

Tartalom

Előszó (<i>Buda Béla dr.</i>)	7
Az indiai kender (cannabis) okozta zavarok A Német Függségkutató és Terápiás Társaság (DG-Sucht) és a Német Pszichiátriai, Pszichoterápiás és Ideggyógyászati Társaság (DGPPN) irányelvei.....	9
<i>V. C. M. van Alem – A. Mol:</i> Cannabiskliensek az ambuláns ellátásban 1994–2002	35
Testületi határozat a cannabisfogyasztásról (EU-s ajánlások)	55

ELŐSZÓ

A cannabis fogyasztása világszerte, de leginkább Európában terjedőben van, és emiatt a belőle származó különféle ártalmak – leginkább a pszichiátriai szövődmények – mind több ellátási feladatot és gondot okoznak, és emiatt élénk viták tárgyai.

A cannabis Magyarországon is jelen van és terjed, nem csoda tehát, hogy itthon is eltérőek a vele kapcsolatos álláspontok. Mivel a cannabiszármazékok a leggyakrabban fogyasztott illegális szerek, a dekriminalizációs törekvések (és a nyilvánosság előtt ritkábban vállalt liberalizációs javaslatok) mind arra hivatkoznak, hogy a marihuána kevésbé ártalmas, mint az addiktív potenciállal bíró megengedett élvezeti szerek, különösen az alkohol vagy a nikotin. Újabb viszont szaporodnak a megfigyelések és kutatási adatok, amelyek szerint a cannabis idegrendszerben gyakorolt neurokémiai hatásai sok ártalmat keltenek, több fontos szabályozási mechanizmus megzavarására képesek (pl. az endokannabinoid rendszert befolyásolva), és ezért nem tekinthetők annyira veszélytelennek, mint ezt korábban gondolták, főleg az epidemiológiai adatok alapján (vagyis abból kiindulva, hogy az elterjedt fogyasztás viszonylag kevés egészségi vagy viselkedési problémával jár együtt, ritka az addikció, könnyű a leállás a szerről). Ma a cannabiszal összefüggésbe hozható tünetek és pszichopatológiai kórállapotok egyre gyakrabban kerülnek a pszichiáterek és klinikai pszichológusok látókörébe.

Az említett viták két pólusában tehát egyik oldalon a veszélytelenség, ártalmatlanság áll, a másikon a különböző szövődmények, tüneti reakciók ténye, továbbá még két momentum, a cannabisfogyasztás hatása a fiatalkori szkizofrénia incidenciájára (vagyis a cannabisfogyasztó fiatalok között gyakoribb lenne a szkizofrénia) és a cannabis ún. kapudrog jellege (vagyis az a feltételezett összefüggés, hogy a marihuána mintegy ösztönöz, kaput nyit a veszélyesebb tiltott drogok fogyasztására).

Ezek a viták nem zárultak le. Nálunk a véleménykülönbségek csak esetlegesen nyilvánulnak meg, és ritkán válnak valódi diszkusszióvá, még kevésbé párbeszéddé. Ennek oka talán a drogdiskurzusban részt vevők kis száma és a viszonylagos tájékozatlanság a kérdés tudományos szakirodalmában.

Ez utóbbi nehezhítheti a cannabisproblémákkal segítségért jelentkezők ellátását is. Nehezhíti a megelőzés törekvéseit is. A cannabis mindenképpen a prevenció célterülete, elsősorban az elsődleges megelőzésben, de nem elhanyagolható a másodlagos prevenció jelentősége sem, a szerfogyasztók és különösen a problémás szerhasználók megközelíthetők lehetnek a tanácsadás és a korai ellátás felől.

A cannabiszal kapcsolatos szakmai tisztázódás érdekében próbálunk közreadni szakmai tájékoztató anyagokat az Országos Addiktológiai Intézet kiadványozása keretében. Kisméretű, tematikus köteteket tervezünk. Az első kötet célja a bevezetés a fontosabb témakörökbe. Az első tanulmány a német nyelvű országokban elfogadott szakmai irányelvek összefoglalása, a második áttekintés a cannabisproblémák megjelenéséről a holland drogellátásban az ezredforduló idején, míg a harmadik rövid hivatalos ajánlás az Európai Unióban a cannabiskérdés értelmezéséhez és drogpolitikai kezeléséhez. Mindhárom tanulmány jól ismert szakmai kontextusokra utal. Az első tanulmány a pszichiátriai és az addiktológiai ellátás tájékoztatására szolgál, a második tendenciát mutat, amely a mi ellátásunkban is várhatóan jelentkezni fog, míg a harmadik a téma fontosságát emeli ki.

A következő kötetek a kiadási lehetőségektől függenek majd, tartalmilag pedig attól, hogy a hazai szakemberek mennyire érdeklődnek majd a tudományos ismeretekre támaszkodó konstruktív viták iránt, és mely témakörök kidolgozására jelentenek be igényt és adnak segítséget.

A fordítások leginkább hivatalos, a nemzetközi nyilvánosság számára közreadott szakanyagok esetében jöhetnek szóba, igazában összefoglaló referátumok (és esetleg kommentárjaik vagy hozzájuk készített vitairatok) lennének célszerűek, vagy talán a hazai szakirodalomban megjelent írások újraközlése, hozzászólásokkal és szerzői kiegészítésekkel. Hasznosak lennének esettanulmányok, klinikai (akár kvalitatív) kutatások, követéses vizsgálatok is.

Bízunk benne, hogy kezdeményezésünk figyelmet kelt és kapunk hozzá támogatást és javaslatokat.

Buda Béla dr.

**A Német Fügőségkutató és Terápiás Társaság (DG-Sucht)
és a Német Pszichiátriai, Pszichoterápiás és Ideggyógyászati
Társaság (DGPPN)**

[Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht)
und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)]*

irányelvei

AWMF-Irányelv-regiszter	Nr. 076/005	Fejlettségi szint:	2
-------------------------	-------------	--------------------	---

Forrás: Fortschr. Neurol. Psychiat. 2004, 72:318-329.

AZ INDAI KENDER (CANNABIS) OKOZTA ZAVAROK

Abstract

Actually, guidelines for treatment of substance-related disorders were written under the overall control of the DG-Sucht e.V. and the DGPPN e.V. This appears within the framework of the Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft (AWMF). The leading objective of these guidelines is the description of the current scientifically proven and evidence-based medicine in addiction to derive recommendations to therapy. In this context, the guideline for treatment of cannabis-related disorders is introduced.

Összefoglalás

A Tudományos Orvosi Szakkollégiumok Egyesületének (AWMF) keretében a DG-Sucht és a DGPPN vezetésével jelenleg is zajlik a „szerfüggő zavarok kezelése” irányelveinek kidolgozása. Az irányelvek fölérendelt céljának értelmében a tudományosan megalapozott és a gyakorlati „evidencia” alapjain nyugvó addiktológiai gyógykezelés aktuális állapota is rögzítésre kerül, amelyek alapján azután a kezelési javallatok felállítása történik. Az indiai kender okozta zavarok kezelésének irányelvei az említett kontextusban kerülnek bemutatásra.

* www.awmf-online.de

1. Bevezetés

A Tudományos Orvosi Szakkollégiumok Egyesületének (AWMF) keretében 2000 szeptembere óta a DG-Sucht és a DGPPN vezetésével jelenleg is zajlik a „szerfüggő zavarok kezelése” irányelveinek kidolgozása. Az irányelvek főrendelt céljának értelmében a tudományosan megalapozott és a gyakorlati „evidencia” alapjain nyugvó addiktológiai gyógykezelés aktuális állapota is rögzítésre kerül, amelyek alapján azután a kezelési javallatok felállítása történik.

Az indiai kender okozta zavarok diagnosztikai és kezelési irányelveinek kidolgozását az teszi szükségessé, hogy világszerte, így Németországban is az indiai kender a leggyakrabban fogyasztott illegális drog [1, 2], és a korábbi becslésekkel ellentétben egyre jelentősebbnek bizonyul, olyannyira, hogy nemcsak

- kezelést igénylő függőségi megbetegedés, hanem
- releváns káros következményei és
- tetemes pszichiátriai komorbiditása is fennáll.

