

Buprenorphin/naloxon szubsztitúció alatt álló ópiátfüggők pszichoszociális tüneteinek változásai hathónapos terápia során

PETKE ZSOLT¹, CSORBA JÓZSEF², MÉSZÁROS JUDIT³, VINGENDER ISTVÁN³, FARKAS JUDIT⁴, DEMETROVICS ZSOLT⁴, KOVÁCS ZSUZSANNA⁵, MENCZEL ZSUZSA⁵, PATAKI ZOLTÁN⁶, SIMOR PÉTER⁷, HAVASI ANNA³, MELLES KATALIN⁸, MÁRVÁNYKÖVI FERENC⁹ ÉS RÁCZ JÓZSEF^{1,9}

¹ SE-ETK, Addiktológiai Tanszék

² Nyíró Gyula Kórház, Drogambulancia és Prevenációs Központ

³ SE-ETK

⁴ ELTE-PPK, Klinikai Pszichológiai és Addiktológiai Tanszék

⁵ SE-ETK, Alkalmazott Pszichológiai Tanszék

⁶ Magyar Ökumenikus Szeretetszolgálat, Soroksári Addiktológiai Centrum

⁷ Nyíró Gyula Kórház, Addiktológiai Osztály

⁸ ELTE-TATK, Statisztika Tanszék

⁹ ELTE, Pszichológiai Intézet

Célkitűzések: Vizsgálatunk célja a Suboxone-szubsztitúcióban kezelt kliensek vezető pszichológiai tüneteiben (szorongás, depresszió, sóvárgás) történt változások felmérése volt az első fél éves terápia alatt, valamint ezt követően a változások értékelése a betegek függőségi jellemzői alapján (ASI). **Módszer:** A függőség mértékét az Addikció Súlyossági Index (ASI) alkalmazásával vizsgáltuk, a pszichiátriai tüneteket a SCID I és SCID II segítségével térképeztük fel az I. és II. tengely zavarokra vonatkozóan. A sóvárgás mértékét a Heroin Craving Questionnaire alkalmazásával mértük. A depressziós tünetek mérésére a BDI és HAM-D magyar változatát használtuk. A szorongás mérésére a Spielberger Állapot Szorongás Kérdőívet (STAI-S), valamint a 14 tételes Hamilton Szorongás Skála (HAM-A) magyar változatát használtuk. Valamennyi, 2007 novembere és 2008 áprilisa között Magyarországon Suboxone-terápiába kerülő ópiátfüggő személyt bevontunk a vizsgálatba (n=80). A Suboxone-terápia lehetősége összesen hat kezelőhelyen volt hozzáférhető ebben az időszakban. **Eredmények:** A vizsgált viselkedési, illetve tüneti dimenziókban az első hónap során szignifikáns javulás mutatkozott valamennyi vizsgált területen. Az egyetlen kivétel az ASI foglalkoztatás/megélhetés dimenziója, itt az elmozdulás csak tendencia szintű. A kezelés következő öt hónapja során azonban nem mutatkozott további javulás vagy romlás a vizsgált területeken, az egyetlen kivétel az ASI foglalkoztatás/megélhetés dimenziója volt. **Következtetések:** Eredményeink alapján az ópiát-szubsztitúciós terápiában jól alkalmazható terápiás módszer a buprenorphin/naloxon kombinált készítmény. (*Neuropsychopharmacol Hung 2012; 14(1): 7-17; doi: 10.5706/nph201203001*)

Kulcsszavak: problémás szerhasználat, pszichiátriai és viselkedési zavar, felépülés, szubsztitúció

A pszichiátriai rendellenességek gyakran járnak együtt problémás kábítószer-használattal. A problémás használók jelentős része kedvezőtlen mentális mutatókkal rendelkezik (Menezes et al., 1996; Kraus et al., 1999; Weaver et al., 2003). A rendelkezésre álló adatok szerint Európában a drogkezelésben részt vevő kliensek 30-90%-a rendelkezhet pszichiátriai társbetegségekkel és pszichés zavarokkal (EMCDDA, 2007), míg a drogkezelő helyek klienseinek jelentős része problémás droghasználó (Fridell, 2004). Ezt

támasztják alá a rendelkezésre álló Európai Unió adatok is, melyek szerint gyakrabban észleltek komorbiditást heroinhasználók körében, főként a metadon kezeléssel kiegészítő, illetve a hosszabb drogkarrierrel rendelkezőknél (EMCDDA, 2007). A problémás szerhasználat és a pszichiátriai betegségek, illetve a kedvezőtlen mentális állapot között szoros összefüggés feltételezhető (Fridell, 2004).

A mentális egészségzavarban szenvedő intravénás szerhasználók nagyobb valószínűséggel mutatnak kü-

lönböző kockázati magatartásformákat az AIDS/HIV fertőzések szempontjából is (NIDA, 1999; Brooner et al., 1993; Brooner et al., 1990).

Korrelációt állapítottak meg különböző pszichiátriai tünetek, például a depresszió (Metzger et al., 1991; Wild et al., 2005), az antiszociális viselkedészavar (Brooner et al., 1993; Brooner et al., 1990), a pszichológiai diszfunkciók, illetve kockázatos szexuális magatartás (Camacho et al., 1996), illetőleg a szorongás, az alacsony önértékelés és döntésképeség (Simpson et al., 1993) és a túmegosztás között. Megállapíthatjuk, hogy a pszichiátriai tünetek előfordulásának gyakorisága és a kockázati magatartásformák között pozitív korreláció van (Hawkins et al., 1998).

A nemzetközi szakirodalom a társadalmi kirekesztődést olyan következmény-komplexumként definiálja, amely magában foglalja a hátrányos fizikai-mentális egészségi állapotot, a társadalmi és intézményi kapcsolatok leszűkülését, a hajléktalanságot, a munkanélküliséget, és a bűncselekmények elkövetését. Ezek az egyén és a helyi közösségek kirekesztődésének olyan dimenziói, amelyek szoros összefüggést mutatnak a problémás szerhasználattal (Neale, 2002), jóllehet ezen összefüggés iránya továbbra is vitatott (Kandel et al., 1986; Newcomb és Bentler, 1985; Bradshaw et al., 2004).

