

Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság  
**EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM**

Egészségügyi szakmai irányelv  
**A kannabisz és származékai által okozott mentális- és viselkedészavarokról**

<b>Típusa:</b>	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
<b>Azonosító:</b>	002290
<b>Megjelenés dátuma:</b>	2024. október 17.
<b>Érvényesség időtartama:</b>	megjelenést követő 3 évig
<b>Kiadja:</b>	Belügyminisztérium
<b>Megjelenés helye</b>	
<b>Nyomtatott verzió:</b>	Egészségügyi Közlöny
<b>Elektronikus elérhetőség:</b>	<a href="https://kollegium.aEEK.hu">https://kollegium.aEEK.hu</a>

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBN 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 .....	5
3. Bizonyítékok szintje .....	6
4. Ajánlások rangsorolása .....	6
<b>V. BEVEZETÉS</b> .....	<b>7</b>
1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása .....	7
2. Felhasználói célcsoport .....	7
3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel .....	8
<b>VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE</b> .....	<b>9</b>
<b>VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ</b> .....	<b>17</b>
1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban .....	17
2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája.....	18
3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok .....	18
<b>VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE</b> .....	<b>19</b>
<b>IX. IRODALOM</b> .....	<b>20</b>
<b>X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE</b> .....	<b>21</b>
1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja.....	21
2. Irodalomkeresés, szelekció .....	21
3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja .....	22
4. Ajánlások kialakításának módszere .....	22
5. Véleményezés módszere .....	22
6. Független szakértői véleményezés módszere.....	22
<b>XI. MELLÉKLET</b> .....	<b>22</b>
1. Alkalmazást segítő dokumentumok .....	22

## I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

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

#### 1. Addiktológia Tagozat

Dr. Szemelyácz János, pszichiáter, addiktológus, pszichoterapeuta, elnök, társszerző

#### 2. Pszichiátria Tagozat

Dr. Réthelyi János, pszichiáter, elnök

#### 3. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat

Dr. Kovács Péter, klinikai szakpszichológus, elnök

#### Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Dr. Lázár Bence András, pszichiáter, társszerző

Dr. Kis Gabriella, pszichiáter, társszerző

Kiss Anna, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Dr. Farkas Judit, klinikai pszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Köves Cecília, klinikai szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző

Dr. Fodor Kinga, pszichológus, társszerző

Bátai Domonkos, pszichológus, társszerző

Prof. Dr. Kelemen Gábor, pszichiáter, addiktológus, diplomás szupervízor, társszerző

Prof. Dr. Kurimay Tamás, pszichiáter, pszichoterapeuta, addiktológus, diplomás szupervízor, társszerző

Dr. Petke Zsolt, pszichiáter, társszerző

Dr. Szily Erika, pszichiáter, társszerző

Dr. Mátyássy Adrienn, pszichiáter, a pszichiátriai rehabilitáció szakorvosa, társszerző

Prof. Dr. Rác József, pszichiáter, pszichoterapeuta, társszerző

Dr. Trábert Attila, pszichiáter, társszerző

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

#### 1. Ápolási, szakdolgozói és Szülésznő Tagozat

Ujváriné Dr. Siket Adrienn, diplomás ápoló, elnök, véleményező

#### 2. Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcserebetegségek Ttagozat

Dr. Bedros J. Róbert, belgyógyász, reumatológus, foglalkozás-egészségügyi szakorvos, elnök, véleményező

#### 3. Háziorvostan Tagozat

Dr. Szabó János, háziorvos, elnök, véleményező

#### 4. Neurológia Tagozat

Dr. Óváry Csaba, neurológus, elnök, véleményező

#### 5. Oxyológia-sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan Tagozat

Dr. Varga Csaba, aneszteziológus- és intenzív terápiás oxyológus, addiktológus, sürgősségi orvostan szakorvos

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

*„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek.”*

#### Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

#### Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

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

1. Addiktológiai Konzultánsok Országos Egyesülete

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

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

**Független szakértő(k):**

Nem kerültek bevonásra.