Az ambuláns drogkezelő állomásokon egyre gyakoribb az indiai kender fogyasztásával kapcsolatosan jelentkező probléma [3]. A legfrissebb reprezentatív mintavétel az indiai kender fogyasztásának fiatalok és fiatal felnőttek körében jelentős mértékben megnövekedett prevalenciáját mutatta ki Németországban [4]. A vizsgálat alapján a 12-25 éves korcsoport 26%-a legalább egyszer az életében fogyasztott már indiai kendert. 1993-ban ugyanezen csoportnak csak 16%-a találkozott az indiai kenderrel. Ugyanennek a csoportnak minden 8. tagja (13%) az elmúlt 12 hónap során legalább egyszer fogyasztott indiai kendert [4]. A korcsoportok további differenciálása során kiderült, hogy a 16-18 évesek 21%-a, és a 18-19 évesek 18%-a illegális drogot, feltehetőleg indiai kendert fogyaszt. Az életkor növekedésével a prevalenciarányok újra csökkennek [2].

Rendszerint a fogyasztási minta függvényében megbecsülhetők a drogfogyasztás egészségi rizikói. A legtöbb fogyasztási mintát vizsgáló kutatás a drogfogyasztás gyakoriságát és intenzitását tartalmazza [5-8]. A 2001-es [2] aktuális reprezentatív kutatás adatai alapján abból kell kiindulnunk, hogy az indiai kender fogyasztóinak nagyobb hányada (61%) inkább alkalmi fogyasztó (havi 1-5 alkalommal fogyaszt cannabiszt), és csak mintegy 20%-uk fogyaszt (majdnem) minden nap (havi 20-30 alkalommal) indiai kendert.

Olyan epidemiológiai vizsgálatok, amelyek az indiai kender visszaélészerű fogyasztását, és a függőség mértékét mérik fel az össznépegségben, Németországban csak korlátozott számban állnak rendelkezésre. Egy München és környéke lakóinak reprezentatív mintáján végzett vizsgálat alapján kiderült [9], hogy a 14 és 24 év közötti indiai kendert fogyasztók 8-9%-a kimeríti az indiai kenderrel történő visszaélés (lifetime) diagnosztikai kritériumait, és mintegy 4-7%-uk a DSM-IV kritériumrendszere alapján az indiai kender okozta függőségben (lifetime) szenved.

A következő szövegrész terminológiai szempontokból történő jobb elhelyezésének érdekében következzen itt egy rövid kitérő az indiai kender biológiájára és farmakológiájára. Csak a termős indiai kender (*Cannabis sativa*) szára, levele és virága tartalmaz olyan mirigyeket, amelyek cannabisgyantát termelnek. Ez idáig a cannabisgyanta 483 összetevőjét azonosították, amelyből 66 cannabinoid [10]. A cannabinoidok, nagyon lipofil 21C-terpének. Kiemelhetjük közülük a Δ -9-tetrahydrocannabinolt (Δ -9-THC) és a cannabidiolt. Míg a Δ -9-THC főleg a mámor létrejöttéért felelős [11-13], addig a cannabidiol semmiféle kábító hatással nem rendelkezik, és antikonvulzív [14], illetve, igaz, eddig csak állatkísérletekben, de antipszichotikus és anxiolitikus hatású szernek bizonyult [15]. Általában az aktuálisan forgalomban lévő

szárított virágzat és levél (marihuána) Δ -9-THC tartalma 1-5%, a cannabisgyantáé (hasis) maximum 15%, és a hasisolajé maximum 70% [16]. Aggódalomra ad okot az a tény, hogy a nyilvánvalóan termesztési eljárásoktól függő Δ -9-THC-koncentráció a marihuána tekintetében az utóbbi 20 évben megháromszorozódott [17]. Primer módon a termesztett növényből nyert természetes cannabinoidok mellett időközben megjelent a természetesen előforduló cannabinoid szintetikusan előállított formája is, illetve ezek olyan, teljes mértékben szintetikus derivátjai is elérhetőkké váltak, amelyek részben az orvosi alkalmazásban találhatóak meg (például: dronabinol, nabilon) [18].

A cannabis rendszerint inhalációs formában (például hasiscigaretta, ún. joint) vagy orálisan (például hasiskezsként, vagy teában, csokoládéban oldva) fogyasztják. A biológiai rendelkezésre állása a fogyasztás módjának függvényében igen változó, 2 és 60% között található. A májban több mint 20 metabolitja jön létre.

A Δ -9-THC fő metabolitja a 11-OH-THC, ami ugyancsak pszichotróp. Az eliminációs felezési ideje a plazmában több mint 7 nap, a metabolitok 25%-a renálisan, 65%-a a bélrendszeren keresztül kerül eliminálásra [19-21]. A Δ -9-THC abszorpciója két-csúcsponos kinetikát mutat. Az inhaláció után, néhány perccel belül a plazmában a Δ -9-THC eléri a maximális koncentrációt. A következő órában a plazma Δ -9-THC szintje gyorsan esik, és eléri körülbelül a csúcérték 10%-át. Erősen lipofil tulajdonsága miatt a Δ -9-THC elsősorban a zsírszövetben oszlik el, és onnan újra a plazmába kerül. A Δ -9-THC-koncentráció időgörbéje a vérben nem mutat párhuzamosságot a bőrdító hatás időgörbéjével. Rendszeres használat esetén elsősorban a THC-COOH metabolit kumulálódik, amely a fogyasztás befejezését követően gyakran még hetekkel később is kimutatható a vérben, és még hosszabb ideig a vizeletben. Alkalmi használat esetén a vizeletben 3-5 nap alatt kiválasztódik [20-22].

Pillanatnyi tudásunk alapján a Δ -9-THC hatását az agyban fejti ki, a cannabinoid-1-receptorokon (CB1-R) [12,13]. Ellentétben a 2-es számú szubtypusával (CB2-R), amely elsősorban az immunrendszerben található, a CB1-R elsősorban az idegrendszerben exprimálódik [12, 23]. Így a cerebellumban, a hippocampusban és a substantia nigrában különösen nagy sűrűségben található. A cannabinoid-receptorokat az ún. endocannabinoidok (például: anandamid, 2-arachidonylglycerol) stimulálják. Ezek az endocannabinoidok a plazmamembrán anyagcsere-folyamatainak származékai, és az állatvizsgálatokban azt találták, hogy a Δ -9-THC több hatását imitálják [12, 24], azonban alacsony dózisban hatásuk gyenge [25]. A megfigyelések arra utalnak, hogy az endocannabinoidok, mint retrográd messengerek, a szinapszisok transzmitter-kiválasztását gátolják, és ezáltal a neurotranszmisszió finom beállítását végzik. E folyamat különösen jó leírását találjuk a glutamaterg szinapszisokra vonatkozóan a kisagyban [26, 27], illetve a GABAerg szinapszisokra vonatkozóan a hippocampusban és a mezolimbikus-dopaminerg rendszerben [12, 28]. Nemrégiben írták le a hippocampus sejtállományában található neuronok között kialakuló szinapszisok képződésének cannabinoid okozta gátló hatását [29]. Hasonlóan, mint az alkohol, a heroin vagy más pszichoaktív szerek esetében, a Δ -9-THC hatása alatt is, a dopamin-koncentráció patkányok nucleus accumbensének extracelluláris terében megnövekszik [30]. Valószínűleg a pszichotróp cannabinoidok itt azokat a CB1-receptorokat aktiválják, amelyek a GABAerg interneuronokon találhatóak. Ezek GABA-elválasztása az aktiváció hatására csökken, aminek következményeképp a dopaminerg projekciós neuronok több dopamint tudnak kiválasztani [12, 31], és ennek következtében valószínűleg a viselkedést jutalmazás útján megerősítik [32, 33]. Kimutatták, hogy bizonyos körülmények között állatok is megtanulják a Δ -9-THC-t önmaguknak applikálni [34]. A cannabinoid hatás további farmakodinamikus és farmakokinetikus tulajdonságait illetően egyéb áttekintő munkákra fogunk hivatkozni, l. például [12, 35].