A problémás droghasználat társas kapcsolatokra gyakorolt hatása az egyén családi és más releváns kapcsolatainak leépülése (Reid et al., 2000), illetve kapcsolatainak, kapcsolathálójának leszűkülése olyan csoportokra, amelyeket hasonló státuszú és életformájú egyének alkotnak. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy az intravénás használók elsősorban más injektálókkal létesítenek társas (baráti és szexuális) kapcsolatokat. Vagy ahogyan Williams et al. (1995) fogalmaznak: az intravénás használók kapcsolathálóját a droghasználat strukturálja. A társas kapcsolatok szűkülése jelentős mértékben hátráltathatja a kezelésbe jutást, és csökkentheti a valós kezelési szükségletek percepcióját.

GYÓGYSZERREL KÍSÉRT JÓZANSÁG

A Betty Ford Institution áttekintette a „felépülés” fogalmát (McLellan, 2010). Felfogásukban valaki „felépülőnek” tekinthető, miközben felírt gyógyszereket szed. A definíció logikája szerint akkor ésszerű bevonni azokat a korábban függő személyeket, akik gyógyszereket szednek akár abúzus hajlammal, ha a gyógyszert a felírtaknak megfelelően szedik, és a definíció összes többi kikötése megvalósul (legalább két évig tartó ópiáhasználat, 18 év feletti életkor,

több sikertelen leállási kísérlet, stb.). Ezen kívül a meghatározás e logika szerint bővíthető arra az esetre, ha a felírt gyógyszer az addikció kezelésére vonatkozik, például disulfiram, acamprosat, naltrexon, buprenorphin, vagy metadon esetén, ha az adott gyógyszert az előírásoknak megfelelően szedik, és a definíció további kikötései is teljesülnek.

Fontos további szempont, hogy a szubsztitúciós kezelésnek kedvező hatása van a mortalitásra, ugyanis a kezelésben részt vevők mutatója e tekintetben szignifikánsan alacsonyabb, mint a csak detoxikálásra jelentkezők és a nem kezelték csoportjában (Gearing és Schweitzer, 1974). A szubsztitúciós kezelésnek kedvező hatása van az általános egészségügyi állapotra is (Senay, 1985). A vizsgálatok szerint az ópiáhasználók között magas a pszichiátriai komorbiditás aránya, magas a pszichés terhelés (Khantzián és Treece, 1985), és gyakran állnak fenn párhuzamos depresszív tünetek (Prusoff et al., 1977; Camacho et al., 1996). A vizsgálatok e tünetek enyhüléséről számolnak be, a fenntartó kezelés során a legjelentősebb javulást a kezelés első 4 hónapja alatt tapasztalták (Steer és Kotzker, 1980; Magruder-Habib et al., 1992; Darke, 1998; Dorus és Senay, 1980; Craddock et al., 1982; Senay, 1985; Rounsaville et al., 1982; Strain et al., 1991).

A pszichiátriai komorbiditás rontja a terápia hatékonyságát, függetlenül a kezelési típustól (Darke, 1998; McLellan et al., 1983; Metzger et al., 1991; Darke et al., 1994; Rounsaville et al., 1985). Az adatok a fenntartó metadonkezelés egyik eredményeként a pszichiátriai státus javulását jelzik, a kedvező hatást a kiegészítő pszichoterápia növelte (Rounsaville et al., 1982; Woody et al., 1987).

A Suboxone (buprenorphin/naloxon kombinált készítmény) az ópiáfüggők szubsztitúciós terápiaja során alkalmazható szer, mely Magyarországon 2007 novemberében került bevezetésre. A szublingválisan alkalmazandó gyógyszer parciális receptor agonista buprenorphint, valamint receptorantagonista naloxont tartalmaz 4:1 arányban.

E tanulmányban a Suboxone-szubsztitúcióban kezelt kliensek vezető pszichológiai tüneteiben (szorongás, depresszió, sóvárgás) történt változásokat, valamint az ASI-val (Addikció Súlyossági Index) mért változásokat mutatjuk be az első fél éves terápia alatt.

MÓDSZEREK

Vizsgálati személyek

Valamennyi, 2007 novemberre és 2008 áprilisa között Magyarországon Suboxone-terápiába kerü-

ló ópiátfüggő személyt bevontuk a vizsgálatba. A Suboxone-terápia lehetősége összesen hat kezelőhelyen volt hozzáférhető ebben az időszakban. Ezek az alábbiak:

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

A vizsgálati periódusban összesen 80 ópiátfüggő került Suboxone-kezelésbe, ezt megelőzően valamennyien részletes tájékoztatást kaptak a kezeléssel kapcsolatban.

A vizsgálati személyek 68.8%-a (55 fő) férfi, 31.2%-a (25 fő) nő volt. Átlagéletkoruk 30 év (sd=5 év, 18-45 év közöttiek). A szükséges dózist és annak adagolását a kezelőorvos állapította meg, a kutatás ezeket a paramétereket nem rögzítette. A kezelés első 30 napjában a betegek naponta jelentek meg a kezelésen. Ezt követően két hétig minden második-harmadik napon, majd hetente keresték fel személyesen a kezelőhelyet.

A vizsgálat során a szükséges laborvizsgálatok, valamint HIV és HCV szűrés mellett vizsgáltuk az addikció súlyosságát, a komorbid pszichiátriai zavarok előfordulását, valamint több, a pszichoszociális státuszra vonatkozó paramétert.

Mérőeszközök

Sóvárgás

A sóvárgás mértékét a Tiffany és munkatársai által kidolgozott Heroin Craving Questionnaire alkalmazásával mértük (Schuster et al., 1995). A skála megbízhatósági mutatói megfelelőek (a teljes skálára vonatkozó Cronbach $\alpha=0.962$; míg az alsókálákra vonatkozóan ez értékek sorrendben: 0.907; 0.892; 0.857; 0.782; és 0.815).

