max. 5 nap alatt elhagyni
Depresszáns gyógyszerek (benzodiazepin)	<b>Enyhe-Közepes súlyosságú megvonás:</b> - Nyugtalanság - Szorongás - Agitáció - Tremor - Alhasi görcs - Hányinger, hányás - Fokozott reflex - Hipertenzió - Fejfájás - Álmatlanság	- A függőséget okozó szer fokozatos megvonása a páciensről - Rövid-hatású benzodiazepinek cseréje hosszú hatású benzodiazepinek-re, majd dóziscsökkentés*

	<p><b>Súlyos megvonás:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Görcsroham</li> <li>- Delirium</li> <li>- Magas láz</li> <li>- Hallucinációk</li> <li>- Halál</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Görcsroham esetén:</b></li> <li>- diazepam<sup>1</sup></li> <li>- <b>Hallucinációk esetén:</b></li> <li>- haloperidol<sup>1</sup></li> </ul> <p>(lásd: alkohol megvonás kezelése)</p>
<p>Narkotikumok (pl. heroin és egyéb opiátok, opiát-tartalmú gyógyszerek)</p>	<p><b>Krónikus használat esetén a megvonás:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyugtalanság</li> <li>- Könnyezés</li> <li>- Pupilla dilatáció</li> <li>- Orrfolyás</li> <li>- Izzadás</li> <li>- Kipirult arc</li> <li>- Tachycardia</li> <li>- Hipertenzió</li> <li>- Izomgörcs</li> <li>- Alhasi görcs</li> <li>- Hányinger, hányás</li> <li>- Hasmenés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Szubsztitúciós terápia opioid kábítószerfüggőség esetén:</b></li> <li>- Buprenorfin + naloxone (Suboxone)<sup>3</sup></li> <li>- Adagolás<sup>3</sup></li> <li>- A kezelés elkezdése (indukció) A felnőttek és 15 évesnél idősebb serdülők esetében javasolt kezdődózis egy vagy két Suboxone 2 mg/0,5 mg. További egy vagy két Suboxone 2 mg/0,5 mg adható az első napon a beteg egyéni szükségleteinek megfelelően. Az iniciációs kezelés alatt az adagolás napi rendszerességgel végzett ellenőrzése ajánlott a dózis megfelelő nyelvvalatti elhelyezésének biztosítása és a betegek kezelésre adott reakciójának megfigyelése érdekében, ami a dózis hatékony beállítását célozza, a klinikai hatásnak megfelelően.</li> <li>- Dózismódosítás és fenntartó kezelés: Az első napon végzett indukciós kezelést követően, a rákövetkező néhány nap során be kell állítani egy stabil fenntartó dózist az egyes betegek esetében észlelt klinikai hatás szerint végzett progresszív dózismódosítással. A 2-8 mg-os lépésekben végzett dózisbeállítást a beteg klinikai és pszichés állapotának újraértékelése alapján kell végezni, miközben a maximális napi egyszeri adag nem haladhatja meg a 24 mg-ot.</li> <li>- Methadone* Adagolás akut detoxifikációban<sup>1</sup>: fiatalkorúaknál 0,7 mg/kg naponta 4-6 óránként Adagolás:<sup>3</sup></li> <li>- Felnőtt dozírozás: A dózis egyedi beállítást igényel. A gyógyszer kezdő adagja általában 10 mg. A dózis a kívánt hatás eléréséhez szükséges legkisebb fenntartó adagig emelhető. A szokásos napi adag: 20-120 mg egyszerre vagy két részre elosztva.</li> </ul>

Forrás: [97, 98] alapján

**Jelmagyarázat:**

<sup>1</sup> [97], <sup>2</sup> [98], <sup>3</sup> Magyarországi OGYÉI alkalmazási előirat,

\* Magyarországon indikáción túli alkalmazásnak számít, ezért egyéni OGYÉI engedély szükséges. (lásd egyéb dokumentumok)

## A javasolt intervenciók időbeli sorrendje és hossza

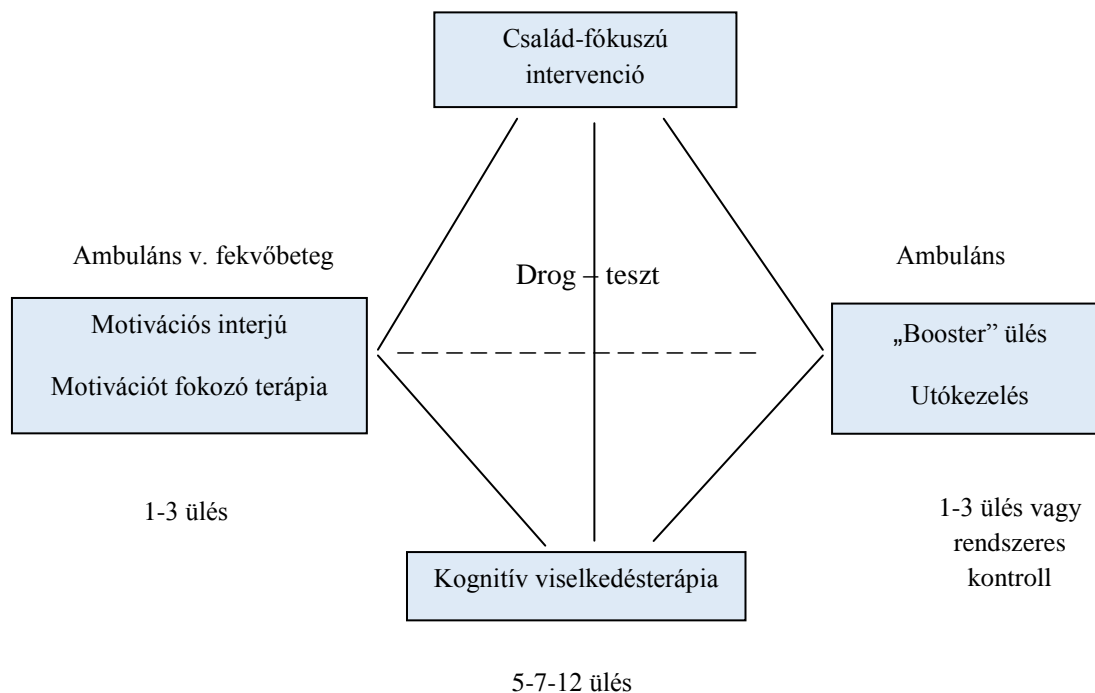
A fiatalos kliens - az intoxikáció meglétének és súlyosságának függvényében - vagy a sürgősségi ellátásba kerül és onnan javallott esetben az ambuláns addiktológiai/pszichiátriai ellátásba érkezik, vagy közvetlenül az ambuláns addiktológiai/pszichiátriai ellátásba kerül, jellemzően a hozzátartozók kíséretében, ritkábban saját elszánásból. Az ellátás első szakasza így a viselkedésváltozáshoz szükséges motiváció kialakítása (lásd: motivációs interjú), mely a tapasztalatok alapján 1-3 ülést vesz igénybe. Ezt követően megkezdődik a kliens terápiás ellátása, ami - főként az absztinencia tartásának és a környezeti kockázati tényezők (pl. szerhasználó barátok, kortársak, diszfunkcionális családi háttér) függvényében. Ez történhet továbbra is ambuláns, vagy osztályos, esetleg rehabilitációs intézmény keretein belül. Az alkalmazott módszer az ellátás szintjétől függetlenül drog-teszteléssel kísért kognitív viselkedésterápia és család-fókuszú intervenciók párhuzamos alkalmazása. Osztályos és rehabilitációs intézeti keretek között a gyakorlat szerint jellemzőbb a csoportterápiás forma. A terápiát követően, elsősorban relapszus prevenció célból szükséges az utókezelés (pl. boost-ülés), melynek része a rendszeres kontrollvizsgálat. A terápiás ellátás teljes ideje alatt szükséges lehet a farmakoterápiás intervenció is, amennyiben a társuló zavarok (pl. szorongásos zavarok, hangulatzavarok, ADHD) súlyossága ezt indikálja.

Abban az esetben, ha a fiatalos kliens nem motivált a viselkedés megváltoztatására és motivációját az egyéni ülések (értse motivációs interjú) sem növelték, esetenként hatékonyabb lehet a csoportterápia, ahol a hasonló életkorú és hasonló problémával küzdő kortársak mintája növelheti a terápiás motivációt.

Az irányelvben feltüntetett online programok akár preventív módon (a probléma kialakulását megelőzően), akár az utógondozás részeként is javasolható. Az irányelv azonban elsődlegesen a személyes formában kivitelezett intervenciók alkalmazását javasolja (Lásd 2. sz. folyamatábra).

### 2. sz. folyamatábra: A javasolt intervenciók időbeli sorrendje és hossza

Ambuláns, fekvőbeteg, rehabilitációs



Farmakoterápiás intervenció az akut és krónikus intoxikáció, ill. az azt követő megvonás kezelésére (terápiás folyamat során, amennyiben indokoltá válik)

Forrás: [21, 22, 52] alapján

**14. Ajánlás Amennyiben az alapellátásban gyanú merül fel arra vonatkozóan, hogy a drog vagy voselkedési addikció a gyermek-serdülő életvitelét negatív irányba befolyásolja, a kezelésre való motiváció és szakellátásba irányítása javasolt.**

Ajánlás rangsorolása: C

A szakellátók jegyzékét megyei és az ellátás minősége szerinti bontásban az INFOTÁR, Magyarországi drogkezelőhelyek Sziget droginformációs alapítvány [2010.] tartalmazza, mely a <http://neellene.hu/doc/Infotar2010md.pdf> weboldalon érhető el.

## VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

### 1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

#### 1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Az akut droghasználatot a szülők alapesetben a háziorvossal, házi gyermekorvossal beszél meg, akinek feladatkörébe tartozna az alkalmi és a rendszeres drog/internet használat elkülönítése, s ha szükséges - motivációs interjú követően - a fiatal szakellátásba irányítása. A felismerés és a szűrés az irányelvben megadott szempontok szerint kivitelezhető. Fontos a továbbiakban a kezelésben történő részvétel állandó monitorizálása. Sajnos, az alapellátásban dolgozó orvosok leterheltsége olyan nagy, hogy a betegre fordítható idő minimális, márpedig a motivációs interjú időigényes.

Hasonló a helyzet a körzeti és iskolai védőnőkkel is. Az iskolaorvosi és iskola védőnői hálózat - ha a drog/internet használat nem befolyásolja súlyosan az iskola rendjét - rendszerint nem szerez tudomást a problémáról, bár a felismerés és a szűrés az irányelvben megadott szempontok szerint kivitelezhető lenne. Fontos lenne a kiszűrt esetekben a kezelésre való motiváció motivációs interjú segítségével.

Az addiktológiai zavarokban szenvedő fiatalok ellátása hazánkban elmarad a kor követelményeitől. Sajnos a gyermek és ifjúságpszichiátria, addiktológia is súlyos szakemberhiánnyal küzd, bár reméljük, hogy ezen segíteni fog a 2018-ban a Szegedi Tudományegyetem beindult gyermek- és ifjúságpszichiátriai és addiktológus konzulens képzés, mely tehermentesítheti kissé a szakorvosokat.

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

Az ASSIST a WHO által kidolgozott szűrőteszt alkalmas a drog, alkohol, dohányzás súlyossági fokának a megállapítására [31]. Hasonlóképp a mellékletben található szűrőteszt a különböző viselkedési függőségek (kóros internethasználat, szerencsejáték, közösségi media, online játék, stb.) felderítésére alkalmasak. Így a szűrés megoldottnak mondható, csak a kiszűrt esetek ellátása ütközik akadályokba. Kevés az ambulans és az akut fekvőbeteg ellátóhely is, a fiatalok gyakran a felnőtt pszichiátriai, addiktológiai hálózatba kerülnek, ami nem megfelelő ellátóhely számukra. Mind a fekvő mind a járóbetegellátás nagyon alulfinanszírozott, pedig a terápiák jelentős része nagy human erőforrás befektetést igényel, emiatt nem lehet a béreket kitermelni, és veszteségesek. A megoldás a terület infrastrukturális fejlesztése és a finanszírozás javítása lehetne.

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

A serdülőkorú fiatalok gyakori kockázatkereső viselkedésük következtében csak ritkán ismerik fel a drogok kipróbálásának veszélyeit és még rendszeres droghasználat esetén is, gyakran úgy vélik, hogy bármikor abba tudják hagyni, ha akarják, szaksegítség nélkül is. Ezért általában nem motiváltak a kezelésre. Az internet használat elterjedésével pedig a közösségi médiafüggőség (facebook) egyre nagyobb méreteket ölt, melynek veszélyeivel még a szülők sincsenek tisztában. Az online játék, szerencsejáték függőség, pedig ha idejében nem kerül felismerése, a fiatal felnőttkorára is erős negatív hatással lehet.