2. Módszer

Az irányelvek megalkotásában az Orvosi Központi Minőségbiztosítási Hivatal (Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung: ÄZQ) és az AWMF irányelv-kézikönyvét vettük alapul [36]. Ezekre támaszkodva a tudományos tanulmányok 4 „evidencia”-erősségben kerültek értékelésre:

„evidencia”-erősség: Ia:	Metaanalízis szerepel benne, vagy legalább 2 kontrollált, randomizált vizsgálat
„evidencia”-erősség: Ib:	Legalább 1 kontrollált, randomizált vizsgálat (RCT)
„evidencia”-erősség: IIa:	Legalább 1 jól megtervezett, kontrollált vizsgálat (esetkontroll- vagy kohort-tanulmány)
„evidencia”-erősség: IIb:	Legalább 1 terápiás esettanulmány, kvázi tapasztalati, jól megtervezett
„evidencia”-erősség: III:	Legalább 1 jól megtervezett leíró tanulmány (összehasonlító vagy korrelációs tanulmány)
„evidencia”-erősség: IV:	Szemlecikk, kvantitatív adatanalízis nélkül, kazuisztika, állatkísérletek, vélemények.

A terápiás javaslatokat az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association: APA 1995) [37] és a Skót Interkollegiális Irányelvhalózat (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN 1999)) [38] 3 javaslati osztálya alapján soroltuk be:

[A]	Empirikusan jól alátámasztott javaslat (legalább 1 metaanalízis, szisztematikus szemle vagy egy RCT, vagy konzisztens eredményekkel rendelkező tanulmányok az Ia, Ib tanulmánypopulációból)
[B]	Általánosan jól alátámasztott javaslat (IIa, IIb „evidencia”-osztályba sorolt tanulmányok)
[C]	Egyes klinikai esetekben alátámasztott javaslat (III vagy IV „evidencia”-osztályba sorolt tanulmányok), vagy szerzőcsoport gyakorlati tapasztalatból származó véleménye

Jelen irányelvek egyike az összesen 10, egyenként különböző függőséget okozó anyaggal, vagy anyagcsoporttal foglalkozó fejezetnek. Minden fejezet tartalmáért egy-egy definiált munkacsoport a felelős. A munkacsoportok tagjait a korábban megnevezett szaktársaságok delegálták, illetve hatalmazták fel. Jelen irányelvek a saját evolúciós folyamatában jelennek meg. Ez idáig 5 fölérendelt irányelv-konferencián (Prof. Dr. med. L.G. Schmidt és Prof. Dr. med. M. Gastpar vezetése alatt) került a kritikai észrevételek középpontjába. Minden konferencia után számos telefonos és e-mailos egyeztetés mellett a munkacsoport legalább 2 alkalommal személyesen is találkozott azzal a céllal, hogy a kritikai kommentárokat feldolgozza, továbbá hogy az irányelveket a klinikai gyakorlat követelményeinek megfelelően átdolgozza. A szakirodalmi kutatás a következő adatbankok segítségével történt: Pubmed, Medline, NIDA (keresett kifejezések: addiction, abuse, dependence, cannabis, cannabinoide és a német nyelvű megfelelőik). Mivel a cannabis okozta zavarok területén kevés tudományos alapokon nyugvó irodalom lehet fel a diagnózist és a kezelést illetően, néhány, a gyakorlat szempontjából releváns helyen,

olyan javaslatok kerültek felvételre, amelyeket nem a hozzáférhető irodalom, hanem szakértői vélemények alapján fogalmaztunk meg. Emiatt jelen irányelv nem alkothatott igényt arra, hogy teljes mértékben „evidenciá”-n alapuljon. Túlnyomórészt „evidenciá”-n alapszik, és ennek megfelelően a 2-es fokozatba soroltuk [39]. A szerzők azt remélik, hogy jelen publikáció segítségével azokat a szakértőket is eléri, akiknek véleménye ez idáig nem került felvételre.

3. Diagnosztika

3.1. Anamnézis

A cannabisfogyasztók általános anamnézisében respiratorikus szimptomákon kívül rendszerint semmi feltűnő nem szerepel. A pszichiátriai anamnézisben, elsősorban függő fogyasztók esetében, a következők szerepelnek:

- nem specifikus érzékenységi zavarok
- kognitív zavarok
- pszichotikus zavarok
- affektív szimptomák
- szorongások
- személyiség- és viselkedéses zavarok
- visszaélés vagy függőség más anyaggal kapcsolatban

Különösen fontos a pszichiátriai anamnézisben az első pszichés szimptóma és a cannabisfogyasztás megkezdésének idői összefüggésére odafigyelni. [C].

Becslések szerint a cannabisfüggő páciensek több mint 70%-ánál más komorbid pszichés zavar is fennáll (vö.: 3.4.10) [7,40-43].

A speciális addiktológiai anamnézisben (többek között életkor a fogyasztás megkezdésekor, a fogyasztás időtartama, intenzitás/adagolás, gyakoriság, ha lehetséges, a fogyasztott anyag összetétele) rendszerint más legális vagy illegális drogok fogyasztására utaló jeleket is találunk (vö.: 3.4.10).

A differenciált szociális anamnézis (többek között: a szociális hálózat összetétele, család, testvérek, peer-group, iskolai végzettség, képzések, korai feltűnő jellegzetességek a viselkedés terén, szabadidős tevékenységek, értékek és normák) felvételének fontossága a cannabisfogyasztók fiatal életkora miatt többszörösen aláhúzendő [C].

3.2. Testi kivizsgálás

A cannabisfogyasztók körében specifikus testi szimptomák rendszerint nem találhatók. Az akut cannabisfogyasztás nem specifikus jelei lehetnek: a hajlatok pirossága, hyposalivatio, tachycardia, orthostaticus hypotensio, finommotoros zavarok. Gyakran diagnosztizálható a krónikusan inhaláló fogyasztóknál bronchitis [44, 45].

3.3. Kiegészítő vizsgálatok

Akut és krónikus cannabisfogyasztás után a Δ -9-THC és metabolitja, a THC-COOH, a vizeletben rendszerint hat héten át kimutatható. Az immuno-assay e tekintetben szemikvantitatív kimutatási módszernek bizonyult (szokásos cut-off a THC-COOH esetében 50 ng/ml) [22]. Rendszeres cannabisfogyasztás esetén az értékek nem ritkán az absztinencia néhány napján

belül a mérési tartomány úgynevezett cut-off-értéke alá csökkennek, de azután hosszabb időn át egy alacsonyabb mérési tartományban mérhetőek maradnak [személyes közlés: M. Struppe]. Pontosabb kvantifikálást tesz lehetővé a gázkromatografikus-tömegspektrometrikus mérés [22]. A glukuronizált THC és a glukuronizált 11-OH-THC jelenléte a vizeletben rendszeres cannabisfogyasztásra utal [46]. Még a plazmában is található a Δ -9-THC nyomai a fogyasztást követő néhány napon belül, de az eredmények semmitmondóak a fogyasztás egzakt időpontját illetően [22]. A közlekedési törvény 24. paragrafusa alapján rendszabálysértést követ el az, aki közlekedési járművet vezet, és Δ -9-THC mutatható ki a vérében [47]. Az alkohollal ellentétben viszont nem állnak rendelkezésre aktuális jogilag is érvényes határérték-megállapítások, amelyek egy cannabisfogyasztó közlekedési képességét illetően bizonyító erővel hatnának. Rendszerint a cannabisfogyasztók vezetői engedélye bevonásra kerül abban az esetben, ha a rendszeres fogyasztás kimutatható, illetve, ha feltételezhető, hogy az alkalmi cannabisfogyasztó a cannabis fogyasztását a gépjármű vezetésétől nem tudja elválasztani. Ez vizsgálható például ismételt pozitív vizeletpróba során [48]. A fogyasztás időtartama hajanalízis segítségével pontosan behatárolható. Egyes esetekben a Δ -9-THC és a metabolitok kvantitatív analízise a vérben és a vizeletben, a nem egyértelmű pszichiátriai zavaroknál releváns lehet. A THC-COOH kreatininértékhez normalizált tartalmának emelkedése a vizeletben (ráció $\geq 1,5$) újabb cannabisfogyasztásra hívhatja fel a figyelmet [49,50]. Meg kell azonban említeni, hogy a fent nevezett ráció alkalmi fogyasztók esetében került megállapításra, és a krónikus cannabisfogyasztókon végzett kontrollált vizsgálatok még hiányoznak. A gyakorlat ezenkívül azt mutatja, hogy a krónikus fogyasztóknak sokkal hosszabb ideig kell absztinenseknek maradniuk ahhoz, hogy a cut-off-érték alatt a kvantitatív összehasonlítás lehetővé váljon [51]. Feltételezhetően hamarosan rendelkezésre állnak olyan valid gyorsesztek, amelyek alkalmasak a Δ -9-THC és/vagy metabolitjainak izzadságból vagy nyálból történő kimutatására.