Az aktuális pszichés státusz

Depresszió

A depressziós tünetek mérésére két skálát is alkalmaztunk. Egyrészt a 21 tételes Beck Depression Indexet (BDI) (Beck et al., 1961), amely magyar mintán is

megfelelő reliabilitást és validitást mutatott (Rózsa et al., 2001), s jelen mintán is megfelelő megbízhatósági értéket jelzett (Cronbach $\alpha=0.831$).

A másik alkalmazott mérőeszköz a Hamilton Depresszió Skála, mely egyike a leginkább használatos mérőeszközöknek a depresszió diagnózisában. A Hamilton Depression Scale (HAM-D) magyar változata (Hamilton, 1960) került alkalmazásra, amelyet a kezelőorvos vett fel a beteggel. A skála leggyakrabban alkalmazott 17 tételes változatát használtuk, amely egyetlen dimenziót mér. A skála korábbi vizsgálatokban validnak és megbízhatónak bizonyult (Rózsa et al., 2003), s jelen mintán is megfelelő mutatókkal rendelkezett (Cronbach $\alpha=0.831$).

Szorongás

A szorongás mérésére szintén két mérőeszközt alkalmaztunk. Egyrészt a 20 tételből álló önkítöltős Spielberger Állapot Szorongás Kérdőívet (STAI-S) (Spielberger et al., 1970), amelynek a magyar változata (Sipos et al., 1988) a korábbi tapasztalatokkal összhangban jelen mintán is megfelelő megbízhatósági jellemzőkkel bír (Cronbach $\alpha=0.863$). Másrészt a 14 tételes Hamilton Szorongás Skála (HAM-A) magyar változata (Hamilton, 1959; Perczel-Forintos et al., 2005) került alkalmazásra. Az interjút a kezelőorvos készítette a beteggel. A skála megbízhatósága megfelelő (Cronbach $\alpha=0.901$).

Az addikció súlyossága

A függőség mértékét az Addikció Súlyossági Index (ASI) alkalmazásával vizsgáltuk. A McLellan és mtsai által kidolgozott módszer (McLellan et al., 1992; McLellan et al., 1985) magyarországi alkalmazása megfelelő validitási és megbízhatósági eredményeket hozott (Gerevich et al., 2005; Gerevich et al., 2001; Rácz et al., 2002). Az ASI egy hét részből álló interjú, mely arra hivatott, hogy feltérképezze a páciens egészségi állapotát, foglalkoztatottsági és megélhetési helyzetét, drog-, illetve alkoholfogyasztását, jogi státuszát, családi hátterét, családi és szociális kapcsolatait, illetve a pszichiátriai státuszát.

Pszichiátriai komorbiditás

A pszichiátriai státusz feltérképezésére a Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) kérdőívet alkalmaztunk. Az interjút mind az I. tengely (SCID I), mind pedig a II. (SCID II) tengely zavaraira vonatkozóan felvettük (First et al., 1997a; First et al., 1997b).

Kutatási elrendezés

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

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

T_0	A kezelés megkezdését megelőzően.
T_1	A kezelésbevételt követően 1 hónappal.
T_2	A kezelésbevételt követően 3 hónappal.
T_3	A terápia befejezésekor, azaz a kezelésbevételt követően 6 hónappal.

Az adatfelvétel alakulását az 1. és 2. táblázat mutatja be.

A vizsgálatba 2007. november 1. és 2008. április 30. között kerültek be a vizsgálati személyek. A hat hónapos utánkövetést figyelembe véve a kutatás 2008. október 30-án zárult.

EREDMÉNYEK**Demográfia**

A kutatásban résztvevők 68.8%-a férfi, 31.3%-a nő. Többségük, 77.5%-uk nagyvárosban lakik, városban 10%-uk, illetve kistelepülésen 7.5%-uk. Nagyvárosnak tekintettük a 100 000, vagy annál több lakost számláló városokat, közepesnek a 10 000 és 100 000 közé esőket, és kis településnek a 10 000 lakosnál kevesebbel bíró településeket. A válaszadók 67.5%-a budapesti lakos, ezen belül jellemzően Pest belső kerületei dominálnak.

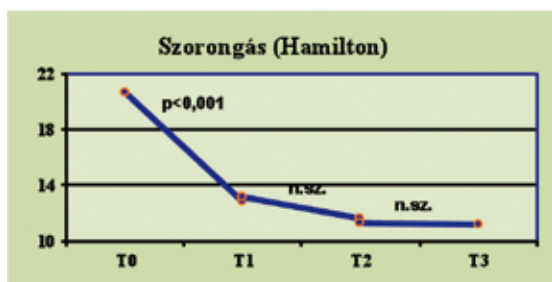
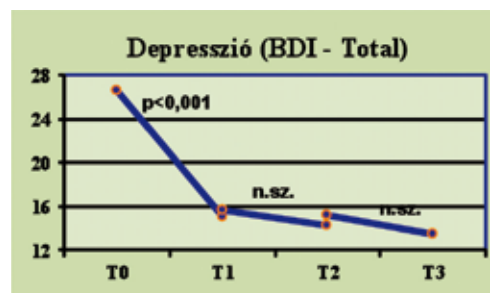
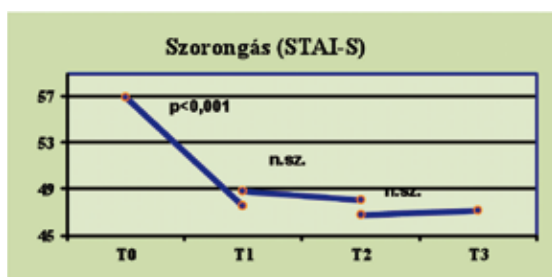
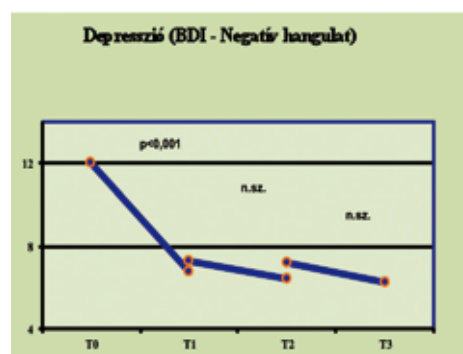
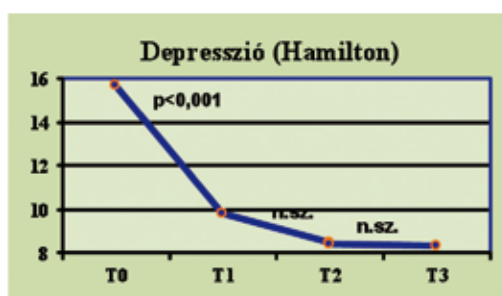
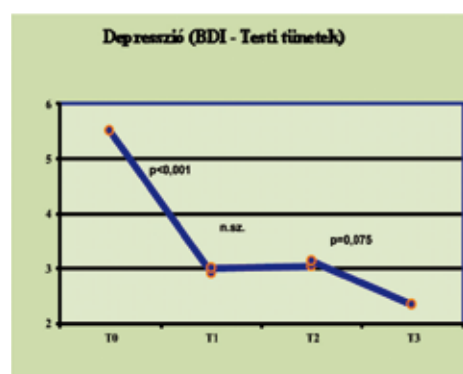
A megkérdezettek életkora 18 és 45 éves kor közé esik. Ezen belül 2.5%-uk (2 fő) 18 és 20 év közötti, 15%-uk 21 és 25 év közötti, 37.5%-uk 26 és 30 éves kor közötti, ebben a korcsoportban a legnagyobb a gyakoriság, ezt követi közvetlenül, 26.7%-kal a 31 és 35 év kor közé esők csoportja, valamivel kevesebben, 13.7%-nyian 36-40 év közöttiek, és csupán 5% tartozik a 41-45 évesek csoportjába.