## II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer 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

<b>Egészségügyi kérdéskör:</b>	kannabisz intoxikáció, kannabisz dependencia, kannabiszhasználattal összefüggő mentális zavarok felnőttkorban
<b>Ellátási folyamat szakasza(i):</b>	diagnosztika, állapotfelmérés, kezelés felnőttkorban
<b>Érintett ellátottak köre:</b>	kannabiszhasználat zavarával küzdő felnőttek
<b>Érintett ellátók köre:</b>	
<b>Szakterület:</b>	1800 pszichiátria 1801 addiktológia 1805 pszichoterápia 4602 sürgősségi ellátás 6301 háziorvosi ellátás 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia 7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia 7600 diétetika
<b>Ellátási forma:</b>	A1 alapellátás, alapellátás J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás J7 járóbeteg-szakellátás, gondozás J8 járóbeteg-szakellátás, nappali ellátás

F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás  
F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás  
F5 fekvőbeteg-szakellátás, nappali kórházi ellátás

**Progresszivitási szint:**

I.-II.-III. szint

**Egyéb specifikáció:** megfelelő működési engedéllyel, megfelelően képzett szakszeméllyel rendelkező ellátóhelyek. Az addiktológiai/drog ambulanciákon (például: TÁMASZ Gondozók) és addiktológiai osztályokon kívül közvetve a toxikológiai ellátás területe említhető meg.

## IV. MEGHATÁROZÁSOK

### 1. Fogalmak

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2. Rövidítések

**BNO:** Betegségek Nemzetközi Osztályozása

**CBT:** cognitive behavioural therapy (kognitív-viselkedés terápia)

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

**KD:** kannabisz okozta dependencia

**KMSZ:** kannabisz okozta megvonási szindróma

**MAT:** Magyar Addiktológiai Társaság

**NICE:** National Institute for Health and Care Excellence

**NNGYK:** Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ

**SIGN:** Scottish Intercollegiate Guidelines Network

**WHO:** Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

### 3. Bizonyítékok szintje

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

A bizonyítékok szintje táblázatba szerkesztve [1]:

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

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

### 4. Ajánlások rangsorolása

A meghatározó ajánlásokat a fejlesztőcsoport erős vagy feltételes kategóriákba sorolta.

Az ajánlások szintje táblázatba szerkesztve [1]:

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

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

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

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

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

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

## V. BEVEZETÉS

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

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

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

#### Célok

Jelen egészségügyi szakmai irányelv célja többértű. Elsődleges célja, hogy a Magyarországon pszichiátriai és addiktológiai betegellátást végző szakorvosi/szakorvosjelölti kör számára egységes útmutatóként szolgáljon a bizonyítékokon alapuló orvoslás, az elmúlt évek kutatásainak gyakorlat által is igazolt eredményeinek integrálásával. További célja a döntéshozók, ellátásszervezők részére áttekinthető irányvonal biztosítás. Szintén célja, hogy a betegképviseltek és civil szervezetek számára az ellátás szabályaiba betekintést nyújtson.

Konkrét célok:

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

### 2. Felhasználói célcsoport

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

- 1)  *elsősorban* – mint  *ellátók*, vagyis az állapotfelmérésben, diagnosztikában és a kezelésben, gondozásban közvetlenül részt vevők – az addiktológus és pszichiáter szakorvosok, szakorvosjelöltek, a pszichoterapeuta végzettséggel rendelkező orvosok, továbbá pszichológusok és a klinikai szakpszichológusok, valamint diplomás szociális munkások és addiktológiai konzultánsok;
- 2)  *másodsorban* – mint  *társszakmák képviselői*, az ellátásban (állapotfelmérés/diagnosztikában/kezelés/gondozás) közvetlenül részt nem vevő, vagy csak korlátozottan, a szakellátás kérésére részt vevő szakemberek – a háziorvosok és dietetikusok;