#### 1.4. Egyéb feltételek

Nincs

### 2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

#### Betegtájékoztató

Tájékoztató gyermekek és szülők részére a szerhasználatához és egyéb addiktív zavarokhoz kapcsolódóan

1. Gyanújelek, hogy a serdülő gyermekem drogot használ
2. Milyen fázisai vannak a szerhasználatnak és felépülésnek? (Prochaska-Diclemente modell)



## Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

- A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív (PGSI) magyar változata
- Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ)
- Szerencsejáték-használati Zavar Kérdőív (DSM-IV-MR-J)
- Tíz-Tételes Internetes Játék Zavar Teszt (IGDT-10)
- Problémás Online Játék Kérdőív (POGQ)
- Bergen Közösségi Média Függőség Skála (BSMAS)

## Táblázatok

- 1. sz. táblázat:** DSM-5 és BNO-10 szerinti diagnosztikus kritériumrendszer
- 2. sz. táblázat:** Specifikus szerhasználat mellett kialakuló megvonási tünetegyüttesek jellemzői
- 3. sz. táblázat:** Specifikus szerhasználat mellett kialakuló komorbid zavarok az intoxikáció vagy a megvonás függvényében
- 4. sz. táblázat:** Szerhasználat során gyakori tünetek, melyek differenciáldiagnosztikai megfontolást igényelnek
- 5. sz. táblázat:** Pszichoaktív szerek esetén intoxikációs tünetek és jelek
- 6. sz. táblázat:** Pszichoaktív szerek esetén megvonási tünetek és javasolt farmakoterapiás kezelés

## Algoritmusok

- 1. sz. folyamatábra:** Akut pszichoaktív szer megvonásban lévő fiatalkorú személy ellátásának algoritmus
- 2. sz. folyamatábra:** A javasolt intervenciók időbeli sorrendje és hossza

## Egyéb dokumentumok

Kérelem indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezésére

## 3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

### Outcome indikátorok

Az addikciós problémák megszűnése vagy jelentős csökkenése, valamint a szociális adaptáció területén elért eredmények alapján határozható meg legjobban az eredményesség. Az eredményesség megítélésénél a részterületek hasonlóak az egyéb pszichiátriai körképeknel vizsgáltakhoz pl.: kortárs - és családi kapcsolatok ténye/szintje; iskolába, egyéb közösségbe történő beilleszkedés ténye/szintje; munkahely megszerzése, megtartása; mindennapi önállóság foka; személyes közérzet, életminőség, környezetre való hatás.

Az eredményesség szigorúan individualizáltan, az egyén képességstruktúrájának, valamint körülményei specificitásának figyelembe vételével értékelhető.

### Minőségi indikátorok

#### a. Statisztikailag elemezhető indikátorok

Ellátás szinterei alapján az addikciós problémával diagnosztizáltak közül:

- a megfelelő terápiás, illetve pszichoszociális ellátásban részesülők száma,
- a megfelelő oktatási, ill. szociális elhelyezések száma.

Az egyes speciális pszichoszociális intervenciók (kezelés-típusok), illetve intézmények ellátási hatékonyság mérésére:

- az ellátottak addikciós problémáinak (előfordulás, tünetek), az ellátottak fejlődésének követésével,
- a kezelésbe kerülők és az ismételt kezelésbe kerülők (visszaesők) számával,
- az akut ellátásra szorulóknak száma: sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai, addiktológiai beavatkozások számával.

#### b. Az ellátás egyéni megfelelőségének indikátorai

Az alkalmazott módszerek, megközelítések egységessége az egyén speciális ellátásának különböző szinterein (otthon, iskola, foglalkoztató, stb.):

- addikciókkal összefüggő tevékenységekkel eltöltött idő,
- szükségessé-e pszichoaktív gyógyszerek.

A kezelés fejlődésre, életminőségre való hatása alapján:

- szülők, család, paciens (pl. kérdőíves) kikérdezésével,
- az egyén fejlődésének, adaptációs szintjének követésével, mérésével,
- az addikciós tünetek súlyosságának változását követve (pl. ASSIST alapján),

- a mindennapi intézményes ellátás, ill. a többségi környezetben (iskola, munkahely) való megfelelő szociális adaptációt biztosító integráció tartóssága, stabilitása,
- az időtartam mérésével.

Az értékelés alapvetően az alábbi struktúra, folyamat és eredmény indikátorok vizsgálatát foglalhatja magába [92]:

- Hatékony volt-e az irányelv terjesztése?
- Az irányelvet milyen mértékben vezették be a gyakorlatba (pl. helyi, regionális, országos szinten), és mik voltak a bevezetés tapasztalatai (feltételek, akadályozó tényezők, stb.)?
- Az ajánlások miként befolyásolták az ellátást és annak eredményességét?
- Az irányelv milyen hatással volt a betegekre és betegségükkel kapcsolatos ismereteikre?
- Az irányelv milyen egészség-gazdaságtani következményekkel járt?

## VIII. AZ IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv tervezett felülvizsgálata három évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejártá előtt fél évvel kezdődik el. A Gyermekpszichiátriai és Addiktológia tagozatvezető kijelöli a tartalomfejlesztő felelőst, aki meghatározza a fejlesztő munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által delegált szakértőket. Soron kívüli felülvizsgálat indokolt, amennyiben a bizonyítékokban és/vagy az ellátásban, jogszabályi háttérben releváns, jelentős mértékű változás következik be.

Az aktuális irányelv kidolgozásában résztvevő, fejlesztő csoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátó környezetben bekövetkező változásokat. A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátó környezetben bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

## IX. IRODALOM

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (2000) American Psychiatric Association
2. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. - American Psychiatric Association 2003 ISBN 978-0-89042-556-<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (Letöltés dátuma: 2017. február 08.)
3. Rácz J.: Addiktológia-Tünettan és intervenciók Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar 2008.
4. Lerner AG; Skladman I; Kodesh A; Sigal M; Shufman E.: LSD-induced hallucinogen persisting perception disorder treated with clonazepam: Two case reports The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences; Jerusalem Köt. 38, Kiad. 2, (2001): 133-6.
5. Whisman M.A, McKelvie M.L, Chatav Y.: Couple Distress. In: MM Antony, DR Ledley, RG Heimberg. Improving Outcomes and Preventing Relapse in Cognitive-behavioral Therapy. The Guilford Press, 2005. page(s): 238-242
6. BNO-10 zsebkönyv DSM-IV-TR meghatározásokkal Animula Kft (2004) ISBN:9789639410619
7. Kassai-Farkas Á.: Szakmai módszertani anyag (mini-protokoll) az egészségfejlesztési irodák (efi-k) állapotfelmérési, rizikóbecslési, életmód-tanácsadási, helyi hálózatépítési és közösségi egészségfejlesztési tevékenységét segítő alkohol témakörben. [https://norvegivilalap.hu/sites/default/files/esemeny/alkohol\\_mini\\_protokol.pdf](https://norvegivilalap.hu/sites/default/files/esemeny/alkohol_mini_protokol.pdf) (Letöltés dátuma: 2017. február 08.)
8. Abebe W, Mozaffari MS. Role of taurine in the vasculature: an overview of experimental and human studies. Am J Cardiovasc Dis. 2011;1(3):293-311. Epub 2011 Sep 10. PubMed PMID: 22254206; PubMed Central PMCID: PMC3253515.
9. Ginsburg, B. C., Pinkston, J. W., & Lamb, R. J. (2011). Reinforcement magnitude modulation of rate dependent effects in pigeons and rats. Experimental and Clinical Psychopharmacology, 19(4), 285-294. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024311> (Letöltés dátuma: 2017. február 08.)
10. Pennington N, Johnson M, Delaney E.: Energy Drinks; A New Health Hazard for Adolescents J. School Nursing Volume: 26 issue: 5, page(s): 352-359 Article first published online: June 10, 2010; Issue published: October 1, 2010 <https://doi.org/10.1177/1059840510374188> (Letöltés dátuma: 2017. február 08.)
11. Seifert S.M., Schaechter J.L., Hershorin E.R., Lipshultz S.E.: Health of Energy Drinks on Children, Adolescents, and Young Adults PEDIATRICS: 127, Number 3, March 2011
12. J Fountain, P Griffiths.: Synthesis of qualitative research on drug use in the European Union: report on an EMCDDA project - National Addiction Centre (NAC), London, UK, for the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, Portugal Eur Addict Res. 1999 Mar;5(1):4-20.

13. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (2008) Medicine & Health Science Books @ Amazon.com.
14. Christopher C.H. Cook B.Sc. MRCPsych. The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: miracle, method or myth? Part I. The Philosophy and the Programme June 1988 <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb02591.x> Cited by: 67
15. Paksi B, Rózsa S, Kun B, Arnold P, Demetrovics Zs (2009). A magyar népesség addiktológiai problémái: az országos lakossági adatfelvétel az addiktológiai problémákról (OLAAP) reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői = Addictive behaviors in Hungary: the methodology and sample description of the National Survey on Addiction Problems in Hungary (NSAPH). *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10 (4). pp. 273-300. ISSN 1419-8126
16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Substance Use Disorders. <https://www.samhsa.gov/disorders/substance-use> (Letöltés dátuma: 2017. február 08.)
17. Ádány R (2011): Megelőző orvostan és népegészségtan. [http://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop425/0019\\_1A\\_Megelozo\\_orvostan\\_es\\_nepegeszsegtan/ch02s03.html](http://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop425/0019_1A_Megelozo_orvostan_es_nepegeszsegtan/ch02s03.html) (Letöltés dátuma: 2017. február 08.)
18. K Szendrei, V Domonkos, A Hunyadi.: Új pszichoaktív szerek Európában – a dizájner drogok. 1. rész. - *Gyógyszerészet*, 2012 56. 357-364. 2012
19. Elekes Zs.: Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek [http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0010\\_2A\\_23\\_Elekes\\_Zsuzsanna\\_Egeszsegkarosito\\_magatartasok\\_es\\_meresi\\_modszerek/ch11.html](http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0010_2A_23_Elekes_Zsuzsanna_Egeszsegkarosito_magatartasok_es_meresi_modszerek/ch11.html) (Letöltés dátuma: 2017. február 08.)
20. Tringer L. A pszichiátria tankönyve Semmelweis Kiadó, Budapest, 1999
21. Poudel A, Gautam S. Age of onset of substance use and psychosocial problems among individuals with substance use disorders. *BMC Psychiatry*. 2017; 17:10. doi:10.1186/s12888-016-1191-0.
22. Hines LA, Morley KI, Strang J, Agrawal A, Nelson EC, Statham D, Martin NG, Lynskey M. The association between speed of transition from initiation to subsequent use of cannabis and later problematic cannabis use, abuse and dependence. *Addiction*, 2015; 110(8): 1311-1320.
23. Squeglia LM<sup>1</sup>, Jacobus J, Tapert SF. The influence of substance use on adolescent brain development. *Clin. EEG Neurosci* 2009 40(1): 31-38
24. Wetherill RR<sup>1</sup>, Squeglia LM, Yang TT, Tapert SF: A longitudinal examination of adolescent response inhibition: neural differences before and after the initiation of heavy drinking. *Psychopharmacology (Berl)*. 2013 Dec. 230 (4):663-71. doi: 10.1007/s00213-013-3198-2. Epub 2013 Jul 7.
25. ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD Group [http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD\\_report\\_2015.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf) (elérve: 2017. 12. 10.)
26. Németh Á., Költő A. (szerk.) Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
27. Elekes, Zs. (szerk.) (2016): Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015, Magyarországi eredmények, Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.
28. NICE guideline, Published: 22 February 2017 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng64> (Letöltés dátuma: 2017. február 07.)
29. NIDA Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide, 2014 jan. 14. 22. [https://d14rmgrtrwz5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata\\_1\\_17\\_14.pdf](https://d14rmgrtrwz5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf) (Letöltés dátuma: 2017. február 08.)
30. Winters KC, Lee S, Botzet A, Fahnhorst T, Nicholson A. One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychol Addict Behav*, 2014a; 28 (2): 464-474.
31. World Health Organization: The Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Manual For Use In Primary Care Editors: Humeniuk, Rachel, Henry-Edwards, S, Ali, Robert, Poznyak, Vladimir And Monteiro, Maristela G. (2010) ISBN: 978 92 4 159938 2
32. Yudko E, Lozhkina O., Fouts A.: A Comprehensive Review Of The Psychometric Properties Of The Drug Abuse Screening Test. *J. Substance Abuse Treatment* (2007) 32: (2),189–198 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.08.002>
33. Demetrovics Zs, Király O, Koronczai B, Griffiths MD, Nagygyörgy K, Elekes Zs, Tamás D, Kun B, Kökönyei G, Urbán R. Psychometric Properties of the Problematic Internet Use Questionnaire Short-Form (PIUQ-SF-6) in a Nationally Representative Sample of Adolescents. *PLoS One*, 2016; 11 (8): e0159409.
34. Demetrovics Zs, Urbán R, Nagygyörgy K, Farkas J, Griffiths MD, Pápay O, Kökönyei G, Felvinczi K, Oláh A. The development of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ). *PLoS One*, 2012; 7 (5): e36417.
35. Gyollai Á, Urbán R, Kun B, Kökönyei Gy, Eisinger A, Magi A, Demetrovics Zs. A Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. *Psychiatr Hung*, 2013; 28 (3): 274-280.