1. táblázat A vizsgálati protokoll: szomatikus paraméterek

adatfelvételi pontok	1. (T_0)	2. (T_1)	3. (T_2)	4. 1. (T_3)
mérési paraméterek	T_0	$T_0 + 1$ hónap	$T_0 + 3$ hónap	$T_0 + 6$ hónap
testsúly	x	x	x	x
testmagasság	x			
teljes vizelet labor	x			
HIV szűrés	x			
Hepatitis C szűrés	x			

2. táblázat A vizsgálati protokoll: pszichológiai dimenziók

adatfelvételi pontok	1. (T_0)	2. (T_1)	3. (T_2)	4. 1. (T_3)
mérési paraméterek	T_0	$T_0 + 1$ hónap	$T_0 + 3$ hónap	$T_0 + 6$ hónap
Addikció Súlyossági Index (ASI)	x	x	x	x
SCID-I	x			x
depresszió (HAM-D)	x	x	x	x
szorongás (HAM-A)	x	x	x	x
állapotszorongás (STAI-S)	x	x	x	x
depresszió (BDI)	x	x	x	x
sóvárgás (HCQ)	x	x	x	x

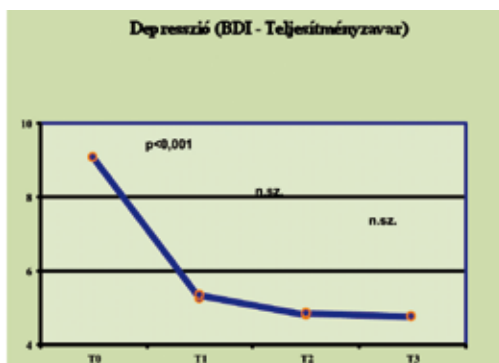
1. ábra A Hamilton Szorongás Skála pontszámának változása a vizsgálat során**4. ábra** A Beck Depresszió Skála pontszámainak változása a vizsgálat során**2. ábra** A STAI Állapotszorongás skála pontszámának változása a vizsgálat során**5. ábra** A BDI Negatív hangulat skálájának változása a vizsgálat során**3. ábra** A Hamilton Depresszió Skála pontszámainak változása a vizsgálat során**6. ábra** A BDI Testi tünetek skálájának változása a vizsgálat során

Szorongás

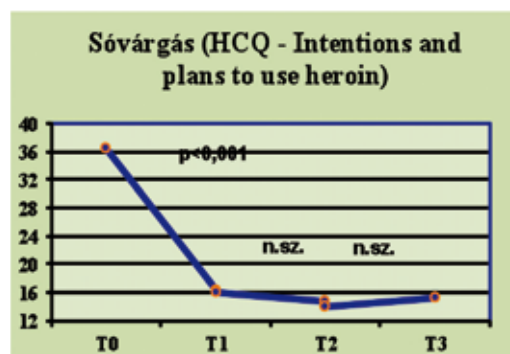
Igen kedvező eredményeket mutat a STAI és a Hamilton Szorongás Skála is. A leglátványosabb különbségeket az első hónapban figyelhetjük meg, ahol a szorongás

csökkenése szignifikáns különbséget mutat. Az első és a második mérési pont között jelentősen visszaesett a szorongás szintje a kezelésben részt vevőknél, a későbbiekben már inkább ez a csökkent szorongás szint állandósulása volt tapasztalható (1-2. ábra).

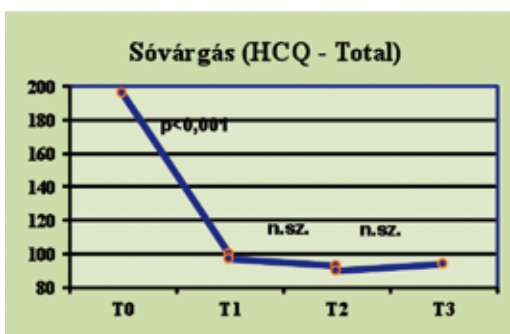
7. ábra A BDI Teljesítményzavar skálájának változása a vizsgálat során



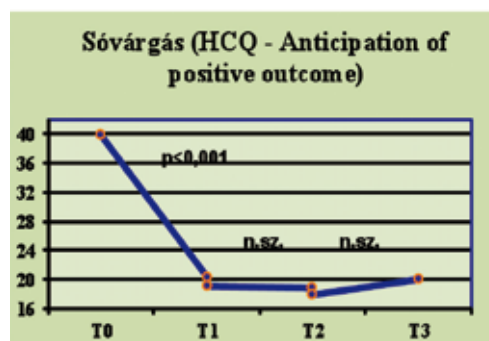
10. ábra A HCQ skála Heroinhasználat szándéka és tervezése alszála pontszámának alakulása a vizsgálat során