**A kannabisz és származékai által okozott mentális- és viselkedészavarokról**

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

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

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

**3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel****Egészségügyi szakmai irányelv előzményei:**

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg

**Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:**

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

<b>Tudományos szervezet:</b>	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
<b>Cím:</b>	<b>Drug use disorders in adults [QS23]</b>
<b>Megjelenés adatai:</b>	Kiadás dátuma:2012
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://www.nice.org.uk/guidance/qs23">https://www.nice.org.uk/guidance/qs23</a>
<b>Tudományos szervezet:</b>	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
<b>Cím:</b>	<b>Drug misuse prevention: targeted interventions [NG64]</b>
<b>Megjelenés adatai:</b>	Kiadás dátuma:2017
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://www.nice.org.uk/guidance/NG64">https://www.nice.org.uk/guidance/NG64</a>
<b>Tudományos szervezet:</b>	Canadian Centre on Substance Use and Addiction
<b>Cím:</b>	<b>A Guide to Cannabis for Older Adults</b>
<b>Megjelenés adatai:</b>	Kiadás dátuma: 2020
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://www.ccsa.ca/guide-cannabis-older-adults">https://www.ccsa.ca/guide-cannabis-older-adults</a>



**Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel**

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

<b>Azonosítószám:</b>	002182
<b>Cím:</b>	Egészségügyi szakmai irányelv – A szakpszichológiai ellátásról
<b>Megjelenés adatai:</b>	Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 24. szám 610-725 old.
<b>Elérhetőség:</b>	<a href="https://kollegium.aeek.hu">https://kollegium.aeek.hu</a>

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

**VI.AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE****1. Elméleti háttér**

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

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

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

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

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

**A kannabisz és származékai által okozott mentális- és viselkedészavarokról**

A kannabiszból származó termékeket számos módon fogyasztják. A leggyakoribb használati mód a dohányzás vagy belélegzés (cigaretta, pipa, vízipipa, szivar), emellett egyre gyakrabban jelenik meg a bizonyos élelmiszerekkel történő beviteli mód. Ritkább, ugyanakkor az intoxikáció szempontjából veszélyesebb alkalmazási forma a krémek, tapaszok, hüvelyi spray-k és végbélkúpok alkalmazása, továbbá ritkábban intravénás használat is előfordulhat. A  $\Delta$ -9-THC tartalmú kender szárított virágának továbbá a kannabiszgyanta (hasis) alkalmazása a leggyakoribb, ugyanakkor a kannabiszolaj használata is elterjedt, mely szintén magasabb rizikót hordoz, hiszen háromszor-négyszer magasabb arányban tartalmaznak  $\Delta$ -9-THC-t, továbbá kinyerésük során olyan szerves oldószereket is alkalmazhatnak, melyeknek súlyos egészségügyi kockázatuk van [7].

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

**2. A kannabisz okozta akut intoxikáció (F12.00; 6C41.30)****2.1. Háttér**

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

**2.2. Diagnózis és differenciál diagnózis****Ajánlás1**

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

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

**Ajánlás2**

**A diagnózis elsősorban a klinikai tünetekre továbbá a kannabisz fogyasztás tényére támaszkodik. Mindemellett javasolt a  $\Delta$ -9-THC kimutatása vizelet-, amennyiben kivitelezhető vörvizsgálat útján. Akut intoxikáció során a vörvizsgálatot preferálnak kell tekinteni. (Ajánlás rangsorolása: erős ajánlás) [10]**

Differenciál diagnosztikai szempontból az egyéb pszichoaktív szerhasználatot kell kizárni.

#### Ajánlás3

Differenciál diagnosztikai szempontból az egyéb pszichoaktív szerhasználatot ki kell kizárni.