36. Rácz J. A drogfogyasztó magatartás. Budapest: Medicina Kiadó, 1988
37. Czobor P, Bácska E, Oberg D, Haack M.J, Gerevich J (2011): The European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD): A Psychometric Evaluation. *Eur Addict Res* 17:302–315
38. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME.: Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *J Psychiatr Res.* 2010 Aug; 44 (11): 732-40. Doi: 10.1016/j.jpsychires. 2010.01.004. Epub 2010 Feb 9.
39. Kelly JF, Pagano ME, Stout RL, Johnson SM. Influence of religiosity on 12-step participation and treatment response among substance-dependent adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*, 2011; 72 (6): 1000-1011.
40. Chan YF, Dennis ML, Funk RR Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2008 Jan;34 (1):14-24. Epub 2007 Jun 15. PMID:17574804
41. Wilson J., Levin F.R.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) And Substance Use Disorders *Curr Psychiatry Rep* (2001) 3: 497. <https://doi.org/10.1007/S11920-001-0044-8>
42. Pikó B. (Szerk 2005): Ifúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban L. Harmattan Budapest
43. Kapornai K., Vetró Á. Pszichiátriai sürgősség a gyermekgyógyászatban, *A Gyermekpszichiátriai Szakmai Kollégiumi Tagozat. Gyermekgyógyászat* 2015; 66 (3): 185-192.
44. Lesinskiene S, Senina J, Ranceva N. Use of the HoNOSCA scale in the teamwork of inpatient child psychiatry unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 2007; 14 (8): 727-733.
45. Fishman M.J., Shulman G.D., Mee-Lee D., Kolodner G., Wilford B.B.: ASAM Patient Placement Criteria: Supplement on Pharmacotherapies for Alcohol Use Disorders Lippincott Williams & Wilkins, 2010.
46. McLellan A.T.: What is recovery? Revisiting the Betty Ford Institution Consensus Panel Definition *J. of Social Work Practice int. he Addictions* (2010) 10:109-113.
47. Rácz J. In: Kastaly Ildikó (szerk.) *Addiktológia: Tünettan és intervenciók* Budapest: Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, 1999. 191p.
48. Osváth P.: Beteg együttműködési készsége; *Mentális zavarok: Psych. Hung.* (2010) 25: (1) 19-30
49. SAMHSA's Working Definition of Recovery, megtalálható: <https://store.samhsa.gov/shin/content/PEP12-RECDEF/PEP12-RECDEF.pdf> (Letöltés dátuma: 2017. október 31.)
50. Winters KC, Tanner-Smith EE, Bresani E, Meyers K. Current advances in the treatment of adolescent drug use. *Adolesc Health Med Ther*, 2014b; 5: 199-210.
51. Breda C, Heflinger CA. Predicting incentives to change among adolescents with substance abuse disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2004; 30 (2): 251-267.
52. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* Guilford Press, New York, 1991.
53. Walker DD, Stephens R, Roffman R, DeMarce J, Lozano B, Towe S, Berg B. Randomized Controlled Trial of Motivational Enhancement Therapy with Non-treatment Seeking Adolescent Cannabis Users: A Further Test of the Teen Marijuana Check-Up. *Psychol Addict Behav*, 2011; 25 (3): 474–484.
54. McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: Results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 2004; 99 (1): 39-52.
55. Poddar S., Sayeed N., Mitra S.: Internet gaming disorder: Application of motivational enhancement therapy principles in treatment *Indian J Psychiatry.* 2015 Jan-Mar; 57 (1): 100–101. doi: 10.4103/0019-5545.148540
56. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *Cyberpsychol Behav*, 1998; 1 (3): 237-244.
57. Pietrzak RH, Ladd GT, Petry NM. Disordered gambling in adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Paediatr Drugs*, 2003; 5 (9): 583-595.
58. Cornelius JR, Douaihy A, Bukstein OG, Daley DC, Wood DS, Kelly TM, Salloum IM. Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy/Motivational Enhancement Therapy (CBT/MET) in a Treatment Trial of Comorbid MDD/AUD Adolescents. *Addict Behav*, 2011; 36 (8): 843-848.
59. Hogue A, Henderson CE, Ozechowski TJ, Robbins MS. Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use: Updates and Recommendations 2007–2013, *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2014; 43 (5): 695-720.
60. Hernandez L, Rodriguez AM, Spirito A. Brief Family Based Intervention for Substance Abusing Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2015; 24 (3): 585-599.
61. Hendriks V, van der Schee E, Blanken P. Matching adolescents with a cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*, 2012; 125 (1-2): 119-126.
62. Kumpf KL Family-Based Interventions for the Prevention of Substance Abuse and Other Impulse Control Disorders in Girls. *ISRN Addiction*, 2014; 308789. <http://doi.org/10.1155/2014/308789>

63. Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., Liddle, H. A.; Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: Report from two randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 78(6), Dec 2010, 885-897
64. Waldron HB, Turner CW. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2008; 37 (1): 238-261.
65. Becker SJ, Curry JF. Outpatient interventions for adolescent substance abuse: a quality of evidence review. *J Consult Clin Psychol*, 2008; 76 (4): 531-543.
66. Vaughn MG, Howard MO. Adolescent substance abuse treatment: a synthesis of controlled evaluations. *Res Soc Work Pract*, 2004; 14: 325-335.
67. Peukert P, Sieslack S, Barth G, Batra A. [Internet- and computer game addiction: phenomenology, comorbidity, etiology, diagnostics and therapeutic implications for the addictives and their relatives]. *Psychiatr Prax*, 2010; 37 (5): 219-224.
68. Orzack MH, Orzack DS. Treatment of computer addicts with complex co-morbid psychiatric disorders. *Cyberpsychol Behav*, 1999; 2 (5): 465-473.
69. Kuss DJ, Lopez-Fernandez O. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World J Psychiatry*, 2016; 6 (1); 143-176.
70. Brezing C, Derevensky JL, Potenza MN. Non-substance Addictive Behaviors in Youth: Pathological Gambling and Problematic Internet Use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2010; 19 (3): 625-641.
71. Dickson LM, Derevensky JL, Gupta R. The prevention of gambling problems in youth: a conceptual framework. *J Gambl Stud*, 2002; 18 (2); 97-159.
72. Kelly JF, Urbanoski K. Youth recovery contexts: the incremental effects of 12-step attendance and involvement on adolescent outpatient outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*, 2012; 36 (7): 1219-1229.
73. Beck A., Weishaar M. (2005). Cognitive therapy. In *Current Psychotherapies*, Corsini RJ, Wedding D. (eds) Brooks/Cole, Belmont, CA, USA, pp. 238–268.
74. Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, Turner CW, Peterson TR. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol*, 2001; 69 (5): 802-813.
75. Hulvershorn LA, Quinn PD, Scott EL. Treatment of Adolescent Substance Use Disorders and Co-Occurring Internalizing Disorders: A Critical Review and Proposed Model. *Curr Drug Abuse Rev*, 2015; 8 (1); 41-49.
76. Waldron HB, Kaminer Y. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, 2004; 99 (Suppl 2): 93-105.
77. Du YS, Jiang W, Vance A. Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for Internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Aust N Z J Psychiatry*, 2010; 44 (2); 129-134.
78. Clarke C, Skokauskas N. CBT for adolescent pathological gambling – lessons from adult research. *Ir J Psychol Med*, 2009; 26 (3): 140-146.
79. Goldbeck L, Mueche R, Sachser C, Tutus D, Rosner R. Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: A Randomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics. *Psychother Psychosom*, 2016; 85 (3); 159-170.
80. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM, Egeland K, Granly L, Hoaas LC, Hukkelberg SS, Indregard T, Stormyren SD, Wentzel-Larsen T. A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2014; 43 (3); 356-369.
81. McGillicuddy NB, Rychtarik RG, Papandonatos GD (2015): Skill training versus 12-step facilitation for parents of substance-abusing teens. *J Subst Abuse Treat*. 2015 Mar; 50; 11-7.
82. Levy S, Knight JR, Moore T, Weinstein Z, Sherritt L, Weiss RD. Acceptability of Drug Testing in an Outpatient Substance Abuse Program for Adolescents. *J Adolesc Health*, 2011; 48 (3); 229-233.
83. Schuler MS, Griffin BA, Ramchand R, Almirall D, McCaffrey DF. Effectiveness of Treatment for Adolescent Substance Use: Is Biological Drug Testing Sufficient? *J Stud Alcohol Drugs*, 2014; 75 (2); 358–370.
84. Stanger C, Budney AJ, Kamon JL, Thostensen J. A Randomized Trial of Contingency Management for Adolescent Marijuana Abuse and Dependence. *Drug Alcohol Depend*, 2009; 105 (3); 240-247.
85. Krishnan-Sarin S, Duhig AM, McKee SA, McMahon TJ, Liss T, McFetridge A, Cavallo DA. Contingency management for smoking cessation in adolescent smokers. *Exp Clin Psychopharmacol*, 2006; 14 (3): 306-310.
86. Kelly JF, Myers MG, Rodolico J. What do adolescents exposed to Alcoholics Anonymous think about 12-step groups? *Subst Abuse*, 2008; 29 (2); 53-62.
87. Kelly JF, Kaminer Y, Kahler CW, Hoepfner B, Yeterian J, Cristello JV, Timko C. A pilot randomized clinical trial testing integrated 12-Step facilitation (iTsf) treatment for adolescent substance use disorder. 2017 Dec; 112 (12); 2155-2166. doi: 10.1111/add.13920.

88. Bickel W.K., Christensen D.R., Marsch L.A.: A Review of Computer-Based Interventions Used in the Assessment, Treatment, and Research of Drug Addiction Substance Use & Misuse Volume 46, 2011 - Issue 1; 4-9
89. Moore B.A., Fazzino, T.M.A., Garnet, B.A., Christopher J. Cutter C.J., Barry D.T.: Computer-based interventions for drug use disorders: A systematic review J Subst Abuse Treat. 2011 Apr; 40 (3): 215–223. Published online 2010 Dec 24. doi: 10.1016/j.jsat.2010.11.002
90. Young K.S.: Cognitive Behavior Therapy with Internet Addicts: Treatment Outcomes and Implications CyberPsychology & Behavior Vol. 10, No. 5 Published Online: 10 Oct 2007 <https://doi.org/10.1089/cpb.2007.9971>
91. Harris, S.K., Csémy L., Sherritt L., Starostova O., Van Hook S., Johnson J., Boulter S., Brooks T., Carey P., Kossack R., Kulig J.W., Van Vranken N., Knight J.R.: Computer-Facilitated Substance Use Screening and Brief Advice for Teens in Primary Care: An International Trial Pediatrics June 2012. VOLUME 129. / ISSUE 6.
92. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Endorsed 16. November 1998.
93. Demetrovics Zs., Szeredi B., & Rózsa S. (2008). The Three Factor Model of Internet Addiction: The Development of the Problematic Internet Use Questionnaire. Behavior Research Methods, 40 (2); 563-574.
94. Demetrovics Zs., Szeredi B., Nyikos E. (2004). A Problémás Internethasználat Kérdőív bemutatása. Psychiatria Hungarica, 19 (2); 141-160.
95. Nyikos E., Szeredi B., Demetrovics Zs. (2001). Egy új viselkedéses addikció: Az internethasználat személyiségpszichológiai korrelátumai. Pszichoterápia, 10 (3); 168-182.
96. Koronczai B., Urbán R., Kökönyei G., Paksi B., Papp K., Kun B., Arnold P., Kállai J., Demetrovics Z. (2011). Confirmation of the three-factor model of problematic internet use on off-line adolescent and adult samples. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14 (11); 657-664
97. Mitcheson, L; Winstock, A. R (2012) 'New recreational drugs and the primary care approach to patients who use them'. British Medical Journal 344: e288
98. Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHSA) Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) által kidolgozott „Treatment of Adolescents with Substance Use Disorders Disorders-Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 32-Appendix B —Medical Management of Drug Intoxication and Withdrawal, 1999. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64350/> (Letöltés dátuma: 2017. február 08.)
99. Gyollai, Ágoston és Urbán, Róbert és Kun, Bernadette és Kökönyei, Gyöngyi és Eisinger, Andrea és Magi, Anna és Demetrovics, Zsolt (2013) A Szerencsejáték Súlyossága Kérdőív magyar változatának (PGSI-HU) bemutatása. PSYCHIATRIA HUNGARICA. pp. 274-280. ISSN 0237-7896
100. WHO kérdőív a szerencsejáték-függőségről <https://stresszdoctor.hu/test/Jatekfuggoseg.html>
101. [http://ppkteszt.elte.hu/file/Kiraly\\_Orsolya\\_tezisfuzet\\_magya.pdf](http://ppkteszt.elte.hu/file/Kiraly_Orsolya_tezisfuzet_magya.pdf)
102. Nagygyörgy Katalin, Pápay Orsolya 1,2, Urbán Róbert2, Farkas Judit2, Kun Bernadette, Griffiths Mark, Demetrovics Zsolt: Problémás onlinejáték-használat Psychiat Hung 2013, 28 (2):122-144
103. Bányai, F.; Zsila, Á.; Király, O.; Maraz, A.; Elekes, E.; Griffiths, M.D.; Andreassen, C.S.; Demetrovics, Zs. (2017). Problematic Social Media Use: Results from a Large-Scale Nationally Representative Adolescent Sample. PLoS ONE 12(1): e0169839.