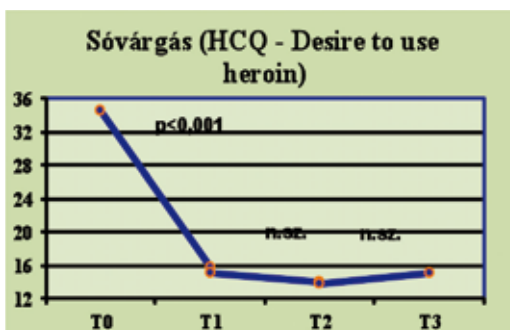
8. ábra A HCQ skála teljes pontszámának alakulása a vizsgálat során



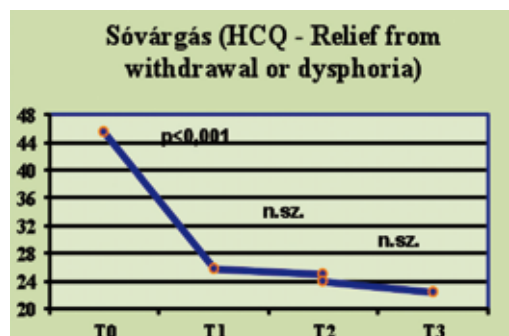
11. ábra A HCQ skála Pozitív végeredményekkel kapcsolatos várakozás alszála pontszámának alakulása a vizsgálat során



9. ábra A HCQ skála Heroin utáni sóvárgás alszála pontszámának alakulása a vizsgálat során



12. ábra A HCQ skála Elvonási tünetek alól érzett megkönnyebbülés alszála pontszámának alakulása a vizsgálat során

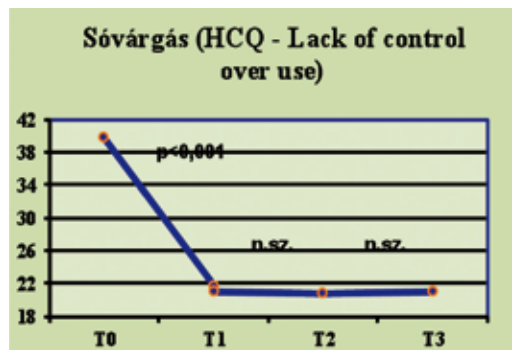


Depressziós tünetek

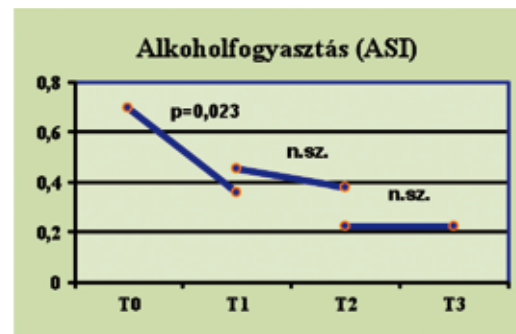
Összességében mind a Beck, mind a Hamilton Depresszió Skála szignifikáns javulást jelzett a depressziós tünetek terén (3-4. ábra). A Beck Depresszió Skálán mért dimenziók közül 3 mutató esetében figyelhető

meg szignifikáns elmozdulás kedvező irányba. Ezek a Negatív hangulat, a Teljesítményzavar és a Testi tünetek skála, melyek esetében megint a kezelésbe lépéskor figyelhetünk meg nagyobb változást, a későbbi mérési pontokon a kedvezőbb állapot szinten maradása volt jellemző (5-7. ábra).

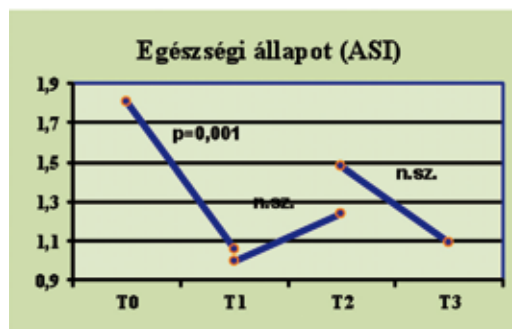
13. ábra A HCQ skála Droghasználat kontrollja alskála pontszámának alakulása a vizsgálat során



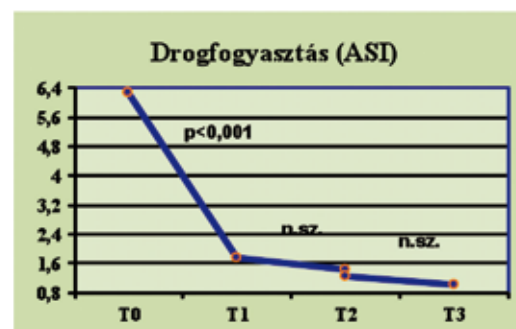
16. ábra Az ASI Alkohol fogyasztás alskála pontszámának változása a vizsgálat során



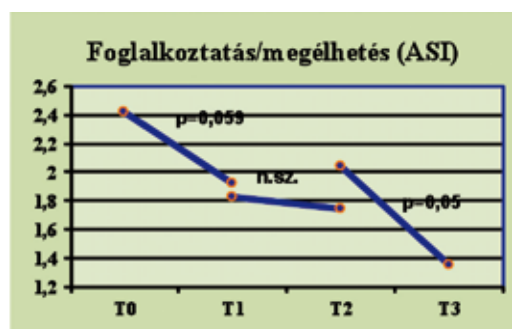
14. ábra Az ASI Egészségi állapot alskála pontszámának változása a vizsgálat során



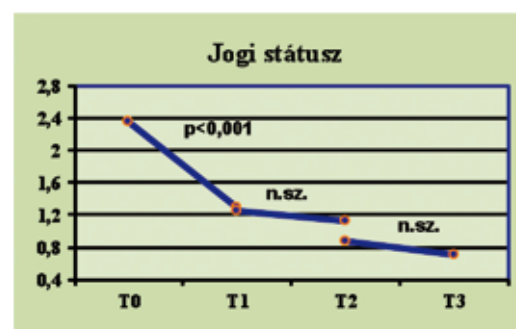
17. ábra Az ASI Droghasználat alskála pontszámának változása a vizsgálat során