A neuropszichológiai vizsgálatok során – a teljesítményteszteket is beleértve – gyakran található az intoxikáción kívül is olyan kognitív defícitek (például a munkamemóriában és az egzekutív funkciókban), amelyek kvantifikálása javasolt [C]. Más laborparaméterek vizsgálata, és további használatban lévő kiegészítő vizsgálatok szimptómaorientált módon alkalmazandók. Javasolt további drogok egyidejű vizsgálata a vizeletben (elsősorban opiátok, kokain, benzodiazepin, barbiturátok, amfetamin és ecstasy), valamint a vér vagy a kilélegzett levegő alkoholszintjének megállapítása [C].

3.4. Klasszifikáció

Az anyagspecifikus zavarok akkor definiálhatók, ha azok közvetlenül az intoxikációban az anyag vagy annak egy alkotóelemének hatásával, vagy a tartós anyagfogyasztással kapcsolatba hozhatók. Az aktuális Betegségek Nemzetközi Klasszifikációja (ICD-10) különbséget tesz a káros használat és a függőség között.

3.4.1. Intoxikáció (F12.0, F12.03, F12.04)

Az illegális cannabistermékeket rendszerint saját kezűleg sodort cigaretta (joint), vagy pipa formájában fogyasztják (purpipa, vízipipa stb.). Extrém, és időközben különösen a fiatalok körében világszerte elterjedt inhalációs formát képvisel az ún. „vödörszívás” („A vödör arra vonatkozik, hogy a hasis nem beinjekciózható” [52]). Az orális applikáció formái (sütemény, tea stb.) kevésbé elterjedtek. A cannabis cigaretta vagy pipa formában történő fogyasztása után a cannabismámor néhány percen belül fellép, orális fogyasztás esetén akár öt órát is várathat magára [53, 54].

A mámorító hatás függ a dózistól, a gyakoriságtól, az applikációs formától, a fogyasztó egyéni diszpozíciójától, és a szituatív kontextustól. Például abban az esetben, ha félelemmel színezett kontextusban fogyasztják a cannabiszt, megnövekedik a pánikrohamok fellépésének gyakorisága a mámor idején. A cannabis-intoxikáció következő fő hatásait jegyezték fel [55, 56]:

- Eufória („high”) konszekutív fáradtsággal
- Relaxáltság és pszichomotorikus lelassulás
- Motorikus zavarok
- Kognitív zavarok (koncentráció, figyelem, reakcióidő, emlékezet)
- Formális gondolkodási zavarok (elsősorban: asszociatív lazaság, felgyorsulás, bőbeszédűség, gondolat-rohanás)
- Észlelési zavarok (az időélmény megnyúlása, színesztéziák, a tér és a színek megváltozott megélése, a nyugalom fokozott megélése, ritkán hallucinációk)
- Deperszonalizációs és derealizációs élmények
- Étvágynövekedés
- Émelygés, hányás
- A szituáció szempontjából nem adekvát viccelődés, variációk a közönyösség és az akut pánikreakció intervallumában
- Ritkán akut pszichotikus reakciók
- Nagyon magas dózis esetén toxikus delírium (zavartság, amnézia, hallucinációk)

A cannabismámor rendszerint 3-5 órán belül lecseng.

Kognitív funkciócsökkenések, mint koncentrációs zavarok, vagy a rövid távú emlékezet zavarai azonban akár 48 órával az intoxikáció után is kimutathatók maradhatnak (vö. 3.4.9).

Magas cannabisdózisra fellépő intoxikáció során akut pszichotikus reakciók (F 12.04) és delíriumos állapotok is (F 12.03) felléphetnek, amelyek akár napokig is eltarthatnak (F 12.50, vö. 3.4.5 és 3.4.6).

3.4.2. Káros használat (F12.1)

Az ICD-10 alapján káros használatról állunk szemben, ha a szerhasználat a szerfogyasztó fizikai vagy pszichés egészségét kimutatható módon károsította, és ennek ellenére is folytatódik. Az ICD-10 alapján a káros használatot tekintve nincsenek epidemiológiai adatok. A DSM-IV alapján, amely a szociális dimenziót ragadja meg, az egész életre szóló prevalencia a cannabis-fogyasztók körében, Németországban 15% [7].

A káros használat fogyasztási mintája gyakran eltér az addig károsodást nem szenvedettek mintájától. A cannabis káros fogyasztói minden esetben gyakrabban, rendszeresebben és magasabb dózisban fogyasztják a kenderet, mint az alkalmi fogyasztók [57].

3.4.3. Szerfüggőség (F 12.25)

Az epidemiológiai tanulmányok alapján megállapítható, hogy Németországban az összes aktuális cannabisfogyasztó mintegy 4-7%-a, a DSM-IV alapján diagnosztizálva szerfüggőségben szenved [7, 9]. A cannabis tartós (csaknem) napi rendszerességű fogyasztása szükséges, ám nem kielégítő feltétele a függőségnek [58, 59]. Az ausztráliai és amerikai kutatásokban a cannabisfogyasztók 15-22%-a teljesítette az ICD-10 vagy a DSM-IV függőségi kritériumait [40, 42, 43]. Egy ausztráliai kutatás a cannabisfüggők körében a kritériumok következő eloszlását találta [43]:

- Craving (53%)
- Kontrollvesztés (94%)
- Elvonási tünetek (90%)
- Tolerancia (70%)
- Szociális és szakmai korlátozottság (44%)
- Folytatódó szerfogyasztás az ismert károsodás ellenére is (35%)

Abban az esetben, ha egy év leforgása alatt a fenti kritériumok közül 3 vagy több egyidejűleg teljesül, a fogyasztó az ICD-10 vagy a DSM-IV alapján szerfüggő.

A cannabisfüggőség rögzítésével és klasszifikációjával különösen a 90-es években kutatások sora foglalkozott [57-63]. Egyes kutatások eredményei alapján bevezetett klasszifikációs rendszerek (DSM-IV, ICD-10) jól ragadják meg a cannabisfüggőséget [58, 59, 61], annak ellenére, hogy empirikusan megalapozott, a konstrukciós validitást érintő kétségek merültek fel az említett rendszerekben [62, 63].

A férfiak magasabb genetikai rizikóval rendelkeznek a cannabisfüggőség kialakítására, mint a nők [64].

3.4.4. Elvonási tünetek (F 12.30)

Habár a cannabis fogyasztásával kapcsolatos klinikailag releváns elvonási tünetegyüttes régóta meghaladottnak tűnt [65, 66], a legújabb kutatások a cannabisfogyasztás elvonási jelenségeiről számolnak be [53, 54, 60, 67-72]. Ezek alapján a tartós, rendszeres cannabisfogyasztás, mintegy 10 órával az utolsó adag elfogyasztása után, a következő tüneteket okozza, amelyek körülbelül 7-21 napos időintervallumban léphetnek fel:

- Craving
- Étvágycsökkenés
- Alvászavarok
- Izzadás
- Irritálhatóság (egészen az agresszivitásig)
- Belső nyugtalanság
- Szorongás
- Hyperalgesia (elsősorban: fej-, has- és izomfájdalmak)
- Dysphoria

Ez a tünetegyüttes rendszerint nem túl hangsúlyos [67, 71, 72].

3.4.5. Rövid ideig tartó pszichotikus epizódok (intoxikációs pszichózis) (F12.04)

A cannabis akut, erőteljes hatása alatt nem ritkán fordulnak elő rövid ideig tartó pszichotikus szimptomák, amelyek rendszerint a klinikailag releváns zavarok mértékét nem érik el [71]. Az ICD-10 alapján azok a pszichotikus szimptomák kerültek osztályozásra, amelyek 48 óránál tovább nem tartanak. A dózis függvényében kifejezett pszichotikus reakciók léphetnek fel, amelyek kifejezésre jutása mégsem indokolja az önálló betegség feltételezését, klinikai szempontból pedig jelentős mértékben variábilisak lehetnek. A klinikai szimptomatikát tekintve a klinikai körképek széles spektruma mutatkozik úgy, hogy azokat hipomániás téveszméknek és körképeknek is tekinthetnénk [55, 73].