## X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

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

A szakmai irányelv kidolgozását az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermekpszichiátriai és Addiktológia Tagozat kezdeményezte a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok és Tanácsok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezők kijelölése, majd az irányelvfejlesztői csoportok kialakítása történt meg, valamint az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése. Az irányelv kialakítása a tagok egyéni munkáján, és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

A munkafolyamatok során alkalmazott kötelező dokumentáció: témaválasztási javaslat, tagozatok nyilatkozata részvételi szintről és a delegáltokról, irányelv-fejlesztő csoport összeállítása, kapcsolattartó és helyettesének delegálása, egyéni összeférhetlenségi nyilatkozatok és azok összefoglalója, csoportos összeférhetlenségi nyilatkozat, módszertani értékelések, konzultációk: szűrő- és részletes értékelés, konzultációs feljegyzés(ek), tagozatvezetői nyilatkozatok a szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről.

### 2. Irodalomkeresés, szelekció

A felhasznált irodalom során mind szakirodalmi cikkek, mind könyvek feldolgozásra kerültek, melyek listája az irodalomjegyzékben megtalálható. Az irodalomkeresés elsősorban online formában történt a „PubMed”, az OVID, „MEDLINE”, „PsycInfo”, valamint a “SciencDirect” adatbázisokban. A felhasznált irodalom alapját

elsősorban valamilyen szakmai folyóiratban (Science, European Child & Adolescent Psychiatry, The American Journal of Psychiatry, stb.) megjelent cikkek képezték, mely a folyóirat és az általános szakmai szabályainak megfelelően kialakított szelekciót követően kerültek közlésre. A szelekció során a témában megjelent összefoglaló cikkeket (review), valamint metaanalíziseket részesítettük előnyben, mivel e munkák több egyéb cikk feldolgozása és elemzése alapján jöttek létre. Amennyiben nem volt a témában összefoglaló cikk, így a rendelkezésre álló cikkek közül a szakmailag legmagasabb szintű (módszertan, elemszám, statisztikai módszer, stb.) közleményt vettük alapul. Az irodalomkeresés 2008-ban kezdődött és 2018-ban zárult le.

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

Általánosságban elmondható, hogy az addiktív zavarokban szenvedő gyermekek kezelésének módjával kapcsolatos adatok között nem állnak rendelkezésre magas evidenciával rendelkező bizonyítékok. Ezek pontos leírása, illetve értékelése az adott fejezetek részét képezik. Bizonyítékok szintjét lásd részletezve a IV/3 fejezetben.

### **4. Ajánlások kialakításának módszere**

Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyíték-háttér alapján történt.

Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre.

Az ajánlások kialakítása során nemzetközi ajánlásokat áttekintve a NICE (2017) protokollt tekintettük példának. Az ajánlások kialakítása során nemcsak az adott témában megjelenő szakirodalmi ajánlásokat, hanem hazai szakmai tapasztalatokat is figyelembe vettünk. A konkrét ajánlásokat illetően igyekeztünk tematikusan, jól átlátható formában, konkrét, gyakorlati szinten is jól használható irányokat ismertetni. Ajánlások kialakításának módszerét lásd részletezve a IV/4. fejezetben.

### **5. Véleményezés módszere**

A különböző fejezetek megírása, valamint a részfolyamatok befejezése során a szerzők egymás munkáit többlépcsős folyamat során véleményezték és módosításokra tettek javaslatot, mely korrigálását követően újabb véleményezésre, majd korrigálásra került sor, ezt követően került az ajánlás véglegesítésre.

### **6. Független szakértői véleményezés módszere**

Független szakértő nem került bevonásra.

## **XI. MELLÉKLET**

### **1. Alkalmazást segítő dokumentumok**

#### **1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok**

#### **Tájékoztató gyermekek és szülők részére a szerhasználatához és egyéb addiktív zavarokhoz kapcsolódóan**

##### **1. Gyanújelek, hogy a serdülő gyermekem drogot használ**

Mik ezek a figyelmeztető jelek? Nagyon fontos, hogy a legtöbb pontnak más is állhat a háttérben, sőt, önmagában a serdülés is gyakran hasonló viselkedésváltozással jár, az alábbi pontok tehát nem jelentik azt, hogy a serdülő biztosan drogot kezdett használni, ezért a szülő részéről kellő körültekintés szükséges gyanújának igazolásához vagy elvetéséhez.

- Az iskolai jegyek hirtelen leromlása.
- Iskolai hiányzások, indokolatlan késések, melyek gyakran csak utólag derülnek ki a szülő számára.
- Új barátok, akiket gyermeke nem szívesen mutat be.
- Szélsőséges érzelmi ingadozások. Bár a tinédzserek hangulata gyakran kiszámíthatatlan, a szélsőséges levertség, irritáltság, agresszivitás akut droghatása vagy elvonási tünet is lehet.
- Pénz tűnik el otthonról, pl. szülő pénztárcájából.
- Értékes tárgyak tűnnek el. Gyermeke korábban hön áhított értékeit, szülinapi ajándékait, zsebpénzből vett csecsebecsét "elajándékozta, kölcsön adja".
- Titkolózás, szűkszavúság.

- Lustaság, indítékszegénység. Gyermeké mindig fáradt és kedvetlen. Sokat alszik és szinte semmi nem érdekli azok közül a dolgok közül, amik addig érdekelték, ám mindenáron megy bulizni, haverokkal találkozni.
- A személyes higiénia elhanyagolása. Gyermeké egyre ápolatlanabbnak tűnik.
- Ingerlékenység, türelmetlenség, rossz alkalmazkodás. Ennek egyik lehetséges magyarázata, hogy a drogok okozta kellemes állapothoz képest a valódi élethelyzetek egyre kevésbé tűnnek vonzóknak.
- Árulkodó tárgyak a gyermek szobájában eldugva: pipa, tükör, csipesz, alufólia, injekciós tű, gyógyszerek, stb.
- Kifogások, mentegetőzés. Amikor a fentebb felsorolt gyanújelekkel szembesíti, gyermeke számos magyarázattal, kifogással, ürüggyel áll elő, amelyek nem adnak logikus és kielégítő indokot a viselkedésére.
- Testi változások. (Fogyás, hízás, sápadtság, orrfolyás, orrdugulás, székrekedés, piros szemfehérjével érkezik haza, stb.)
- Súlyos esetben akár erőszak, brutalitás, vandalizmus is előfordulhat akut droghatás vagy elvonási tünet következtében.

Ha ezen jelzések alapján valószínűsíthető, hogy a fiatal valamilyen kábítószer rabságába került, akkor a szülőnek lépéseket kell tennie, a struccpolitika és a néma kivárás ilyenkor nem segít. Őszinte beszélgetések kezdeményezése a serdülővel nagyon fontos, melyek a bizalom, ne pedig szidalmazás, vádaskodás, számonkérés, eltiltások jegyében történjenek.

A gyermek számára sokszor megkönnyebbülés, hogy titkát végre felfedték, és már nincs egyedül a függőség okozta félelemmel és szenvedéssel. A baj kiderülése tehát egyben esély is a titkolózás és magába zárkózás helyett az őszinte beszélgetésre, bizalmatlanság és veszekedés helyett a bajban való összefogásra. A beszélgetések a gyermekben zajló folyamatok megértésére való törekvés és segítségnyújtás légkörében teljenek. A gyermekben még alacsony az önmagáért való felelősségérzet, nem látja, hogy a szerhasználattal veszélyeztetni önmagát egészségügyi és jogi szempontból egyaránt. Mi, a szülei mellé állunk, és bármit követelt is el eddig, hiszünk benne, hogy el tudja engedni a szereket és építeni képes a saját jövőjét.

## **2. Milyen fázisai vannak a szerhasználatnak és felépülésnek? (Prochaska-Diclemente modell)**

Prochaska-DiClemente-féle felépülési modell: azt vizsgálja, hogy a szerhasználó mennyire kész megváltoztatni a használói viselkedését

### **1. változásra való elszánás (prekontempláció)**

- a serdülő élvezzi a szerhasználatot, hátrányait még nem tapasztalta meg, nem fordul segítségért,
- ha mégis segítséget kér, vagy hajlandó valakivel őszintén beszélgetni, akkor feladat: valós információk átadása, cél: a kételkedés felkeltése, a kockázatok észlelésének növelése.

### **2. elszánás (kontempláció)**

- már szembesül a szerhasználat negatív következményeivel, a változást illetően azonban még bizonytalan,
- feladat: motiváció fokozása a változás irányába.

### **3. előkészületi stádium:**

- tudja, érzékeli a saját bőrén, hogy több a hátrány, mint az előny,
- előkészül magában a szerről való leszokáshoz,
- feladat: a célok meghatározásában támogatni, megerősíteni.

### **4. akció stádiuma:**

- a serdülő bevonható a terápiás folyamatba,
- konkrét lépések történnek a leszokásra, a szer elhagyására,
- feladat: a változás irányába ható lépések ösztönzése.

### **5. fenntartás stádiuma:**

- a serdülő helyzete, állapota már változott: abbamaradt, vagy mérséklődött a szerfogyasztás,
- feladat a visszaesés megelőzése-relapszus prevenció.

### **6. visszaesés stádiuma:**

- megerősíteni, hogy a kudarc ne szegje kedvét, továbbra is hiszünk benne,
- ösztönzés, bátorítás az újrakezdésre.



## 1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

### 1.2.1. A Szerencsejáték Probléma Súlyossága Kérdőív (PGSI) magyar változata

Jelölje, hogy milyen gyakran fordultak elő Önnel az alábbiak az elmúlt 12 hónap során

Milyen gyakran fordult elő Önnel az ELMÚLT 12 HÓNAPBAN, hogy	soha	néha	gyakran	majdnem mindig
1. ... nagyobb összeget kockáztatott, mint amekkora veszteséget megengedhet magának?	0	1	2	3
2. ... nagyobb összeget kellett kockáztatnia ahhoz, hogy ugyanazt az izgalmat élhesse át, mint korábban?	0	1	2	3
3. ... hogy egy veszteséget követően rövid időn belül visszament, hogy visszanyerje a korábban elveszített pénzét?	0	1	2	3
4. ... pénzt kért kölcsön valakitől vagy eladott valamit, hogy pénzhez jusson a játékhoz?	0	1	2	3
5. ... úgy érezte, hogy problémája van a szerencsejátékkal kapcsolatosan?	0	1	2	3
6. ... a szerencsejáték miatt valamilyen egészségügyi problémája volt; beleértve a stresszt és a szorongást is?	0	1	2	3
7. ... mások szóvá tették, hogy Ön szerencsejátékozik, vagy azt mondták, hogy Önnek problémája van a szerencsejátékkal (függetlenül attól, hogy Ön szerint igazuk volt vagy sem)?	0	1	2	3
8. ... anyagi nehézségei támadtak Önnek vagy az Önnel együtt élőknek a szerencsejáték miatt?	0	1	2	3
9. ... bűntudatot érzett a szerencsejátékozása vagy annak következményei miatt?	0	1	2	3
<b>Kiértékelés:</b> <b>0</b> pont: problémamentes játékos <b>1–2</b> pont: alacsony problémájú játékos <b>3–7</b> pont: közepesen problémás játékos <b>8–...</b> pont: kifejezetten problémás játékos				