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

### 2.3. Terápia

#### Ajánlás4

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

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

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

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

#### 3.1. Háttér

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

#### 3.2. Diagnózis és differenciál diagnózis

#### Ajánlás5

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

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

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

#### 3.3. Terápia

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

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

##### 4.1. Háttér

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

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

##### 4.2. Diagnózis és differenciál diagnózis

###### Ajánlás6

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

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

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

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

## 1. táblázat: KD DSM kritériumai [9]

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

**4.3. Hosszú távú következmények**

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

**4.4. Terápia****Ajánlás7**

**A kannabisz okozta dependencia esetén specifikus terápia nem áll rendelkezésre.**

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

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

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

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

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

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

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

### 5.1. Elméleti háttér

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

### 5.2. Diagnózis és differenciál diagnózis

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

#### Ajánlás8

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

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

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

### 5.3. Terápia

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

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

### Ajánlás9

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

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

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

### 6.1. Háttér

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

### 6.2. Diagnózis és differenciáldiagnózis

#### Ajánlás10

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

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

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

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

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

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

### 6.3. Terápia

#### Ajánlás11

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

#### Ajánás12

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

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

### 7. A kannabiszhasználat által kiváltott egyéb mentális zavarok

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

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

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

### 8. A szintetikus kannabinoidhasználat (6C42)

#### 8.1. Háttér

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

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

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

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

Dependencia is könnyebben alakul ki.

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



**A kannabisz és származékai által okozott mentális- és viselkedészavarokról**

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

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

**9. A kannabisz helyzete kettős diagnózisok esetén**

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

**10. A kannabisz használat és egyéb szeraddikciók kapcsolata**

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

**11. Speciális populációk****11.1. Terhesség és szoptatás**

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

**VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ****1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban****1.1. Ellátók kompetenciája (pl.: licenc, akkreditáció, stb), kapacitása**

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

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

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

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

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

### 1.4. Egyéb feltételek

Egyéb feltétel nincs.

## 2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

### 2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

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

### 2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

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

### 2.3. Táblázatok

#### 1. táblázat: KD DSM kritériumai [9]

### 2.4. Algoritmusok

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

### Egyéb dokumentumok

Nem készült.

## 3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

### Ajánlás<sup>2</sup>

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

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

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

### Ajánlás<sup>4</sup>

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

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

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

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

### Ajánlás5

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

Gyakorlati alkalmazás mutatója:

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

### Kimeneti indikátorok

A fennálló, KD-hoz köthető problémák és tünetek megszűnése vagy jelentős enyhülése, ideértve a társadalmi, (re)szocializációs eredményesség mutatóit is. Az eredményesség részterületei között említhetjük a családi kapcsolatokat, a különböző közösségekbe (például: munkahelyi, felsőoktatási) való beilleszkedést, potenciálisan az először vagy újra munkába állást és a munkahely megtartását, a mindennapi önállóság szintjének javulását, a személyes közérzet és életminőség pozitív változásait, a társas környezetre való hatás pozitív irányú változásait.

Az eredményesség mérése/becslése személyre szabott módon, az érintett egyéni képességeinek, kompetenciáinak, a fennálló KD súlyosságának és a társuló problémák mértékének mindenkor figyelembevételével történik.

### Minőségi indikátorok

a) Számszerűsíthető, statisztikailag elemezhető mutatók:

Az ellátórendszer által dokumentált, KD-vel diagnosztizált betegek között:

- Az egyéni igényeknek megfelelő terápiás, valamint pszichoszociális ellátásban ténylegesen részesülők aránya
- Megfelelő oktatási, valamint szociális elhelyezések aránya
- Az ellátás hatékonyságának mutatói: tünetsúlyosság, absztinens időszakok hosszúsága, társuló pszichiátriai tünetek alakulása
- A relapszust mutató, kezelésbe visszakérülő betegek aránya
- Az akut ellátásra szoruló (például: sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai kezelés, stb.) aránya.

b) Ellátás különböző szinterein vizsgált indikátorok:

- Az KD-val összefüggő tevékenységekkel eltöltött idő változása
- Pszichoaktív gyógyszerek szükségessége, potenciális elhagyása
- Életminőség változásának nyomon követése szülők, családtagok és az érintett kikérdezésével
- Az addikciós tünetek súlyosságának alakulása standardizált mérőeszközök segítségével

## VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejártá előtt fél évvel kezdődik el. Jelen egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata és kiegészítése az adaptált nemzetközi irányelvek aktualizálása, frissítése esetén, valamint a hazai kannabiszprobléma felmérését célzó, reprezentatív mintás epidemiológiai vizsgálatok újabb eredményei ismeretében válhat szükségessé. Szintén ilyen tényezőként nevesíthető a hazai ellátórendszerben potenciálisan bekövetkező jelentősebb változás, valamint a jogszabályi háttérrel szemben releváns változás. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálatának kezdeményezését az Addiktológia Tagozat vezetője végzi, aki kijelöli a tartalomfejlesztésért felelős munkacsoport

tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által megjelölt szakértőket (delegáltak). A fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt az aktualizálás mértékéről és jellegéről.

### IX. IRODALOM

- [1] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developer's handbook (Revised version). 2023.
- [2] United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. 2020.
- [3] Paksi B, Pillók P, Magi A, Demetrvics Z, Felvinczi K. [The National Survey on Addiction Problems in Hungary 2019 (NSAPH): Methodology and sample description]. *Neuropsychopharmacol Hung* 2021;23:184–207.
- [4] Atakan Z. Cannabis, a complex plant: different compounds and different effects on individuals. *Ther Adv Psychopharmacol* 2012;2:241–54. <https://doi.org/10.1177/2045125312457586>.
- [5] ElSohly MA, Mehmedic Z, Foster S, Gon C, Chandra S, Church JC. Changes in Cannabis Potency Over the Last 2 Decades (1995-2014): Analysis of Current Data in the United States. *Biol Psychiatry* 2016;79:613–9. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.01.004>.
- [6] Haspula D, Clark MA. Cannabinoid Receptors: An Update on Cell Signaling, Pathophysiological Roles and Therapeutic Opportunities in Neurological, Cardiovascular, and Inflammatory Diseases. *Int J Mol Sci* 2020;21. <https://doi.org/10.3390/ijms21207693>.
- [7] Freeman TP, Craft S, Wilson J, Stylianou S, ElSohly M, Di Forti M, et al. Changes in delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) concentrations in cannabis over time: systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2020;116:1000–10. <https://doi.org/10.1111/add.15253>.
- [8] Schmid Y, Scholz I, Mueller L, Exadaktylos AK, Ceschi A, Liechti ME, et al. Emergency department presentations related to acute toxicity following recreational use of cannabis products in Switzerland. *Drug Alcohol Depend* 2019;206:107726. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107726>.
- [9] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- [10] Connor JP, Stjepanović D, Budney AJ, Le Foll B, Hall WD. Clinical management of cannabis withdrawal. *Addiction* 2022;117:2075–95. <https://doi.org/10.1111/add.15743>.
- [11] Baraniecki R, Panchal P, Malhotra DD, Aliferis A, Zia Z. Acute cannabis intoxication in the emergency department: the effect of legalization. *BMC Emerg Med* 2021;21:32. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00428-0>.
- [12] Hasin D, Walsh C. Cannabis Use, Cannabis Use Disorder, and Comorbid Psychiatric Illness: A Narrative Review. *J Clin Med* 2020;10. <https://doi.org/10.3390/jcm10010015>.
- [13] Rup J, Freeman TP, Perlman C, Hammond D. Cannabis and mental health: Prevalence of use and modes of cannabis administration by mental health status. *Addict Behav* 2021;121:106991. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106991>.
- [14] Blanco C, Flórez-Salamanca L, Secades-Villa R, Wang S, Hasin DS. Predictors of initiation of nicotine, alcohol, cannabis, and cocaine use: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict* 2018;27:477–84. <https://doi.org/10.1111/ajad.12764>.
- [15] Blanco C, Rufful C, Wall MM, Ridenour TA, Wang S, Kendler KS. Towards a comprehensive developmental model of cannabis use disorders. *Addiction* 2013;109:284–94. <https://doi.org/10.1111/add.12382>.
- [16] Courtney KE, Mejia MH, Jacobus J. Longitudinal Studies on the Etiology of Cannabis Use Disorder: A Review. *Curr Addict Rep* 2017;4:43–52. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0133-3>.
- [17] Franchitto N. [Cannabis use and somatic consequences]. *Rev Prat* 2020;70:69–77.
- [18] Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2016:CD005336. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005336.pub4>.
- [19] Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:898–908.
- [20] Matuszka B, Bácskai E, Berman AH, Czobor P, Sinadinovic K, Gerevich J. Psychometric characteristics of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) and the Drug Use Disorders Identification Test-Extended (DUDIT-E) among young drug users in Hungary. *Int J Behav Med* 2014;21:547–55. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9336-8>.
- [21] Gyepesi A, Urbán R, Farkas J, Kraus L, Piontek D, Paksi B, et al. Psychometric properties of the Cannabis Abuse Screening Test in Hungarian samples of adolescents and young adults. *Eur Addict Res* 2013;20:119–28. <https://doi.org/10.1159/000353238>.