Egy új, ausztrál prospektív epidemiológiai vizsgálat feltárta, hogy a vizsgált krónikus cannabisfogyasztók mintegy 1,2%-a pszichotikus szimptomákat mutatott a mintavétel időpontjára.

ban. Azoknál a cannabist fogyasztó egyéneknél, akik egyidejűleg fokozott mértékben alkoholt is fogyasztottak, ez az arány még magasabb volt [74].

Ezek a vizsgálatok arra hívják fel a figyelmet, hogy a pszichotikus jegyek kifejezésre jutása kontinuum jellegű, ami az akut intoxikáció keretében fellépő nagyon rövid pszichotikus szimptomáktól, a kissé hosszabb ideig tartó tranz jellegű pszichotikus jelenségeken át, a 3.4.6 alatt tárgyalásra kerülő hosszabb ideig tartó, akut, vagy krónikus cannabisfogyasztás után fellépő pszichotikus epizódokig tart.

3.4.6. Hosszabb ideig fennmaradó asszociatív pszichotikus epizódok (cannabis-pszichózis) (F12.50)

Akut, magas adagú, vagy krónikusan magas adagolt cannabisfogyasztás után hosszabb ideig tartó pszichotikus epizódok figyelhetők meg, gyakran skizofrénia jellegű szimptomatikával. A tünetegyüttes ez esetben 48 óránál hosszabb ideig tart, és a cannabisfogyasztást követő 2 héten belül, illetve alatt lép fel [73].

Az ilyen jellegű pszichózisok szimptomaképzését a szakirodalom messzemenően inhomogén módon tárgyalja, olyannyira, hogy a skizofrénia jellegű, vagy skizofrén pszichózisok elhatárolása szimptomatikájuk alapján jelen tudásunk szerint nem lehetséges [73]. A skizofrénia jellegű pszichózisokhoz hasonlóan az affektív zavarok is fontos szerepet játszhatnak a cannabiszal asszociálódott, hosszabb ideig fennálló pszichotikus zavarok terén, és a kezelésben különös figyelmet igényelnek [75].

A manapság általánosan elfogadott skizofrén pszichózisok vulnabilitás-stressz-modelljének értelmében abból kell kiindulni, hogy az akut, vagy – lényegesen gyakrabban és valószínűbb módon – a krónikus cannabisfogyasztás vulnérabilis egyéneknél stresszorként jelenik meg, amely egy huzamosabb ideig tartó cannabiszal asszociálódott pszichotikus epizódot okozhat (vö.: 3.4.10). Ilyen zavarok diagnosztizálása során a szerfogyasztás differenciált idői rögzítése és a skizofrén pszichózis prodromál szimptomái közötti kapcsolat, illetve a Δ -9-THC és metabolitjainak (vö.: 3.3.) vizsgálata releváns [C]. A fogyasztott cannabis készítmény összetétele is, ami legalább megközelítő módon a származás és termesztés feltételeinek leírása alapján kikövetkeztethető, illetve a készítmény adagolása, és a fogyasztás időtartama utalhatnak a stresszor intenzitására [73].

3.4.7. Flashbackek (F12.70)

Egyes esetekben cannabisfogyasztók körében leírtak visszhang-pszichózist (ún. flashbackeket), amelyek az utolsó fogyasztást követően hetekkel, adott esetben még később léptek fel [76-78]. Kiváltó okként különösen pszichológiai faktorokat, mint például: az emocionális stressz, emlékek vagy kulcsingerek taglalnak. A terminus kritikus operacionalizálása miatt a cannabisfogyasztást követő flashback-jelenségek terén prevalenciával kapcsolatos biztos kijelentések nem fogalmazhatók meg.

3.4.8. Amotivációs szindróma (F12.72)

Mai napig nem rendelkezünk döntő bizonyítékkal arra, hogy ez a szindróma, amely letargiával, passzivitással, ellaposodott érzelmekkel és csökkent érdeklődéssel jár, specifikus-e a cannabisra. Valószínűleg ezzel a szindrómával illetik a krónikus intoxikációs állapotot [55]. Az is elképzelhető, hogy a skizofrénia kóros állapotát, a depresszív betegségek szubszindrómáját, vagy súlyos személyiségzavarokkal rendelkező betegeket, akik egyúttal cannabist is fogyasztanak, ezzel a szindrómával írják le. Erre utalnak a leírt szimptomatikának és a skizofrén zavarok

negatív szimptomatikájával leírt tünetegyüttesének, vagy a depresszív zavarok ahedonikus szimptomáinak átfedései is [75, 79].

3.4.9. Kognitív zavarok (F12.74)

Az akut cannabisfogyasztás károsítja a kognitív funkciókat (különösen az emlékezetet, a koncentrációt és a figyelmet). A funkciókárosodás maximuma korrelál a vér Δ -9-THC koncentrációjával (kb. 40 perccel a cannabis elszívása után). A funkciók korlátozódása intra- és inter-individuálisan is nagyon változatos [80]. A fogyasztás mennyiségétől és időtartamától függően a koncentráció és a rövid távú memória zavarai az utolsó cannabisfogyasztás után 48 órával még kimutathatók [80]. Egy kontrollált laborvizsgálatban egy cannabiszigaretta (joint) elszívása után az első órában inkább az implicit, mintsem az explicit memóriaterületek szenvedtek zavart, 24 órával később e memóriaterületek és a munkamemória területén semmilyen zavar nem volt kimutatható. [81]. Komplex teljesítménytesztek eredményei kismértékben leromlottak [82]. Repülőszimulátoron a teljesítmény még 24 órával a cannabis elszívása után is szignifikánsan rosszabb volt [83, 84].

Krónikus szerfogyasztók körében (pl. több mint 5000 alkalommal fogyasztott már cannabis, több mint 10 éve fogyaszt csaknem minden nap cannabis) a szakirodalom korlátozott kognitív funkciók (emlékezet, koncentráció és figyelem) jeleire hívja fel a figyelmet az absztinens időszak első három hetében [85-89]. Hogy milyen hosszú ideig állnak fenn ezek a zavarok, és hogy korrelálnak-e a cannabisfogyasztás gyakoriságával, illetve időtartamával, ez idáig nem tisztázott [85-89].

3.4.10. Az indiai kendert fogyasztók pszichés komorbiditása

Egy nagy, reprezentatív mintán végzett amerikai vizsgálat eredményeképp a cannabisfüggők nagy részénél komorbid pszichés zavarokat találtak [57]. Más munkák is azt mutatják, hogy a cannabisfüggők komorbiditása magasra tehető (kb. 70%). A cannabisfüggők többsége személyiség-, illetve viselkedéses zavarban szenved. Gyakran találtak még félelmi zavarokat, depressziót, és ritkán skizofrén pszichózist [7, 40-43, 90,91]. Egy berlini esetelemzés viszont szépen illusztrálta, hogy a különböző komorbid pszichiátriai kórképek hogyan kerülnek a cannabis használatával legyőzésre [92,93]. Mindenesetre ennek kapcsán megállapítható, hogy más okozati összefüggések is elképzelhetők [94]. Úgy tűnik, a pszichiátriai komorbiditás korrelál:

- Az életkorral a cannabisfogyasztás elkezdésekor
- A cannabisfogyasztás erősségével
- A függőség súlyosságával [41,95-97].

Személyiségzavarok (F60.X, F 61.X) és ADHS (F 90.X)

Klinikai megfigyelések alapján úgy tűnik, hogy azok a páciensek, akik súlyos személyiségzavarban szenvednek, cannabiszal jobb érzélem- és impulzusregulációt érnek el [40, 41, 55, 98, 99]. Hasonló tűnik érvényesnek olyan páciensek esetében is, akik figyelmi-deficit-hiperaktivitás-szindrómában (ADHS) szenvednek [90, 100]. Cannabisfüggő fiatalok és felnőttek körében viselkedészavarok majdnem minden esetben kimutathatóak [60]. Olyan személyiség-kérdőívekben, amelyek a skizoid jegyeket célozzák meg, a cannabisfogyasztók a nem fogyasztókhoz képest nem érnek el szignifikánsan magasabb értékeket [101].