Forrás: [99] alapján

### 1.2.2. Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ)

Az alábbiakban az internet-használatoddal kapcsolatos állításokat olvashatsz. Kérjük, jelezd az 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy az egyes állítások mennyire jellemzőek rád

	soha	ritkán	időnként	gyakran	majdnem mindig
1. Amikor nem vagy az interneten, milyen gyakran fantáziálsz az internetről, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most internetezni?	1	2	3	4	5
2. Milyen gyakran hanyagolod el otthoni teendőidet azért, hogy többet internetezhess?	1	2	3	4	5
3. Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kellene az internetezéssel töltött időt?	1	2	3	4	5
4. Milyen gyakran ábrándozol az internetről?	1	2	3	4	5
5. Milyen gyakran internetezel olyankor, amikor inkább aludnod kellene?	1	2	3	4	5
6. Milyen gyakran van úgy, hogy szeretnéd csökkenteni az internetezéssel töltött időt, de nem sikerül?	1	2	3	4	5
7. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha nem internetezhettél annyit, amennyit szeretnél volna?	1	2	3	4	5
8. Milyen gyakran választod az internetezést a partnereddel való együttlét helyett?	1	2	3	4	5
9. Milyen gyakran próbálsz titkolni, hogy mennyi időt töltöttél az interneten?	1	2	3	4	5
10. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál internetezni?	1	2	3	4	5
11. Milyen gyakran szenved hátrányt a munkád vagy a teljesítményed az internetezés miatt?	1	2	3	4	5
12. Milyen gyakran érzed úgy, hogy internethasználatod problémát okoz számodra?	1	2	3	4	5
13. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy depressziósnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem internetezel, és ez az érzés elmúlik, amikor újra bejelentkezel az internetre?	1	2	3	4	5
14. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetben lévőkre arra, hogy túl sok időt töltesz az interneten?	1	2	3	4	5
15. Milyen gyakran veszed észre magadon, amikor internetezel, hogy azt mondd: „csak még egy pár perc és abbahagyom”?	1	2	3	4	5
16. Milyen gyakran álmodsz az internettel?	1	2	3	4	5
17. Milyen gyakran választod az internetezést ahelyett, hogy elmennél valakivel szórakozni?	1	2	3	4	5
18. Milyen gyakran jut eszedbe, hogy segítséget kellene kérned egy pszichológustól vagy pszichiátertől internethasználatod miatt?	1	2	3	4	5

	<b>Obszesszió</b>	<b>Elhanyagolás</b>	<b>Kontroll zavar</b>
	<b>Obsession</b>	<b>Neglect</b>	<b>Control disorder</b>
<b>PIUQ-18</b>	1, 4, 7, 10, 13, 16	2, 5, 8, 11, 14, 17	3, 6, 9, 12, 15, 18
<b>PIUQ-9</b>	7, 10, 13	2, 5, 14	3, 6, 9
<b>PIUQ-6</b>	7, 13	5, 14	6, 9

Forrás: [93, 94, 95, 96] alapján

### 1.2.3. Szerencsejáték-használati Zavar Kérdőív (1)

Jelöld, hogy milyen gyakran fordultak elő veled az alábbiak az elmúlt 12 hónap során

1	Azon kaptad magad, hogy a szerencsejátékozáson tőprengsz, vagy azt tervezted, hogy mikor tudnál játszani?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
2	Előfordult-e, hogy egyre nagyobb összegekkel kellett játszani, ahhoz, hogy elérj az izgalmi szintet, amire vágytál?	nem		igen	
3	Előfordult-e az elmúlt évben akár egyszer is, hogy lényegesen több pénzt játszottál el, mint amennyit terveztél?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
4	Előfordult-e az elmúlt év során, hogy szomorúnak vagy nyugtalannak érezted magad, amikor megpróbáltad csökkenteni vagy abbahagyni a játszást?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
5	Milyen gyakran játszottál azért, hogy ne kelljen a problémáiddal foglalkozni, vagy azért, mert rosszkedvű voltál?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
6	Előfordult-e, hogy egy veszteség után egy másik napon visszamentél és megpróbáltad visszanyerni az összeget?	soha	ritkábban, mint az esetek felében	gyakrabban, mint az esetek felében	mindig
7	Előfordult-e, hogy hazudtál a családodnak a szerencsejáték miatt?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
8	Előfordult-e az elmúlt évben, hogy engedély nélkül elvettél pénzt az alábbiakból?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
a)	ebéd- vagy uzsonnapénzből?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
b)	utazásra szánt pénzből?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
c)	családtagtól?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
d)	családon kívüli személytől?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
e)	egyéb pénzből?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
9/a	Előfordult-e az elmúlt egy évben, hogy veszekedtél családtagoddal, barátoddal vagy valaki mással a szerencsejáték miatt?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran
9/b	Előfordult-e az elmúlt egy évben, hogy a szerencsejáték miatt hiányoztál az iskolából?	soha	egyszer vagy kétszer	néha	gyakran

## PONTOZÁS

Igen válaszznak a kiemelt válaszlehetőségek számítanak (a kérdőív felvételekor a kiemelést törölni szükséges), azaz

1. és 3. kérdés: „gyakran”
2. kérdés: „igen”
4. és 5. kérdés: „néha” vagy „gyakran”
6. kérdés: „gyakrabban, mint az esetek felében”
- 7., 8. és 9. kérdés: „egyszer vagy kétszer”, „néha” vagy „gyakran”

A kérdőíven ily módon maximálisan 9 pont érhető el. Problémás játékosnak a 4 vagy annál több pontot elérő játékosokat tekintjük.

Forrás: [100] alapján

### 1.2.4. Tíz-Tételes Internetes Játék Zavar Teszt (IGDT-10)

Az alábbiakban a videojátékok használatával kapcsolatos állításokat olvashatsz. A kérdőív a VIDEOJÁTÉKOK-ra vonatkozik (platformtól függetlenül, offline és online videojátékokra egyaránt), de az egyszerűség kedvéért az egyes állításoknál csak a „játék” kifejezést használjuk. Kérjük, jelezd egy 0-tól 2-ig terjedő skálán (soha, időnként, gyakran), hogy az egyes állítások milyen gyakran fordultak elő veled az ELMÚLT 12 HÓNAP-ban

	Soha	Időnként	Gyakran
1. Amikor nem játszottál, milyen gyakran fordult elő, hogy a játékról fantáziáltál; felidézted, hogy milyen volt játszani vagy a legközelebbi játékot tervezted?	0	1	2
2. Milyen gyakran fordult elő, hogy nyugtalanak, lehangoltak, ingerlékenyek, dühösnek vagy szomorúnak érezted magad, amikor nem volt lehetőséged játszani, vagy kevesebbet játszottál, mint korábban?	0	1	2
3. Tapasztaltad-e, hogy egyre gyakrabban vagy egyre több időt kell játszani ahhoz, hogy elégednek érezd, amennyit játszottál?	0	1	2
4. Előfordult-e, hogy szeretted volna csökkenteni a játékkal töltött időt, de nem sikerült?	0	1	2
5. Mennyire fordult elő, hogy kevésbé volt kedved találkozni a barátaiddal vagy csökkent az érdeklődésed olyan programok vagy hobbik iránt, amiket korábban kedveltél, mert inkább játszani volt kedved?	0	1	2
6. Jellemző-e rád, hogy sokat játszol annak ellenére, hogy tudatában vagy, hogy ez rossz hatással van az életedre (például nem alszol eleget, nem tudsz megfelelően teljesíteni az iskolában vagy a munkahelyeden, vitát okoz a családtagjaiddal, barátaiddal vagy elhanyagolsz a játék miatt egyéb fontos teendőket, stb.)?	0	1	2
7. Előfordult, hogy megpróbáltad eltitkolni családtagjaid, barátaid, vagy más, számodra fontos személy elől, hogy mennyit játszol, vagy hazudtál nekik emiatt?	0	1	2
8. Előfordult veled, hogy azért játszottál, hogy kevésbé bántson valamilyen kellemetlen érzés (például szorongás, rossz hangulat, bűntudat stb.)?	0	1	2
9. Előfordult, hogy kockára tettél vagy akár el is vesztettél egy fontos kapcsolatot a játszás miatt?	0	1	2
10. Előfordult, hogy rossz hatással volt a tanulmányi vagy munkahelyi eredményeidre a játék?	0	1	2

Forrás: [101] alapján

**Tesztfelvétel:** amennyiben kifejezetten problémás onlinejáték-használatot szeretnénk mérni a kérdőívvel, a „VIDEOJÁTÉKOK-ra vonatkozik (platformtól függetlenül, offline és online videojátékokra egyaránt)” rész helyettesíthető az „ONLINE JÁTÉKOK-ra vonatkozik” résszel.

**Kiértékelés:** Annak érdekében, hogy a kérdőívvel a DSM-5 irányelveit követve mérhessük az Internetes Játék Zavar (Internet Gaming Disorder) kritériumait, az egyes tételeket dichotóm (igen, nem) formába kódoljuk át a

következők szerint: a „soha” és az „időnként” válaszok a kritérium nem-teljesülésének minősülnek (0 pont), míg a „gyakran” választ a kritérium teljesülésének tekintjük (1 pont).

**Fontos:** A 9-es és a 10-es kérdések ugyanahhoz a kritériumhoz tartoznak, így akár a 9-es, akár a 10-es tételre (vagy mindkettőre) adott „gyakran” válasz mindössze 1 pontnak számít. Ezt követően összeadjuk az egyes válaszok pontszámait, és megkapjuk az összpontszámot, amely 0 és 9 között terjedhet. A DSM-5 öt vagy több kritérium esetén tekinti az esetet klinikai szempontból relevánsnak.

### 1.2.5. Problémás Online Játék Kérdőív (POGQ)

Az alábbiakban az internetes online játékok használatával kapcsolatos állításokat olvashatsz. A kérdőív **KIZÁRÓLAG AZ INTERNETES (ONLINE) JÁTÉKOKRA VONATKOZIK**, de az egyszerűség kedvéért az egyes állításoknál csak a „játék” kifejezést használjuk. Kérjük, jelezd az 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy az egyes állítások mennyire, milyen gyakran jellemzőek rád

	soha	ritkán	időnként	gyakran	majdnem mindig
1. Amikor nem játszol, milyen gyakran fantáziálsz a játékról, vagy gondolsz arra, hogy milyen lenne most játszani?	1	2	3	4	5
2. Milyen gyakran fordul elő, hogy többet játszol, mint ahogyan azt eredetileg tervezted?	1	2	3	4	5
3. Milyen gyakran fordul elő veled, hogy lehangoltnak, szomorúnak, idegesnek érzed magad, amikor nem játszol, de aztán ez az érzés elmúlik, amikor játszani kezdesz?	1	2	3	4	5
4. Milyen gyakran érzed úgy, hogy csökkentened kellene a játékkal töltött időt?	1	2	3	4	5
5. Milyen gyakran panaszkodnak a környezetemben lévőkre arra, hogy túl sok időt töltesz a játékkal?	1	2	3	4	5
6. Milyen gyakran fordul elő, hogy nem találkozol egy barátoddal, mert inkább játszani szeretnél?	1	2	3	4	5
7. Milyen gyakran ábrándozol a játékról?	1	2	3	4	5
8. Milyen gyakran fordul elő, hogy játék közben nem érzékeled, milyen gyorsan múlik az idő?	1	2	3	4	5
9. Milyen gyakran érzed magad nyugtalannak, feszültnek, ha nem játszhattál annyit, amennyit szeretnél volna?	1	2	3	4	5
10. Milyen gyakran fordul elő, hogy szeretnéd csökkenteni a játékkal töltött időt, de nem sikerül?	1	2	3	4	5
11. Milyen gyakran fordul elő, hogy veszekedésre kerül sor a szüleiddel vagy partnerreddel a játék miatt?	1	2	3	4	5
12. Milyen gyakran fordul elő, hogy nemet mondasz egy programra, mert inkább játszani szeretnél?	1	2	3	4	5
13. Milyen gyakran érzed úgy játék közben, mintha megállna az idő?	1	2	3	4	5
14. Milyen gyakran érzed nyugtalannak, feszültnek magad, ha több napig nem tudtál játszani?	1	2	3	4	5
15. Milyen gyakran érzed úgy, hogy játék problémákat okoz számodra?	1	2	3	4	5
16. Milyen gyakran választod a játszást ahelyett, hogy elmennél valakivel szórakozni?	1	2	3	4	5
17. Milyen gyakran fordul elő, hogy annyira	1	2	3	4	5

belemerülsz a játékba, hogy észre sem veszed, hogy megéheztél?					
18. Milyen gyakran fordul elő, hogy ideges leszel vagy kiborulsz, ha nem tudsz játszani?	1	2	3	4	5