- [22] Gerevich J, Bácskai E, Kó J, Rózsa S. Reliability and validity of the Hungarian version of the European Addiction Severity Index. *Psychopathology* 2005;38:301–9. <https://doi.org/10.1159/000088918>.
- [23] Rác J, Pogány C, Máthé-Árvay N. Az EuropASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle* 2002;57:587–603. <https://doi.org/10.1556/mpszle.57.2002.4.4>.
- [24] Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- [25] SAMHSA. SAMHSA's Working Definition of Recovery - 10 Guiding Principles of Recovery. 2024.
- [26] Patel S, Khan S, M S, Hamid P. The Association Between Cannabis Use and Schizophrenia: Causative or Curative? A Systematic Review. *Cureus* 2020;12:e9309. <https://doi.org/10.7759/cureus.9309>.
- [27] Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophr Bull* 2016;42:1262–9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003>.
- [28] Sifakis S, Tzachanis D, Samara M, Papazisis G. Antipsychotic Drugs: From Receptor-binding Profiles to Metabolic Side Effects. *Curr Neuropharmacol* 2018;16:1210–23. <https://doi.org/10.2174/1570159X15666170630163616>.
- [29] Trecki J, Gerona RR, Schwartz MD. Synthetic Cannabinoid-Related Illnesses and Deaths. *N Engl J Med* 2015;373:103–7. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1505328>.
- [30] van Gelder MMHJ, Reefhuis J, Caton AR, Werler MM, Druschel CM, Roeleveld N, et al. Characteristics of pregnant illicit drug users and associations between cannabis use and perinatal outcome in a population-based study. *Drug Alcohol Depend* 2010;109:243–7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.01.007>.

## X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

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

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

### 2. Irodalomkeresés, szelekció

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

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

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

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

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

#### **5. Véleményezés módszere**

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

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

Független szakértő nem került bevonásra.

## **XI. MELLÉKLET**

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

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

Nem készült.

#### **1.2 Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok**

## Droghasználat Zavarainak Szűrőtesztje (DUDIT)


Id. nr.


--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

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

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

A drogok listájának megtekintéséhez fordítsa meg a papírt 

# Drogok Listája

(Megjegyzés! Nincs alkohol!)

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

Authorized Hungarian Translation © Addikológiai Kutató Intézet, 2011. adki@online.hu

## TABLETTÁK-GYÓGYSZEREK

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

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

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

### Nyugtatók/Altatók

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

### Fájdalomcsillapítók

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

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



**Kannabisz Használat Szűrőtesztje (CAST)****9. A Kannabisz Használat Szűrőtesztje (CAST-HU)**

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

**Az elmúlt 12 hónapban...**(1) ... szívtál kannabiszt délelőtt?

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

(2) ... szívtál kannabiszt, amikor egyedül voltál?