15. ábra Az ASI Foglalkoztatás/megélhetés alskála pontszámának változása a vizsgálat során



18. ábra Az ASI Jogi státusz alskála pontszámának változása a vizsgálat során

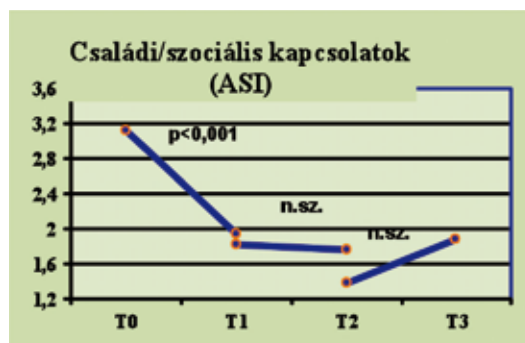


Sóvárgás

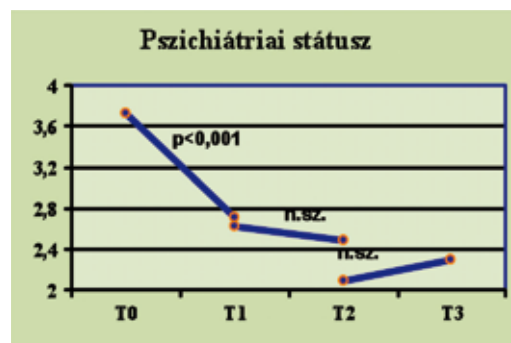
Megfigyelhető, hogy a kezelés elkezdését követően jelentősen visszaesett a sóvárgás a droghasználatot illetően. Kedvező elmozdulás volt a heroin utáni sóvárgás esetében, a heroin használat szándékának, tervezésének

csökkenésében, valamint annak a lehetőségnek az elképzelésében, hogy jól tud kiszállni belőle. Ezen kívül pozitív elmozdulás volt még tapasztalható az elvonási tünetek alól érzett megkönnyebbülést, illetve a droghasználat kontrollját illetően is. Ezen mutatók esetében mind szignifikáns javulás volt kimutatható (8-13. ábra).

19. ábra Az ASI Családi/szociális kapcsolatok alskála pontszámának változása a vizsgálat során



20. ábra Az ASI Pszichiátriai státusz alskála pontszámának változása a vizsgálat során



A fentiekben jól látszik, hogy a kezelésbe való belépés kedvezően hatott a heroinfüggőkre, mind általános komfortérzetüket tekintve, mind a heroinnal való kapcsolatukat, illetve egészségi állapotukat illetően is javulást figyelhettünk meg.

Addikció Súlyossági Index

Az ASI hét profiljából valamennyiben kedvező irányú elmozdulás volt tapasztalható a kezelés első hónapja során. A javulás a foglalkoztatás/megélhetés kivételével, ahol tendenciaszerű az elmozdulás, minden esetben szignifikáns volt.

A foglalkoztatás területén tapasztalt eltérés oka nagy valószínűséggel a korábban bemutatott iskolázottsági mutatókban található: általános tény az iskolázottsági és foglalkoztatottsági mutatók konvergálása.

A fenti grafikonokról leolvasható, hogy a nagyobb változás az első és a második mérési pont között volt megfigyelhető, azonban a kutatás későbbi fázisaiban is megfigyelhető volt a javulás, bár ezek nem szignifikáns különbségek (14-20. ábra).

Összességében elmondható, hogy az ASI teszteredmények alapján a kezelést elkezdőknél lényeges pozitív változás volt megfigyelhető az élet különböző területein, és ezek a változások már egy hónap után igen látványosak.

MEGBESZÉLÉS

A pszichiátriai tünetek előfordulásának gyakorisága és a kockázati magatartásformák között pozitív korrelációt feltételezhetünk (Hawkins et al., 1998). Eszerint minél több pszichiátriai tünettel rendelkezik valaki, annál valószínűbb, hogy túmegosztással kapcsolatos kockázati magatartásformát tanúsít. Azonban nem

egyértelműsíthető a mentális egészségzavarok és a problémás szerhasználat közötti összefüggés iránya.

Ha a szubsztitúciós terápiákat mint alacsonyküszöbű, ártalomcsökkentő programokat értelmezzük, azt tapasztaljuk, hogy az ópiátfüggőség egészségügyi, szociális és pszichés kockázatai, következményei olykor olyan súlyosak, hogy absztinencia-orientált kezelési módszerekkel az aktív szerhasználó populáció jelentős része elérhetetlen. Ezért úgy véljük, hogy a bemutatott jelentős változások a felépülés első – és igen biztató – jeleként értékelhetők, s mint ilyen, a szubsztitúciós kezelési programok jelentős szerepet töltenek be a probléma kezelésében és megoldásában.

Annak ellenére, hogy a nemzetközi kutatások nem egybehangzóak abban, hogy elsőként választandó szerként javasolható-e a Suboxone, kijelenthetjük, hogy a kezelés alatt álló kliensek pszichológiai és szociális tüneteinek pozitív változásai a szer hatékonyságának jellemzőiként működnek. A buprenorphin/naloxon szubsztitúciós terápia javított a betegek pszichoszociális státuszának mutatóin, mely alól az egyetlen kivétel a munkaerőpiaci körülmények alskála volt, ez azonban olyan „kemény” mutatókkal függ össze, mint az iskolai végzettség, vagy az általános munkaerőpiaci-gazdasági helyzet, melyeket a terápia nem befolyásolhat. A vizsgálatba bevontak foglalkoztatási státusa elmarad az egészséges populációtól, ha azonban hasonló szociális státuszú (igen alacsony iskolázottságú) populációval hasonlítjuk össze, a különbség nem ennyire számottevő.