	Preoccupation	Immersion	Withdrawal	Overuse	Interpersonal conflicts	Social isolation
	obszesszió	belefeledkezés	megvonás	túlhasználat	interperszonális konfliktus	társas izoláció
<b>POGQ-18</b>	<b>1, 7</b>	<b>2, 8, 13, 17</b>	<b>3, 9, 14, 18</b>	<b>4, 10, 15</b>	<b>5, 11</b>	<b>6, 12, 16</b>
<b>POGQ-12</b>	<b>1, 7</b>	<b>2, 8</b>	<b>3, 14</b>	<b>4, 10</b>	<b>5, 11</b>	<b>6, 12</b>

Forrás: [102] alapján

### 1.2.6. Bergen Közösségi Média Függőség Skála (BSMAS)

A következőkben a közösségi oldalak (Facebook, Twitter stb.) használatával kapcsolatban olvashatsz néhány állítást. Válaszolj a kérdésekre aszerint, hogy milyen gyakran tapasztaltad az elmúlt 12 hónapban a következőket

<b>Az elmúlt 12 hónapban...</b>	soha	ritkán	időnként	gyakran	majdnem mindig/mindig
1. ... sokat gondoltam a közösségi oldalra, vagy arra, hogy mit fogok csinálni, ha belépek.	1	2	3	4	5
2. ... késztetést éreztem, hogy egyre több időt töltsék a közösségi oldalon.	1	2	3	4	5
3. ... arra használtam a közösségi oldalt, hogy megfeleldezzek a személyes problémáimról.	1	2	3	4	5
4. ... megpróbáltam kevesebb időt tölteni a közösségi oldalon, de nem sikerült.	1	2	3	4	5
5. ... nyugtalanná vagy zaklatottá váltam, ha nem használhattam a közösségi oldalam.	1	2	3	4	5
6. ... a közösségi oldalon töltött idő negatív hatással volt a tanulmányi eredményemre vagy a munkámra.	1	2	3	4	5

Forrás: [103] alapján

### PONTOZÁS

Problémás használat: 19 vagy több pont

### 1.3. Táblázatok

#### 1. sz. táblázat: DSM-5 és BNO-10 szerinti diagnosztikus kritériumrendszer

DSM-5	BNO-10
<p><b>Szerhasználat zavarok:</b> A) A szer használatának olyan problematikus mintázata, mely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy szenvedéshez vezet, ami az alábbiak közül legalább kettőben megnyilvánul egy 12 hónapos időszak alatt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A személy gyakran fogyaszt nagyobb mennyiségű szert vagy hosszabb időn keresztül, mint azt szeretné.</li> <li>2. Tartós vágy vagy sikertelen próbálkozások a szerhasználat csökkentésére vagy uralására.</li> <li>3. A személy jelentős mennyiségű időt fordít a szer beszerzésével, használatával vagy hatásaiból való felépülésével kapcsolatos tevékenységekre.</li> <li>4. A szer használata iránti sóvárgás, erős vágy vagy készletelés.</li> <li>5. Visszatérő szerhasználat, mely a munkahelyi, iskolai vagy otthoni szerepkötelezettségek teljesítésének kudarcát eredményezi.</li> <li>6. Folyamatos szerhasználat a szer hatásainak következtében kialakuló vagy azok következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő társas és interperszonális problémák ellenére.</li> <li>7. A fontos társas, foglalkozásbeli vagy szabadidős tevékenységek feladása vagy csökkenése a szerhasználat következtében.</li> <li>8. Ismétlődő szerhasználat olyan helyzetekben, ahol ez fizikai veszélyt jelent.</li> <li>9. Folyamatos szerhasználat a nagy valószínűséggel a szerhasználat következtében kialakuló vagy annak következtében súlyosbodó, tartósan fennálló vagy visszatérő testi vagy pszichológiai problémák ellenére.</li> <li>10. Tolerancia, az alábbi definíciók bármelyike alapján:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a.) Az intoxikáció vagy a kívánt hatás eléréséhez szükséges szer mennyiségének kifejezett megnövekedése.</li> <li>b.) Ugyanolyan mennyiségű szer alkalmazásakor kifejezett hatáscsökkenés.</li> </ol> </li> <li>11. Megvonás, mely az alábbiak valamelyikében nyilvánul meg.             <ol style="list-style-type: none"> <li>a.) Jellegzetes szermegvonási szindróma.</li> <li>b.) Szer fogyasztása a megvonási tünetek enyhítésére vagy elkerülésére.</li> </ol> </li> </ol> <p>Jelölhető: Korai remisszió Tartós remisszió Kontrollált környezet Súlyosság: Enyhe: 2 vagy 3 tünet van jelen Mérsékelten súlyos: 4 vagy 5 tünet van jelen Súlyos: 6 vagy több tünet van jelen</p>	<p><b>Abúzus:</b> A pszichoaktív szer használatának olyan módja, mely egészségkárosodást okoz. A károsodás lehet fizikai (mint pl. hepatitis a pszichoaktív szerek injekciós önadagolásától) vagy mentális (mint pl. a nagy mennyiség alkohol fogyasztását követő depressziós időszakok).</p> <p><b>Dependencia:</b> Viselkedési, kognitív és fiziológiai jelenségek meghatározott együttese, amelyik ismételt használatot követően alakulhat ki. A következők jellemzik: erős vágy a gyógyszer bevételére, a használatának a kontrollálási nehézsége, a káros következmények ellenére a szedés folytatása, a drog szedésének az előnyben részesítése más aktivitásokkal szemben, és hiányérzet, megnövekedett tolerancia, valamint néha fizikai megvonási tünetek. A dependencia kialakulhat egy meghatározott szerre (mint pl. dohány, alkohol, vagy diazepam), vagy a szerek egy csoportjára (opiátok) vagy farmakológiailag különböző gyógyszerek széles fajtáira.</p>
<p><b>Szer kiváltotta zavarok</b></p>	<p><b>Intoxikáció</b> Kritériumok szercsoport specifikusak, lsd. DSM-5 referencia kézikönyv</p> <p><b>Akut intoxikáció:</b> Pszichoaktív szer adását követően kialakuló tudat- és percepciózavar, kognitív, affektív vagy viselkedési zavar, illetve más pszichofiziológiai funkció és válasz zavara. A zavar közvetlenül</p>

		<p>kapcsolatba hozható a kapott szer akut farmakológiai hatásával, és idővel oldódik, teljes tünetmentességgel, kivéve, ha szövétkárosodás vagy más komplikáció nem lépett fel. A komplikáció lehet trauma, aspiráció, delirium, koma, görcsök, és más egészségügyi szövődmény.</p> <p>A komplikáció függ a kapott (gyógy)szer farmakológiai osztályától és adagolásának módjától.</p>
	<p><b>Megvonás</b> Kritériumok szercsoport specifikusak, lsd. DSM-5 referencia kézikönyv</p>	<p><b>Megvonási szindróma:</b> A szer állandó használatát követően relatív vagy teljes megvonás után kialakuló különböző, változatos csoportjai a tüneteknek. A kezdete és a lefolyása időben behatárolt, és a pszichoaktív szer típusától valamint az abbahagyás vagy a jelentős mérséklés előtti, legutoljára használt dózis nagyságától függ. A megvonás komplikációja lehet az alkalmi konvulzió.</p> <p><b>Megvonási szindróma delíriummal:</b> Az az állapot, mikor a megvonási szindróma szövődik delíriummal, az F05.-pontban leírt kritériumok szerint. Konvulziók szintén előfordulhatnak. ha organikus okok is számításba jönnek a delírium kialakulásában, akkor az F05.8 pontnál kell besorolni.</p>
	<p><b>Egyéb szer/gyógyszer kiváltotta mentális zavarok</b> (pszichotikus zavarok, bipoláris és kapcsolódó zavarok, depresszív zavarok, szorongásos zavarok, kényszeres és kapcsolódó zavarok, alvászavarok, szexuális diszfunkciók, delírium és neurokognitív zavarok)</p> <p>Kritériumok szercsoport specifikusak, lsd. DSM-5 referencia kézikönyv</p>	<p><b>Pszichotikus zavar:</b> Pszichotikus tünetek egy csoportja észlelhető pszichoaktív szer használata vagy azt követően, és a tünetek nem magyarázhatók akut intoxikációval vagy megvonással. Jellemzik a hallucinációk (tipikusan akusztikusak, de gyakran több mint egy szenzoros modalitásúak), percepció zavarai, téveszmék (gyakran paranoid vagy üldöztetési tartalmakkal), pszichomotorium zavara (nyugtalanág vagy stupor), és abnormális affektusok, az intenzív félelemtől az eksztázisig. A sensorium tiszta, de enyhe tudatzavar, nem súlyos zavartság, lehetséges.</p> <p><b>Amnesztikus szindróma:</b> A megőrző emlékezés (a rövid és hosszú távú memória) krónikus és kifejezett károsodása jellemzi ezt a szindrómát. Az azonnali felidézés (a megjegyző emlékezés) megkímélt és a közeli emlékek nagyobb mértékben károsodtak, mint a távoliak. Az időérzés és a dolgok sorrendiségének a zavara szembevetendő, épp úgy, mint az új dolgok megtanulási nehézsége. Konfabuláció kifejezett lehet, de nem mindig észlelhet. Más kognitív funkciók relatíve jól megkíméltek, és az amnesztikus deficit összehasonlíthatatlanul</p>



	nagyobb a többi zavarhoz képest.
--	----------------------------------

Forrás: [2, 6] alapján

**2. sz. táblázat:** Specifikus szerhasználat mellett kialakuló megvonási tünetegyüttesek jellemzői

Alkohol	Koffein	Kannabisz	Opioidok	Szedatívumok/ Nyugtatók/ Szorongásoldók	Stimulánsok	Dohányzás Nikotin
Autonóm i.r. hiperaktivitás (pl. izzadás, 100/perc-nél magasabb pulzusszám)	Fejfájás	Ingerlékenység, harag, agresszió	Diszfóriás hangulat	Autonóm hiperaktivitás (pl. izzadás, 100/perc-nél magasabb pulzusszám)	Fokozott fáradtság	Ingerlékenység, harag, agresszió
Kézremegés	Fokozott fáradtság vagy álmoság	Idegesség vagy szorongás	Hányinger vagy hányás	Kézremegés	Élénk, kellemetlen álmok	Szorongás
Álmatlanság	Diszfóriás vagy depresszív hangulat/ Ingerlékenység	Alvási nehézség	Izomfájdalom	Álmatlanság	Álmatlanság vagy hiperszomnia	Koncentrációs nehézség
Hányinger, hányás	Koncentrációs nehézség	Étvágytalanság és súlycsökkenés	Könnyezés vagy orrfolyás	Hányinger, hányás	Fokozott étvágy	Fokozott étvágy
Vizuális, taktilis vagy auditoros hallucinációk, illúziók	Influenzaszerű tünetek (hányinger, hányás, izomfájdalom)	Nyugtalan-ság	Pupilla-dilatáció, pilo-erekció vagy izzadás	Vizuális, taktilis vagy auditoros hallucinációk, illúziók	Pszichomotoros retardáció vagy agitáció	Nyugtalan-ság
Pszichomotoros agitáció		Depresszív hangulat	Diaré	Pszichomotoros agitáció		Depresszív hangulat
Generalizált tónusos-klónusos roham		Alhasi fájdalom, remegés, verejtékezés, láz, hidegrázás vagy fejfájás	Álmoság ástítási kényszer	Szorongás		Álmatlanság
Szorongás			Hőemelkedés, láz	Grand roham		
			Álmatlanság			

Forrás: [2] alapján

**3. sz. táblázat:** Specifikus szerhasználat mellett kialakuló komorbid zavarok az intoxikáció vagy a megvonás függvényében

	Pszichotikus zavar	Hangulat zavar	Szorongásos zavar	Alvás zavar	Szexuális diszfunkció	Delirium	Neurokognitív zavar
Alkohol	I/M	I/M	I/M	I/M	I/M	I/M	I/M
Koffein			I	I/M			
Kannabisz	I		I	I/M		I	
Hallucinogének	I	I	I			I	
Inhalánsok	I	I	I			I	I
Opioidok		I/M	M	I/M	I/M	I/M	
Szedatívumok/ nyugtatók/ szorongásoldók	I/M	I/M	M	I/M	I/M	I/M	I/M
Stimulánsok	I	I/M	I/M	I/M	I	I	
Dohányzás /nikotin				M			

Forrás: [2] alapján

Megjegyzés:

I= Intoxikációval kezdődő vagy ahhoz köthető zavar specifikációjának szüksége

M= Megvonással kezdődő vagy ahhoz köthető zavar specifikációjának szüksége

I/M= Intoxikáció és megvonás esetén egyaránt fellépő zavar specifikációjának szüksége