Skizofrénia (F20.x; F23.1)

Régóta ismeretes, hogy cannabisfogyasztás prevalenciája skizofrén betegek körében mintegy ötszöröse az életkor-kontrollált normál populációéhoz képest [55, 78], és annak a rizikója, hogy egy magas dózist alkalmazó cannabisfogyasztó skizofréniaiban betegedjen meg, hatszoros a normál populációénak [102, 103]. A cannabisfogyasztás és a skizofrénia kialakulása között fennálló kapcsolat továbbra is vitatott [102-105]. Jelenleg abból indulnak ki, hogy a magas gyakorisággal és/vagy dózisban adagolt cannabisfogyasztás a skizofrénia vulnerabilitás-stressz-konceptiójának értelmében stresszorként jelenik meg [103, 105, 106-108], és így egy rizikófaktor profilját mutatja. Egy nemrégiben publikált új-zélandi longitudinális vizsgálat (születéstől 21 éves korig) megállapítja, hogy cannabisfüggők körében, konfundáló faktorok összjátékának hatására, szignifikánsan megnövekszik a pszichotikus szimptomák fellépése [109].

Vitathatatlanul ez ellen szól, hogy a cannabisfogyasztás egy skizofrén pszichózis lezajlását kedvezőtlenül befolyásolja [110, 111]. A legutóbbi időben arra is vannak utalások, hogy a cannabisfogyasztás a skizofrén pszichózist differenciált módon befolyásolja. A produktív szimptomatikát súlyosbítja, a negatív szimptomatikában azonban javulást okoz [112-115]. Aktuális irodalmi áttekintés található a [116]-ban.

Skizofrén pszichózis akut pszichotikus exacerbációja figyelhető meg akut cannabisfogyasztással összefüggésben [110].

Affektív zavarok és félelmi zavarok (F 3X.X, F 40.X, F 41.X)

Elsősorban tapasztalatlan cannabisfogyasztók körében fejlődik ki gyakran pánikroham a mámor alatt. Egyébként a mámor alatt általában szubeufórikus, gyakran hipomán hangulati kórképek dominálnak [55, 56].

Számos kutatás arra utal, hogy a rendszeres cannabisfogyasztás a véletlennél gyakoribb számban asszociálódik depressziós szimptomákkal, illetve félelmi megbetegedésekkel. [75, 79, 90, 97, 117-122]. Habár léteznek olyan vizsgálatok is, amelyek az ilyen jellegű asszociációt nem tudták megerősíteni [74]. Az egyedi esetek vizsgálata során a depressziós és félelmi megbetegedések javulását és romlását egyaránt megfigyelték [119, 123, 124]. Feltehetően pozitív összefüggés áll fenn a mánia és a cannabisfogyasztás időtartama között. [125]. Olyan longitudinális vizsgálatok, amelyek a cannabis uni- vagy bipoláris affektív zavarok lefolyására gyakorolt hatását vizsgálták volna, nem léteznek.

Más szerek fogyasztása (F1x.x)

Epidemiológiai kutatások azt mutatták, hogy a cannabisfogyasztók túlnyomó többsége, bár egyidejűleg fennálló nikotinfogyasztást folytat, más illegális szerrel nem él [2, 4]. Ennek ellenére az is kimutatható volt, hogy a cannabisfogyasztók speciális, fiatalok alkotta csoportjaiban az alkohol, az ecstasy és egyéb „partydrogok” fogyasztásának magasabb prevalenciája fordul elő [126-128], és hogy más illegális drogok fogyasztásának prevalenciája a cannabisfogyasztás gyakoriságának emelkedésével együtt növekszik [129]. Egy új-zélandi longitudinális vizsgálatban azt találták, hogy a cannabisfogyasztók többsége (63%) más illegális drogot nem fogyaszt, és hogy minden más illegális drogfogyasztó 99%-a viszont cannabis is fogyaszt. Ez utóbbi esetben a magas frekvenciájú cannabisfogyasztás más illegális drogfogyasztásával asszociálódott [109].

A cannabisfogyasztás egészségi rizikóinak tárgyalásában mindig kiemelésre kerül a cannabis „átvezető funkciója” egy drogos karrier megkezdését, illetve az (egyre) „erősebb” drogok kipróbálását illetően, pl. [130]. Ez a feltevés azonban még nem bizonyított, bár a lon-

gitudinális vizsgálatok a kontextus és a biológiai faktorok befolyását ez idáig kizárni sem tudták [131]. Az opiátfüggők majdnem minden esetben, drogfüggőségük korábbi fázisában ténylegesen fogyasztottak cannabis (is). Ebből a tényből azonban nem következik, hogy a cannabisfogyasztás a keményebb drogok fogyasztásához vezetne. Ami ez esetben – az opiátfüggők csoportjára – retrospektív módon érvényes, az a cannabisfogyasztókra prospektív módon mégsem érvényes [132]. A mai napig sincs döntő utalás arra vonatkozólag, hogy a cannabis nagyobb jelentőséggel ágyazna meg az ún. kemény drogok használatának, mint az alkohol, a cigaretta, vagy a koffein [55, 132]. Az egyidejű cannabisfogyasztás, úgy tűnik, nem befolyásolja negatív módon a kokain- és heroin-absztinenciarátákat az opiát-szubsztitúciós programok keretében – habár a pszichoszociális problémák gyakoriságának enyhe emelkedésével jár [133, 134].

3.4.11. Az indiai kenderet fogyasztók szomatikus komorbiditása

A mámor alatt gyakran fellép tachycardia, illetve vérnyomás-csökkenés, amely tünetek azonban hemodinamikailag kevésbé relevánsak [135].

A krónikusan inhaláló fogyasztóknál releváns a:

- krónikus bronchitis [44,45]
- karcinóma a respiratorikus rendszerben [135]
- a spermio genesis reverzibilis károsodása [135]

Állapotos cannabisfogyasztóknál ez idáig nem írtak le fetális vagy embrionális fejlődési rendellenességeket [136, 137]. A cannabisfogyasztó anyák utódai szubtilis cerebrális fejlődési zavarra utaló jeleket mutattak. Az anyák azonban a terhességük alatt gyakran fogyasztottak alkoholt és cigarettát is [137].

Cannabis-intoxikáció következtében fellépő haláleset ez idáig nem ismeretes [55].

3.4.12. Káros szociális következmények

Az alkalmi cannabisfogyasztás általában nem von maga után negatív szociális konzekvenciákat. A cannabisfogyasztás szociális következményeit illetően csak kevés tudományosan megalapozott ismeret áll rendelkezésre. Egy longitudinális vizsgálat azt mutatta, hogy a cannabis tartós és magas fogyasztási szintje szignifikáns predikciót jelent az iskolai, és később a szakmai, finansiális és családi problémákat illetően [134, 138-141]. A szociális következmények súlyossága úgy tűnik, elsősorban a pszichés komorbiditástól függ (vö. 3.4.10) [41, 42, 90], amely pedig a fogyasztás megkezdésekor elért életkorral, és a fogyasztás erősségével áll kapcsolatban [41, 95-97].

4. Kezelés

Primer célok egyrészt az intoxikáció és a káros használat kezelése és elkerülése, illetve a szerspecifikus függőség megszüntetése, másrészt pedig a gyakran fennálló komorbid pszichés zavarok vagy káros következmények identifikálása és specifikus kezelése. E téren a meglévő addiktológiai állományok kínálata, az akut kezelés (elvonókúra) és az orvosi rehabilitáció (le-szoktató kezelés) alkalmazandó [142].

A cannabiszal asszociálódott zavarokkal rendelkező páciensek számára nemzetközi szinten is csak kevés értékelő kezelési program kínálkozik [143-150]. Habár a német nyelvterületen az

utóbbi években különböző regionális szintű, speciális kezdeményezésre került sor, nem rendelkezünk ez idáig olyan kielégítő értékelő tanulmányokkal, amelyek speciálisan a cannabis okozta zavarok kezelése terén átfogó információkat nyújtanának. A hiányzó empirikus bázis pillanatnyilag megnehezíti a kezelés irányelveinek megalkotását Németországban. Egyelőre nincs okunk eltérni a függőségben szenvedő betegek kezelésének általános irányelveitől [142] [C]. Mégis sürgetően szükséges speciálisan a cannabisal asszociálódott zavarok diagnosztikus és terápiás ajánlatainak regionális megalkotása és országos elterjesztése [C]. Ennek fontosságát az is alátámasztja, ahogyan a nagy amerikai kezelési programok értékelése is mutatta, hogy a kezelési igénnyel rendelkező cannabisfogyasztók nagy része más drogokkal kapcsolatban nem érintett, házasságban él, a kezelésre való jelentkezés procedúrájában relatíve jól tájékozott, és ezáltal (is) magát, a más drogok kezelési programjában részt vevő egyéneitől hangsúlyosan megkülönbözteti [151]. Individuális kezelési programok kidolgozása is szükséges elsősorban azok a gyakran fiatal, vagy felnőtt egyének számára, akik a cannabisfogyasztást korán kezdték, és gyakori pszichiátriai komorbiditást, súlyos szociális problémákat mutatnak, illetve gyakran több kezelés-megszakítást is maguk mögött tudnak [41, 149, 152].