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

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

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

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

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

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

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

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

soha	ritkán	időnként	elég gyakran	nagyon gyakran
------	--------	----------	--------------	----------------

**Pontozás:**

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

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

**Értékelés:**

Nincs kockázat = 0 pont

Alacsony kockázat = 1- 2 pont

Mérsékelt kockázat = 3 pont

Magas kockázat  $\geq$  4 pont

## Addikció Súlyossága Skála (ASI)

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

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

## Az ELMÚLT 12 HÓNAP során...

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

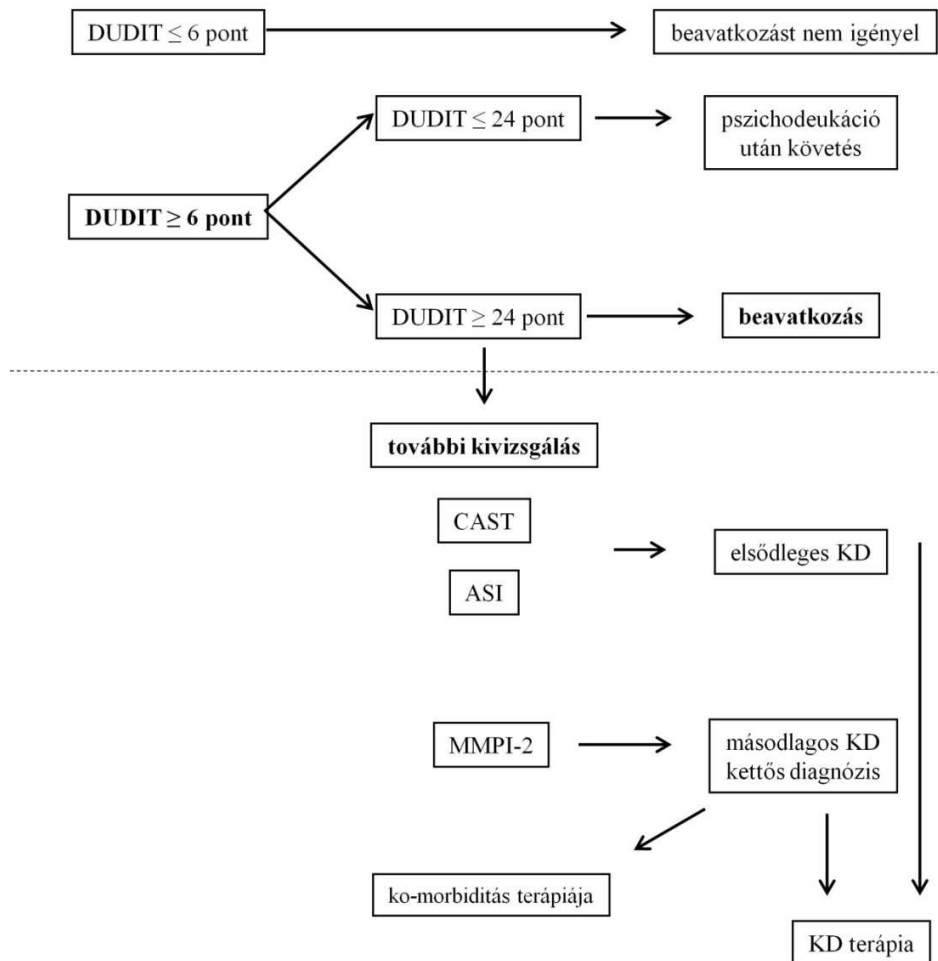
### 1.3. Táblázatok

#### 1. táblázat: KD DSM kritériumai [9]

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

#### 1.4. Algoritmusok

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



#### 1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készültek.