**4. sz. táblázat:** Szerhasználat során gyakori tünetek, melyek differenciáldiagnosztikai megfontolást igényelnek

Tünet	Pszichiátriai kórkép (Diff.dg.) BNO-10
Alacsony hangulat, kiüresedés érzés	Major depresszió (F32), Disztímia (F34.1)
Hangulatingadozás	Bipoláris zavar (F30, F31), Ciklotímia (F34.0)
Paranoiditás fokozódás	Deluzív zavar (F22), Akut és átmeneti pszichotikus zavar csoport (F23)
Hallucinátoros élmények	Akut és átmeneti pszichotikus zavar csoport (F23)
Szívdobogás, légszomj, halálfélelem	Pánik zavar (F41)
Emlékezetkiesés	Disszociatív amnézia (F44.0)
Viselkedésváltozás, Funkcióromlás	Hangulatzavarok csoport (F30-39), Akut és átmeneti pszichotikus zavar csoport (F23)

Forrás: [6] alapján

**5. sz. táblázat:** Pszichoaktív szerek esetén intoxikációs tünetek és jelek

Pszichoaktív szer típusa	Tünetek és jelek
Alkohol	<p><b>Enyhe-Közepes súlyosságú intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- koordinációs nehézségek</li> <li>- ataxia</li> <li>- nystagmus</li> <li>- belövellt konjunktíva</li> <li>- akadozó/elkent beszéd</li> <li>- stupor</li> <li>- ortosztatisz hipotenzió</li> <li>- gasztrointesztinális vérzés</li> </ul>
	<p><b>Súlyos intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- légzés-depresszió</li> <li>- kóma</li> <li>- halál</li> </ul> <p>(Serdülők esetén ritkán fordul elő krónikus szövődmény: pl. hasnyálmirigy gyulladás, cirrózis)</p>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ellenséges magatartás</li> <li>- fokozott izgatottság</li> <li>- pszichotikus állapot</li> </ul>
Kannabisz/ Hasis	<p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eufória</li> <li>- szenzoros stimuláció</li> <li>- belövellt konjunktíva</li> <li>- fényérzékenység</li> <li>- nystagmus</li> <li>- kettóslátás</li> <li>- fokozott étvágy</li> <li>- autonóm diszfunkciók (pl. tachycardia, hipertenzió, ortosztatisz hipertenzió)</li> <li>- átmeneti bronchodilatáció (légút tágulat)</li> </ul>
	<p><b>Krónikus intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- emlőduzzanat</li> <li>- reaktív légúti megbetegedés</li> <li>- alacsonyabb spermaszám</li> <li>- súlynövekedés</li> <li>- letargia</li> <li>- amotivációs szindróma</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pánik/pánik roham</li> <li>- delirium</li> <li>- pszichózis</li> <li>- flashback szindróma</li> </ul>
Hallucinogének (pl. LSD, varázsgomba, peyote, látnokzsálya)	<p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perceptuális (vizuális, auditoros) torzulások és hallucinációk</li> <li>- nystagmus</li> <li>- deperszonalizációs érzések</li> <li>- enyhe hányinger</li> <li>- tremor</li> <li>- tachycardia</li> <li>- hipertenzió</li> <li>- fokozott reflex</li> </ul>

	<p><b>Krónikus intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- flashback szindróma</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pánik/pánik roham</li> <li>- paranoia</li> <li>- pszichózis</li> </ul>
Inhalánsok (pl. N <sub>2</sub> O, oldószerek, csavarlazítók, ragasztóanyagok, hajtógáz)	<p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eufória</li> <li>- dezorientáció</li> <li>- szedáció</li> <li>- belövellt konjunktíva</li> <li>- a központi idegrendszer, a máj és a vesék akut mérgezése</li> <li>- nitrátok esetén hipoxémia, hipotenzió</li> </ul>
	<p><b>Krónikus intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perifériális idegek, központi idegrendszer, máj és vese károsodása</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- szívritmuszavar</li> <li>- szívmegállás</li> </ul>
Stimulánsok (pl. kokain, crack, amfetaminok, metilfenidát, katinon-származékok)	<p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- feldobottság</li> <li>- eufória</li> <li>- nyugtlanság</li> <li>- ingerlékenység</li> <li>- álmatlanság</li> <li>- dilatált pupilla</li> <li>- tachycardia</li> <li>- szívritmuszavar</li> <li>- mellkasi fájdalom</li> <li>- hipertenzió</li> <li>- étvágytalanság</li> <li>- magas láz</li> <li>- fokozott reflex</li> </ul>
	<p><b>Krónikus intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zavartság</li> <li>- szenzoros hallucinációk</li> <li>- pszichózis</li> <li>- paranoia</li> <li>- depresszió</li> <li>- orrbaszipantás esetén gyulladt nyálkahártya</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- szívmegállás</li> <li>- hipertenzív krízis</li> <li>- görcsroham</li> </ul>
Depresszáns gyógyszerek (benzodiazepin)	<p><b>Enyhe-Közepes súlyosságú intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- központi idegrendszer szedáció</li> <li>- pupilla szűkület</li> <li>- dezorientáció</li> <li>- elkent beszéd</li> <li>- támolygó járás</li> </ul>
	<p><b>Súlyos intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- légzés depresszió</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hipotermia</li> <li>- kóma</li> <li>- halál</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hiperexcitabilitás</li> <li>- gátolatlanság</li> </ul>
Narkotikumok (pl. heroin és egyéb opiátok, opiát-tartalmú gyógyszerek)	<p><b>Akut intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eufória</li> <li>- pupilla szűkület</li> <li>- légzés depresszió</li> <li>- meglassúbodott pupilla reflex</li> <li>- szívverés lassulása</li> <li>- hipotenzió</li> <li>- székrekedés</li> </ul>
	<p><b>Krónikus intoxikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intravénás használatból eredő komplikációk és szövődmények: Hepatitis B/C, HIV/AIDS, Szubakut bakteriális Endocarditis, agytályog</li> </ul>
	<p><b>Patológias intoikáció:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- légzésbénulás</li> <li>- halál</li> </ul>

Forrás: [97, 98] alapján

**6. sz. táblázat:** Pszichoaktív szerek esetén megvonási tünetek és javasolt farmakoterápiás kezelés

Pszichoaktív szer típusa	Megvonás	
	Tünetek és jelek	Javasolt kezelés
Alkohol	<p><b>Enyhe-Közepes súlyosságú megvonás:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyugtalanág</li> <li>- Agitáció</li> <li>- Tremor</li> <li>- Fokozott érzékenység a szenzoriális ingerekre</li> <li>- Hányinger, hányás</li> <li>- Autonóm hiperaktivitás (tachycardia, hipertenzió, hipertermia)</li> <li>- Szorongás</li> <li>- Depresszió</li> <li>- Fejfájás</li> <li>- Álmatlanság</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiamin Adagolás<sup>1,2</sup></li> <li>- 100 mg im.</li> <li>- Benzodiazepinek* chlordiazepoxide<sup>1</sup></li> <li>- Adagolás<sup>1</sup></li> <li>- 1. nap: 25-50 mg/ nap (4 részre osztva, tehát 6 óránkénti adagolásban)</li> <li>- 2-3. nap: 25 mg /nap (4 részre osztva, tehát 6 óránkénti adagolásban)</li> <li>- diazepam<sup>1</sup></li> <li>- Adagolás<sup>2</sup></li> <li>- 1-2. nap: 4 x 2.5 mg</li> <li>- 3. nap: 3 x 2.5 mg</li> <li>- 4. nap: 2 x 2.5 mg</li> <li>- 5. nap: 1 x 2.5 mg</li> <li>- clonazepam<sup>1</sup></li> <li>- Adagolás<sup>3</sup></li> <li>- 1-1,5 mg/nap, 2-3 adagra elosztva. Az adag 0,25-0,5 mg-mal emelhető 3 naponta, max. 0,2 mg/ttkg/nap (Megj: a fenti adagolás 10-16 év között biztonságos, azonban indikáción túli, engedély szükséges)</li> <li>- Multivitaminok</li> </ul>
	<p><b>Súlyos megvonás:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Görcsroham</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Görcsroham esetén:</b></li> <li>- Benzodiazepinek</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hallucináció</li> <li>- Delirium</li> <li>- Halál</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diazepam Adagolás<sup>1</sup></li> <li>- 0,2-0,5 mg/kg, max. 10mg vagy 0,5mg/kg</li> <li>- <b>Hallucinációk esetén:</b></li> <li>- Haloperidol<sup>1</sup> Adagolás<sup>3</sup></li> <li>- Gyermekek 3-12 éves korig</li> <li>- kezdő dózis összesen 0,5 mg/nap, szájon át, lehetőleg több dózissal osztva</li> <li>- elérendő dózistartomány 1-4 mg/nap, szájon át, több dózissal osztva</li> <li>- maximális dózis 6 mg/nap, szájon át, több dózissal osztva</li> <li>- Serdülők 13-17 éves korig</li> <li>- kezdő dózis összesen 0,5 mg/nap, szájon át, lehetőleg több dózissal osztva</li> <li>- elérendő dózistartomány 1-6 mg/nap, szájon át, több dózissal osztva</li> <li>- maximális dózis 10 mg/nap, szájon át, több dózissal osztva.</li> </ul>
<p>Kannabisz/ Hasis</p>	<p><b>Krónikus használat esetén megvonás:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enyhe ingerlékenység</li> <li>- Agitáció</li> <li>- Álmatlanság</li> <li>- Fejfájás</li> <li>- EEG változások</li> <li>- Sóvárgás</li> <li>- Étvágytalanság</li> <li>- Szorongás</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Páciens megnyugtató</li> <li>- <b>Fejfájás esetén</b></li> <li>- acetaminophen<sup>4</sup> Adagolás<sup>4</sup></li> <li>- 325-650 mg 4 óránként</li> <li>- ibuprofen<sup>4</sup> Adagolás<sup>4</sup></li> <li>- 200-400 mg 4 óránként (max. 1200mg/nap)</li> <li>- <b>Hányinger, hányás esetén</b></li> <li>- diphenhydramine<sup>4</sup> Adagolás<sup>4</sup></li> <li>- 25-100 mg 6-8 óránként sz.e.</li> <li>- Adagolás<sup>3</sup></li> <li>- 50-100 mg 4-6 óránként sz.e., max. 400 mg/nap</li> <li>- <b>Agitáció, agresszivitás esetén:</b></li> <li>- alacsony dózisu második-generációs antipszichotikum<sup>4</sup> (pl. 5mg olanzapine*<sup>4</sup>,</li> <li>- 25-50mg quetiapine*<sup>4</sup>*risperidone)</li> </ul> <p>Megjegyzés: Javasolt az olanzapine és a quetiapine helyett a Mo-n 18 év alatt törzskönyvezett antipszichotikumok alkalmazása (pl. haloperidol)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- diazepam*<sup>2,4</sup> Adagolás<sup>2</sup></li> <li>- 1-2. nap: 4 x 2.5 mg</li> <li>- 3. nap: 3 x 2.5 mg</li> <li>- 4. nap: 2 x 2.5 mg</li> <li>- 5. nap: 1 x 2.5 mg Adagolás<sup>4</sup></li> </ul> <p>-Maximum 20 mg elosztott dózisban, 3-5 nap alatt lecsökkentett dózisban elhagyni, max. 5 napos kezelés</p>