4.1. Intoxikáció (F12.0, F12.02, F12.03, F12.04)

Mindaddig, amíg a szerfogyasztó a mámor ideje alatt nem kerül veszélyes szituációba (pl. hegymászás, bűvárkodás, autóvezetés, gépkezelés), a tiszta cannabis-intoxikáció nem életveszélyes, és nem igényel különleges kezelést vagy megfigyelést [55, 56]. Bizonyos rizikókkal terhelt csoportok számára ennek ellenére a cannabisfogyasztás ellenjavallt [C]. Ide tartoznak az állapotos nők, a szoptató anyák, az érési fázisban lévő fiatalok [80], a szívbetegek, a tüdőbetegek, a pszichésen labilis egyének, és a közlekedésben aktívan résztvevők [C]. Egy komplikációmentes intoxikáció esetén (F12.0) a szupportív kíséren kívül nem merül fel intervenció szükséglet [55, IV; 73, IV] [C].

Komplikációs intoxikációs folyamatok (F12.02) adott esetben folyamatos intézkedéseket tesznek szükségessé. Így például, ha a páciens a cannabis hatására pánikreakcióval reagál (F12.02), a legtöbb esetben „down-talking”-ra, vagy – ha ez nem elegendő – benzodiazepinek adására kerülhet sor [55, IV; 73, IV] [C]. Rövid ideig tartó pszichotikus epizódok (F12.04) rendszerint szintén benzodiazepinre reagálnak [55, IV; 73, IV] [C]. A hosszabb ideig fennálló pszichotikus epizódok (F12.50), és a cannabis magas dóziséra esetlegesen kialakuló delíriumos szindróma (F12.03), szimptomatikájának megfelelően (elsősorban atipikus) antipszichotikummal és/vagy benzodiazepinnel kezelendő [55, IV; 73, IV] [C].

4.2. Elvonási tünetegyüttes (F 12.30)

Az elvonási szindróma tünetei ritkán hangsúlyosak [55, 67, 68, 70-72]. Ritka esetekben a páciensek alvászavarai hipnotikummal, hyperhidrosisaik baldrian-készítményekkel, illetve belső nyugtalanságaik és ingerelhetőségük alacsony potenciálú neuroleptikummal, vagy szedáló antikonvulzívumokkal (például: benzodiazepin, Carbamazepin, Gabapentin) történő rövid távú kezelésére jól reagálnak [saját megfigyelések, IV] [C]. A clonidin is enyhítően hat [53, 54, IV] [C]. Az akupunktúra nyugtatólag és az elvonási tünetekre nem specifikus módon csökkentőleg hathat [52, IV] [C]. A farmakoterápiát illetően jelen pillanatban mindössze két kis vizsgálat áll rendelkezésre, amelyekben az antidepresszívumok alkalmazását tesztelték: Bupropion súlyosbította az elvonási tüneteket [153, IIa] de a Nefazodon, ami elsősorban rossz tolerálhatósága miatt időközben a német piacról eltávolításra került, a félnkséget és az izomfájdalmat is csökkenteni tudta [154, IIb]. Ezenkívül a cannabiselvonási szindróma kezelését illetően nem rendelkezünk további kontrollált vizsgálatokkal.

4.3. Függőség (F 12.25)

Mostanában a Német Szövetségi Köztársaságban a cannabisfüggő páciensek összehasonlítható módon ritkábban, és rendszerint kevésbé specifikusan vesznek részt tradicionális addiktológiai intézményekben kezeléseken. Sokkal gyakrabban jelennek meg az utóbbi években az ambuláns területeken (pl. drogtanácsadó állomások, intézmények ambulanciái). Az ambuláns intézményekben kezelt esetek száma az EBIS dokumentációs rendszerben rögzített IFT-számlák magas értéke alapján 1994–1999-ig évi 2350-ről 7800-ra emelkedett [155, 156]. Mindenesetre nem zárható ki annak lehetősége sem, hogy ezt a trendet a tanácsadó állomások megváltozott terápiás kínálati struktúrája is befolyásolta. Cannabisfüggők számára kínált specifikus kezelési programok Németországban egyelőre még nem állnak rendelkezésre. A cannabisfüggők pszichoterápiás kezelését illetően empirikusan ellenőrzött ausztrál és amerikai koncepciók érhetőek el. Ezek közül különösen a kognitív viselkedésterápiás [A] és a motivációt előmozdító [A] csoportos intervenciók, illetve a szociális támogató csoportok [B] hatékonyak [143, Ib; 144, Ib; 145, Ib; 146, Ib; 147, III; 148, Ib; 149, Ia]. Hasonló módon, mint más addiktív betegségek kezelése során is, a cannabisfüggők 20–40%-a marad a fent nevezett kezelések időtartama alatt végig absztinens, akik közül aztán több mint 50% a fogyasztott cannabis mennyiségének, és a fogyasztás következtében fellépett jelenségeknek szignifikáns redukcióját tudja elérni. [143, Ib; 144, Ib; 146, Ib; 148, Ib]. Egy speciálisan fiatalok és fiatal felnőttek (< 20 életkor) körében végzett vizsgálat megerősítette az addig csak felnőttek körében végzett fenti vizsgálat eredményeit [149, Ia]. Stephens és mtsai [143] korai lefolyás-tanulmányában azt találták, hogy a kezelési program formájától függetlenül a kezelés végén az absztinencia-ráta mindenhol 63% volt, ami egy évvel később 14 %-ra esett vissza [151, Ib]. Úgy tűnik, ezt a trendet a későbbi kutatások is megerősítik [144, Ib; 148, Ib]. A csoportos intervenciók gyakorisága és időtartama, úgy tűnik, nem nagyon befolyásolja az eredményt [144, Ib; 148, Ib]. Találhatunk utalásokat arra, hogy ezek a programok az absztinenciához kapcsolt jutalmazások által javíthatók lennének [146, Ib]. A cannabisfogyasztás úgy tűnik, motivációs interjúzás módszerének segítségével kevésbé befolyásolható, mint az alkohol-, a kokain- és/vagy a heroinfogyasztás [157, III]. Etablírozott farmakoterápiás koncepciók a visszaesési profilaxis terén egyelőre nem állnak rendelkezésre. Ezzel kapcsolatban mindenesetre meg kell említenünk, hogy egy nemrégiben kifejlesztett CB1-cannabinoid-receptor-antagonista (SR141716) alkalmas arra, hogy egészséges vizsgálati személyeknél cannabis-intoxikációban pl. az eufória érzését redukálja [158]. Valószínűleg a jövőben kirajzolódik majd egy ilyen irányú, farmakoterápiás szempontokból elfogadható visszaesés-profilaxis, amely az antagonistá koncepciót tekintve az opiátfüggők kezeléséhez áll közel.

Az önmagában jelentkező cannabisfüggőséget ambuláns keretek között kezelik [C]. A kvalifikált stacioner kezelés szükségességét az elvonási szindróma súlyossága, és/vagy a káros következmények, a visszaesés veszélyének fennállása, illetve az ambuláns kezeléssel szemben mutatott terápiás rezisztencia és a gyakran előforduló komorbid zavarok alapján lehet eldönteni. Különösen gyermekek, fiatalok és fiatal felnőttek számára javasolt a stacioner kezelés [C]. A nevezett célcsoport számára a korai intervenció értelmében végzett, kvalifikált, stacioner elvonási szindróma-kezelés az addiktológiai betegségek pszichés és szociális dimenziója alapján kifejezetten megfelelőnek tűnik [C]. Kontrollált vizsgálatok ez idáig, ezen a téren még nem történtek.

4.4. Flashbackek (F12.70)

A tünet kifejezésre jutásának függvényében szupportív, felvilágosító beszélgetés folytatása, farmakoterápia benzodiazepin és/vagy antipszichotikum adásával, illetve támogató környezet létrehozása szükséges [55, IV] [C].