Az injekciós droghasználat szorosan összefügg olyan súlyos egészségügyi következményekkel, mint a fertőző betegségek (HIV/AIDS és a hepatitis) és a túladagolás (Hall et al., 1998). A helyettesítő kezelések bizonyítottan csökkentik az intravénás szerhasználatot, így ezzel párhuzamosan csökkennek az intravénás

szerhasználat okozta ártalmak is. A megfelelően beállított szubsztitúciós szer lehetőséget biztosít a teljes életmódváltásra (Sells és Simpson, 1980; Simpson et al., 1986; Simpson et al., 1982; Simpson, 1981), csökkenti a beszerzéshez kapcsolódó kriminalitást, alkalmassá tesz a munka világába való visszatérésre, valamint a szociális kapcsolatok rendezésére (Dole et al., 1969).

Úgy véljük, a szubsztitúciós programok kiterjesztése jelentősen javíthat a heroinhasználat okozta társadalmi károkon, illetve hozzájárul a szerhasználók kezelésbe vonásához, majd terápiában tartásához. Az alacsony küszöbű szolgáltatások ezen belül a legnehezebben elérhető klienseket, illetve a maguk és környezetük szempontjából legjelentősebb egészségügyi, anyagi, és szociális kockázatot jelentő betegeket érintik.

A KUTATÁS KORLÁTAI

Eredményeink érvényességét szűkíti, hogy jelenleg, illetve az adatfelvétel idején is relatíve alacsony volt a Suboxone-terápiába bevontak száma Magyarországon, és mindössze fél évig volt alkalmunk nyomon követni a kezelésbe bevontak terápiájának alakulását, ezért további kiterjedtebb kutatásokat tartunk szükségesnek a témában.

Levezető szerző: Petke Zsolt, 1088 Budapest, Vas u. 17. Tel.: +361 4865820, Fax.: +361 4865812, e-mail: petkezs@yahoo.com

IRODALOM

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-71.
- Bradshaw, J., Kemp, P., Baldwin, S., Rowe, A. The drivers of social exclusion. Review of the literature for the Social Exclusion Unit in the Breaking the Cycle series. Social Exclusion Unit, London, 2004.
- Brooner, R. K., Bigelow, G. E., Strain, E., Schmidt, C. W. (1990) Intravenous drug abusers with antisocial personality disorder: increased HIV risk behavior. *Drug Alcohol Depend*, 26:39-44.
- Brooner, R. K., Greenfield, L., Schmidt, C. W., Bigelow, G. E. Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers. Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, 1993.
- Camacho, L. M., Bartholomew, N. G., Joe, G. W., Cloud, M. A., Simpson, D. D. (1996) Gender, cocaine and during-treatment HIV risk reduction among injection opioid users in methadone maintenance. *Drug Alcohol Depend*, 41:1-7.
- Craddock, S. G., Hubbard, R. L., Bray, R. M., Cavanaugh, E. R., Rachal, J. V. (1982) Summary and Implications: Client Characteristics, Behaviors and Intreatment Outcome 1980 TOPS Admission Cohort.
- Darke, S. The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. 3 Moderators of Treatment Outcome. In: Ward, J., Mattick, R. P., Hall, W. (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers, Amsterdam; 1998, pp.75-89.
- Darke, S., Swift, W., Hall, W., Ross, M. (1994) Predictors of injecting and injecting risk-taking behaviour among methadone-maintenance clients. *Addiction*, 89:311-6.
- Dole, V. P., Robinson, J. W., Orraca, J., Towns, E., Searcy, P., Caine, E. (1969) Methadone treatment of randomly selected criminal addicts. *N Engl J Med*, 280:1372-5.
- Dorus, W., Senay, E. C. (1980) Depression, demographic dimensions, and drug abuse. *Am J Psychiatry*, 137:699-704.
- EMCDDA. Annual report: the state of the drugs problem in Europe. Lisbon, 2007.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I). American Psychiatric Press, Washington DC, 1997a.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). American Psychiatric Press, Washington DC, 1997b.
- Fridell, M. (2004) Co-morbidity - drug use and mental disorders. *Drugs in focus Briefing of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*.
- Gearing, F. R., Schweitzer, M. D. (1974) An epidemiologic evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *Am J Epidemiol*, 100:101-12.
- Gerevich, J., Bacsikai, E., Ko, J., Rózsa, S. (2005) Reliability and validity of the Hungarian version of the European Addiction Severity Index. *Psychopathology*, 38:301-9.
- Gerevich, J., Bacsikai, E., Kó, N., Rózsa, S. (2001) Az Addikció Súlyossági Index (ASI) magyarországi reliabilitás és validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16:292-307.
- Hall, W., Ward, J., Mattick, R. P. Introduction. In: Ward, J., Mattick, R. P., Hall, W. (Eds.), *Methadone Maintenance Treatment and Other Opioid Replacement Therapies*. Harwood Academic Publishers, Amsterdam; 1998, pp.1-14.
- Hamilton, M. (1959) The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32:50-5.
- Hamilton, M. (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23:56-62.
- Hawkins, J. D., Farrington, D. P., Catalano, R. F. Reducing violence through the schools. In: Elliott, D. S., Hamburg, B. A., Williams, K. R. (Eds.), *Violence in American schools: A new perspective*. Cambridge University Press, Cambridge; 1998, pp.188-216.
- Kandel, D. B., Davies, M., Karus, D., Yamaguchi, K. (1986) The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. An overview. *Arch Gen Psychiatry*, 43:746-54.
- Khantzian, E. J., Treece, C. (1985) DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. Recent findings. *Arch Gen Psychiatry*, 42:1067-71.
- Kraus, L., Kummner, P., Augustin, R., Hartnoll, R., Wiessing, L. Methodological guidelines to estimate the prevalence of problem drug use on the national level. Lisbon, 1999.
- Magruder-Habib, K., Hubbard, R. L., Ginzburg, H. M. (1992) Effects of drug misuse treatment on symptoms of depression and suicide. *Int J Addict*, 27:1035-65.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992) The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat*, 9:199-213.

33. McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H. L., O'Brien, C. P. (1985) New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis*, 173:412-23.
34. McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., O'Brien, C. P., Druley, K. A. (1983) Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Arch Gen Psychiatry*, 40:620-5.
35. McLellan, T. (2010) What is recovery? Revisiting the Betty Ford Institute Consensus Panel definition: The Betty Ford Consensus Panel and Consultants. *J Subst Abuse Treat*, 38:200-1.
36. Menezes, P. R., Johnson, S., Thornicroft, G., Marshall, J., Prosser, D., Bebbington, P., Kuipers, E. (1996) Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *Br J Psychiatry*, 168:612-9.
37. Metzger, D., Woody, G., DePhilippis, D., McLellan, A. T., O'Brien, C. P., Platt, J. J. (1991) Risk factors for needle sharing among methadone-treated patients. *Am J Psychiatry*, 148:636-40.
38. Neale, J. *Drug Users in Society*. Palgarve, Basingstoke, 2002.
39. Newcomb, M. D., Bentler, P. M. *Consequences of Adolescent Drug Use*. Sage, Newbury Park, 1985.
40. NIDA. NIDA's Report Card Details Research Initiatives, Resources and Accomplishments, 1999.
41. Perczel-Forintos, D., Kiss, Z., Ajtay, G. (Eds.) *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*, Budapest, Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, 2005.
42. Prusoff, B., Thompson, W. D., Sholomskas, D., Riordan, C. (1977) Psychological Stressors and Depression Among Former Heroin-Dependent Patients Maintained on Methadone. *J Nerv Ment Disord*, 1:57-63.
43. Rác, J., Pogány, C., Máthé-Árvay, N. (2002) Az Európai ASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57:587-603.
44. Reid, G., Crofts, N., Hocking, J. *Needs Analysis for Primary Health Care among the Street Drug-using Community in Footscray*. Melbourne, 2000.
45. Rounsaville, B. J., Kosten, T., Kleber, H. (1985) Success and failure at outpatient opioid detoxification. Evaluating the process of clonidine- and methadone-assisted withdrawal. *J Nerv Ment Disord*, 173:103-110.
46. Rounsaville, B. J., Weissman, M. M., Crits-Christoph, K., Wilber, C., Kleber, H. (1982) Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 39:151-6.
47. Rózsa, S., Szádóczky, E., Füredi, J. (2001) A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16:379-397.
48. Rózsa, S., Szádóczky, E., Schmidt, V., Füredi, J. (2003) A Hamilton Depresszió Skála pszichometriai jellemzői depressziós betegek körében. *Psychiatria Hungarica*, 18:251-262.
49. Schuster, C. R., Greenwald, M. K., Johanson, C.-E., Heishman, S. J. (1995) Measurement of drug craving during naloxone-precipitated withdrawal in methadone-maintained volunteers. *Exp Clin Psychopharmacol*, 3:424-431.
50. Sells, S. B., Simpson, D. D. (1980) The case for drug abuse treatment effectiveness, based on the DARP research program. *Br J Addict*, 75:117-31.
51. Senay, E. C. (1985) Methadone maintenance treatment. *Int J Addict*, 20:803-21.
52. Simpson, D. D. (1981) Treatment for drug abuse. Follow-up outcomes and length of time spent. *Arch Gen Psychiatry*, 38:875-80.
53. Simpson, D. D., Joe, G. W., Bracy, S. A. (1982) Six-year follow-up of opioid addicts after admission to treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 39:1318-23.
54. Simpson, D. D., Joe, G. W., Lehman, W. E. K. *Addiction Careers: Summary of Studies Based on the DARP 12-Years Follow-up*. National Institute on Drug Abuse Treatment Research Report, 1986.
55. Simpson, D. D., Knight, K., Ray, S. (1993) Psychosocial correlates of AIDS-risk drug use and sexual behaviors. *AIDS Educ Prev*, 5:121-30.
56. Sipos, K., Sipos, M., Spielberger, C. D. *A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata*. In: Mérei, F., Szakács, F. (Eds.), *Pszichodiagnosztikai Vademecum I/2 rész Tankönyvkiadó, Budapest; 1988, pp.123-135*.
57. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, 1970.
58. Steer, R. A., Kotzker, E. (1980) Affective changes in male and female methadone patients. *Drug Alcohol Depend*, 5:115-22.
59. Strain, E. C., Stitzer, M. L., Bigelow, G. E. (1991) Early treatment time course of depressive symptoms in opiate addicts. *J Nerv Ment Disord*, 17:215-221.
60. Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N., Ford, C. (2003) Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *Br J Psychiatry*, 183:304-13.
61. Wild, T. C., el-Guebaly, N., Fischer, B., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., Noel, L., Rehm, J., Tyndall, M., Mun, P. (2005) Comorbid depression among untreated illicit opiate users: results from a multisite Canadian study. *Can J Psychiatry*, 50:512-8.
62. Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P. (1987) Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *Am J Psychiatry*, 144:590-6.

Psychosocial changes in six months of buprenorphine/naloxone substitution treatment

Aims: The main target of our research was to measure the changes in psychological symptoms (anxiety, depression, craving) of patients receiving buprenorphine-naloxone substitution treatment for six months, and the evaluation of the changes using the clients' dependency parameters (ASI). **Methods:** The level of dependency was investigated using the Addiction Severity Index (ASI). The psychiatric symptoms related to Axis I and II disorders were examined using the Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID I and SCID II. The degree of craving was measured using the Heroin Craving Questionnaire, the assessment of the symptoms of depression using BDI and HAM-D, recorded by the medical attendant of the patient. To survey the extent of anxiety, we used STAI-S, and HAM-A. All patients receiving Suboxone therapy in Hungary between November 2007 and April 2008 were included in the study (n=80). During this time, Suboxone therapy was available in 6 locations. **Results:** We found significant improvement in almost all observed fields of behavioural and symptomatic dimensions during the first month. The only exception was the dimension of subsistence/livelihood of ASI, the changes were only at the tendency level. During the next five months of therapy, there was no further sign of improvement or decline in the observed fields, the only exception was again the subsistence/livelihood dimension of the ASI. **Conclusions:** Our results indicate that buprenorphine/naloxone treatment is a promising possibility for patients in need of opiate-substitution treatment.

Keywords: Problematic drug use, behavioural and psychiatric disorder, recovery, substitution