<p>Hallucinogének (pl. LSD, varázsgomba, peyote, látnokzsálya)</p>	<p>- Pszichés tünetek: pl. nyugtalanság</p>	<p>- Páciens megnyugtató</p>
<p>Inhalánsok (pl. N<sub>2</sub>O, oldószer, csavarlazítók, ragasztóanyagok, hajtógáz)</p>	<p>- Pszichés tünetek: pl. nyugtalanság</p>	<p>- Páciens megnyugtató - Szupportív ellátás</p>
<p>Stimulánsok (pl. kokain, crack, amfetaminok, metilfenidát, katinon-származékok)</p>	<p><b>Krónikus használat esetén a megvonás:</b> - Súlyos depresszió - szuicid/gyilkossági ideáció kíséretével - Kimerültség - Elnyújtott alvás - Mohó étvágy</p>	<p>- Páciens megnyugtató és obszervációja - <b>Agitáció, agresszió esetén:</b> - Diazepam*<sup>4</sup> Adagolás<sup>4</sup> - 5-10 mg kezdő dózis, sz.e. 30-60 percenként ismételt, maximum 20 mg/ nap az első két napon, majd csökkentett dózissal max. 5 nap alatt elhagyni</p>
<p>Depresszáns gyógyszerek (benzodiazepin)</p>	<p><b>Enyhe-Közepes súlyosságú megvonás:</b> - Nyugtalanság - Szorongás - Agitáció - Tremor - Alhasi görcs - Hányinger, hányás - Fokozott reflex - Hipertenzió - Fejfájás - Álmatlanság</p> <p><b>Súlyos megvonás:</b> - Görcsroham - Delírium - Magas láz - Hallucinációk - Halál</p>	<p>- A függőséget okozó szer fokozatos megvonása a páciensről - Rövid-hatású benzodiazepinek cseréje hosszú hatású benzodiazepinek-re, majd dóziscsökkentés*</p> <p>- <b>Görcsroham esetén:</b> - diazepam<sup>1</sup> - <b>Hallucinációk esetén:</b> - haloperidol<sup>1</sup> (lásd: alkohol megvonás kezelése)</p>
<p>Narkotikumok (pl. heroin és egyéb opiátok, opiát-tartalmú gyógyszerek)</p>	<p><b>Krónikus használat esetén a megvonás:</b> - Nyugtalanság - Könnyezés - Pupilla dilatáció - Orrfolyás - Izzadás - Kipirult arc - Tachycardia - Hipertenzió - Izomgörcs - Alhasi görcs - Hányinger, hányás - Hasmenés</p>	<p>- <b>Szubsztitúciós terápia opioid kábítószerfüggőség esetén:</b> - Buprenorfin + naloxone (Suboxone)<sup>3</sup> Adagolás<sup>3</sup> - A kezelés elkezdése (indukció) A felnőttek és 15 évesnél idősebb serdülők esetében javasolt kezdődózis egy vagy két Suboxone 2 mg/0,5 mg. További egy vagy két Suboxone 2 mg/0,5 mg adható az első napon a beteg egyéni szükségleteinek megfelelően. Az iniciációs kezelés alatt az adagolás napi rendszerességgel végzett ellenőrzése ajánlott a dózis megfelelő nyelvalatti elhelyezésének biztosítása és a betegek kezelésre adott reakciójának megfigyelése érdekében,</p>

		<p>ami a dózis hatékony beállítását célozza, a klinikai hatásnak megfelelően.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dózismódosítás és fenntartó kezelés: Az első napon végzett indukciós kezelést követően, a rákövetkező néhány nap során be kell állítani egy stabil fenntartó dózist az egyes betegek esetében észlelt klinikai hatás szerint végzett progresszív dózismódosítással. A 2-8 mg-os lépésekben végzett dózisbeállítást a beteg klinikai és pszichés állapotának újraértékelése alapján kell végezni, miközben a maximális napi egyszeri adag nem haladhatja meg a 24 mg-ot.</li><li>- Methadone*<ul style="list-style-type: none"><li>Adagolás akut detoxifikációban<sup>1</sup>:</li><li>- fiatalkorúaknál 0,7 mg/kg naponta 4-6 óránként</li><li>Adagolás:<sup>3</sup></li><li>- Felnőtt dozírozás: A dózis egyedi beállítást igényel. A gyógyszer kezdő adagja általában 10 mg. A dózis a kívánt hatás eléréséhez szükséges legkisebb fenntartó adagig emelhető. A szokásos napi adag: 20-120 mg egyszerre vagy két részre elosztva.</li></ul></li></ul>
--	--	---

Forrás: [97, 98] alapján

**Jelmagyarázat:**

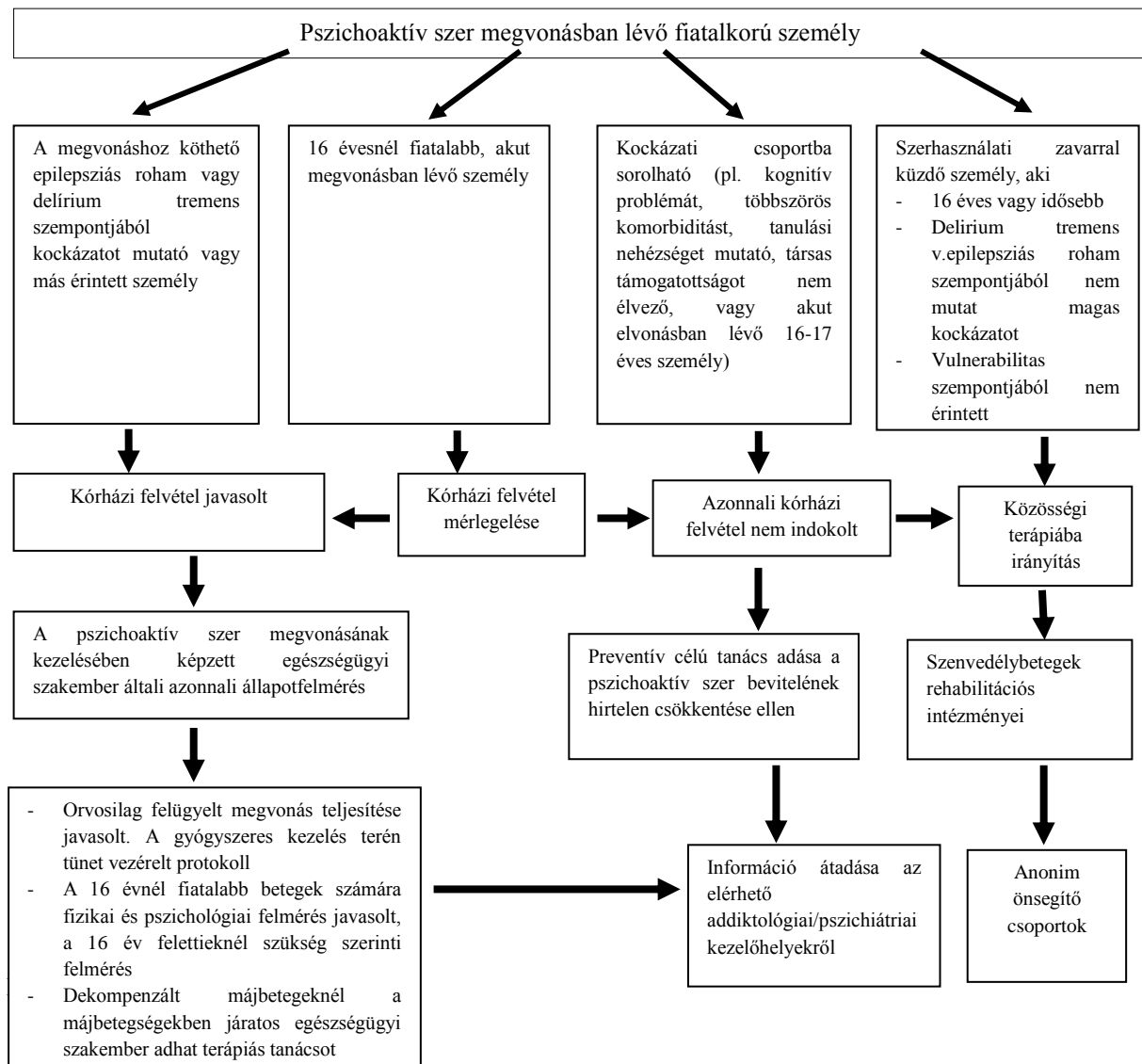
<sup>1</sup> [97], <sup>2</sup> [98], <sup>3</sup> Magyarországi OGYÉI alkalmazási előirat,

\* Magyarországon indikáción túli alkalmazásnak számít, ezért egyéni OGYÉI engedély szükséges. (lásd egyéb dokumentumok)



## 1.4. Algoritmusok

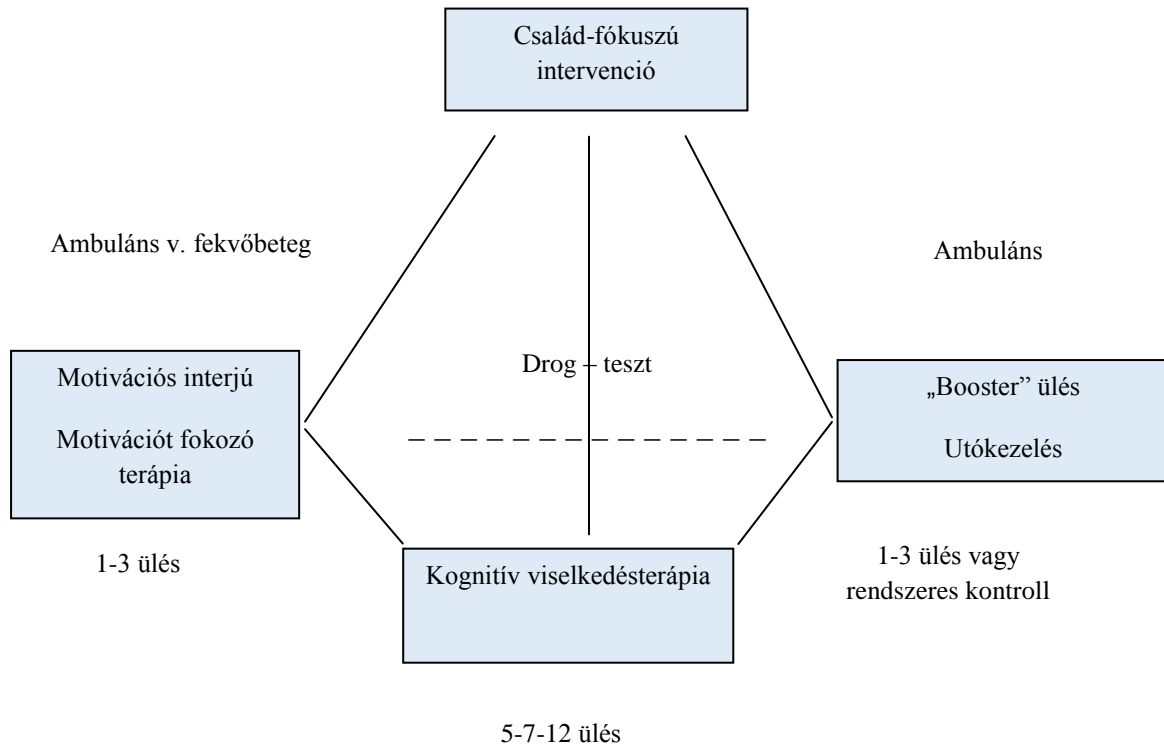
### 1. sz. folyamatábra: Akut pszichoaktív szer megvonásban lévő fiatalok személy ellátása



Forrás: [28] alapján

**2. sz. folyamatábra:** A javasolt intervenciók időbeli sorrendje és hossza

Ambuláns, fekvőbeteg, rehabilitációs



Farmakoterápiás intervenció az akut és krónikus intoxikáció, ill. az azt követő megvonás kezelésére (terápiás folyamat során, amennyiben indokoltá válik)

Forrás: [21, 22, 52] alapján

## 1.5. Egyéb dokumentumok

### Kérelem indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezésére

**Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi  
Intézet**

**Kelt: ....., 20.....**

**1372 Budapest 5, Pf. 450.**

**Fax: (1) 886-9460**

#### **KÉRELEM INDIKÁCIÓN TÚLI GYÓGYSZERRENDELÉS ENGEDÉLYEZÉSÉRE**

Az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet 2/A. §-ában foglaltaknak megfelelően kérem az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézettől indikáción túli gyógyszerrendelés engedélyezését az alábbiak szerint

- sürgősséggel (amit külön mellékletben indokolok)
- a szokásos eljárási rendben

A kérelmező orvos adatai

A kérelmet előterjesztő kezelőorvos neve: .....

Munkahelye: .....

Szakorvosi képesítése: .....

A beteg adatai

A beteg neve: .....

Születési ideje: .....

TAJ száma: .....

Betegsége: .....

Nyilatkozattételre jogosult személy neve: .....

A gyógyszer adatai

A gyógyszer neve: .....

Hatóanyaga(i): .....

Hatásereje: .....

Gyógyszerformája: .....

Kiszerezése: .....

A forgalomba hozatali engedély jogosultja: .....

A gyógyszer forgalomban van (megjelölendő):

- Magyarországon (ha nem, akkor)
- az Európai Gazdasági Térség tagállamában, például: .....  
(ha nem, akkor)
- más országban, éspedig: .....

Az indikáción túli gyógyszerrendelés adatai

Az engedélyezni kért javallat: .....

Első ízben az adott beteg esetében az addig alkalmazott kezelés és annak indoklása, hogy az miért nem volt eredményes:

A gyógyszer tervezett adagolása: .....

A kezelés várható időtartama:

folyamatos

meghatározható, és pedig: .....

E kérelemhez csatolom:

nyilatkozatomat, ami szerint vállalom, hogy a kezelés lezárultakor, valamint folyamatos kezelés esetén az OGYÉI által meghatározott időközönként az OGYÉI-nek részletes, kiértékelhető jelentést küldök a beteg állapotáról, a kezelésről, annak eredményéről, valamint az esetleges mellékhatásokról

a beteg (illetve a nyilatkozattételre jogosult személy) nyilatkozatát, hogy hozzájárul a gyógyszer indikáción túli alkalmazásához

.....  
kérelmező kezelőorvos

P. H.