4.5. Amotivációs szindróma(F12.72)

A skizofrén zavarok negatív szimptomatikájával, vagy a depresszív zavarok anhedonikus szimptomájával való szimptomatikus egybeesése miatt (vö. 3.4.8) az absztinenciát támogató és a pszichoszociálisan aktivizáló intézkedések mellett elsősorban atipikus antipszichotikum és/vagy nem szedáló antidepressziós kezelés javasolt [C].

4.6. Kognitív zavarok (F12.74)

Az absztinenciát támogató intézkedések mellett pszichoszociálisan aktivizáló és kognitív trenírozó eljárások javasoltak [C].

4.7. Komorbiditás

A pszichés és szomatikus kísérőbetegségeket a mindenkor érvényben lévő standardok alapján, zavarspecifikus módon kell kezelni [C]. Ebből kiindulva abban a pillanatban, amint a pszichés vagy szomatikus állapot megengedi, az absztinencia-képesség erősítésének intézkedései (vö. 4.3) szükségesek [C]. A rövid ideig tartó pszichotikus jelenségek kezelése rendszerint támogató és megtartó környezet kialakítására, és adott esetben benzodiazepin (például Lorazepam, Clonazepam) adására korlátozódik [55, IV; 73, IV] [C]. Erősebben kifejeződő, vagy huzamosabb ideig fennmaradó pszichotikus epizódok az asszociálódott skizofrénia jellegű, vagy skizofrénias zavarok értelmében a megfelelő irányelvek útmutatása alapján (elsősorban atipikus antipszichotikummal kezelendők [159; IV] [C].

5. Zárszó

Jelen irányelvekben javaslatokat fogalmaztunk meg a cannabis okozta zavarok diagnosztizálása és kezelése terén, tudományos információk és szakértői vélemények összegyűjtése alapján. Elsősorban szakértői véleményekből épült fel, mert ez idáig kevés, illetve a német nyelvterületen egyetlen értékelő vizsgálat sem született a cannabisfüggőség kezelését vagy más cannabiszal asszociálódott zavart illetően. Elsősorban az új-zélandi, ausztráliai és észak-amerikai kutatások, ahol a cannabisfogyasztás sokkal hangsúlyosabb, mint nálunk, írják le a cannabiszal asszociálódott zavarok létezését és kezelési relevanciáit [40, 42, 43, 96]. Ez idáig az említett kutatások egyike sincs metodológiailag abban a helyzetben, hogy világosan elválassza az egyedül a cannabisfogyasztásra visszavezethető zavarokat azoktól, amik más paralel fennálló szerek (majdnem mindig nikotin és/vagy alkohol) fogyasztásával kapcsolatosak. Ennek ellenére, a fogyasztási minta alapján identifikálható a „cannabis-dominancia-típus”, amelyre a vizsgálati leletek aztán visszavezethetők. Az epidemiológiai vizsgálatok alapján a „cannabis-dominancia-típus” elsősorban a fiatalok, és a fiatal felnőttek körében fordul elő. Sok tanácsadó állomás és addiktológiai klinika számolt be a cannabisproblémával küszködő fiatal kliensek számának növekedéséről [3,156] olyan mértékben, hogy Németországban is hasonló trend kezd kibontakozni, amely Észak-Amerikában, Új-Zélandon és Ausztráliában már előrehaladott formát mutat. Annak érdekében, hogy erre a trendre adekvátan reagáljunk, nem mondhatunk le a

továbbiakban a speciális kezelési és prevenciós programok kidolgozásáról és értékeléséről. Ezzel kapcsolatosan Németországban tömördek kutatási szükséglet konstataálható. Addig is az aktuális irányelvek, a fent nevezett „előfutár-országok” kevés kutatásai mellett, csak szakértők véleményére támaszkodhat, amelyekkel kapcsolatban ezennel kritikai kommentárok megfogalmazására szólítjuk fel az olvasót, annak érdekében, hogy jelen irányelvek következő verziója még gyakorlatközelibbé válhasson.

Köszönetnyilvánítás

Jelen irányelvek kommentálói voltak:

PD Dr. med. M. Banger (Bonn)
PD Dr. med. A. Batra (Tübingen)
Prof. Dr. med. M. Gastpar (Essen)
Prof. Dr. med. A. Heinz (Berlin)
Dr. med. Th. Kuhlmann (Bergisch-Gladbach)
Dr. med. G. Reymann (Dortmund)
PD Dr. med. Scherbaum (Essen)
Prof. Dr. med. L. G. Schmidt (Mainz)
Prof. Dr. med. M. Soyka (München)
Dr. med. A. M. Stadelmann (Berlin)
Dr. med. M. Struppe (Bielefeld)
M. Stuhlinger (Tübingen)
Therapieladen e.V. (Berlin)
Prof. Dr. med. R. Thomasius (Hamburg)

Köszönetünket szeretnénk kifejezni a fent nevezett kollégáknak, illetve terápiás társaságoknak értékes javaslataikért és konstruktív kritikáikért.

Az irányelvek kidolgozási folyamatának anyagi terheit a DG-Sucht, a DGPPN és a Prof. Dr. Mathias-Gottschalk-Alapítvány (utazási és nyomtatási költségek), illetve az Érdekeltek Munkaadóinak Utazási Költségtámogatási Rendszere viselte.

2001. 09. 20-án Prof. Dr. Schmidt által kinevezésre került a parlament Általános Tagozatának első Drogügyi megbízottja, Marion Caspers-Merk.

Irodalom

1. Baumann A, Phongsavan P. Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug Alcohol Depend* 1999; 55: 187-207.
2. Kraus, L., Augustin, R. Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. Institut für Therapieforschung, München 2001.
3. Gantner A. Cannabis – vom jugendtypischen Konsum zum problematischen Gebrauch. In: Farke W, Graß H, Hurrelmann K (Hrsg). *Drogen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Thieme 2003: 86-93.
4. BzgA: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. *Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland*, Köln 2001.
5. Braucht G, Kirby MW, Berry GJ. Psychosocial correlates of empirical types of multiple drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; 46: 1463-1475.
6. Tossmann HP, Soellner R, Kleiber D. Cannabis – Konsummuster und Gefährdungspotential. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 94*. Neuland, Geesthacht 1993.
7. Perkonigg A, Lieb R, Höfler M, Schuster P, Sonntag H, Wittchen H-U. Patterns of cannabis use, abuse and dependence over time: incidence, progression and stability in a sample of 1228 adolescents. *Addiction* 1999; 94: 1663-1678.
8. Kandel DB, Davis M. Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. In: Glantz M, Pickens R (eds) *Vulnerability to drug abuse*. Washington. APA 1992: 211-253.
9. Wittchen H-U, Perkonigg A, Reed V. Comorbidity of mental disorders and substance use disorders. *Eur Addict Res* 1996; 2: 36-47.
10. ElSohly MA. Chemische Bestandteile von Cannabis. In: Grotenhermen F (Hrsg). *Cannabis und Cannabinoide*. Bern: Huber, 2001: 45-55.
11. Gaoni Y, Mechoulam R. The isolation and structure of Δ -1-terahydrocannabinol and other neutral cannabinoids from hashish. *J Am Chem Soc* 1971; 93: 217-224.
12. Ameri A. The effects of cannabis on the brain. *Prog Neurobiol* 1999; 58: 315-348.
13. Di Marzo V, Bisogno T, De Petrocellis L. Anandamide: some like it hot. *Trends Pharmacol Sci* 2001; 22: 346-349.
14. Turkanis SA, Cely W, Olsen DM, Karler R. Anticonvulsant properties of cannabidiol. *Res Comm Chem Phathol Pharmacol* 1974; 8: 231-236.
15. Zuardi AW, Guimaraes FS, Guimaraes VMC, Del Bel EA. Cannabidiol. In: Grotenhermen F (Hrsg), *Cannabis und Cannabinoide*. Bern: Huber 2001: 383-393.
16. Becker S. Cannabiskonsum und Autofahren. *Deutsches Ärzteblatt* 1999; 96: A-908-909.
17. ElSholy MA, Ross SA, Mehmedic Z, Arafat R, Bao Y, Banahan BF. Potency trends of Δ -9-THC and other cannabinoids in confiscated marijuana from 1980 to 1997. *J Forensic Sci* 2000; 45: 24-30.
18. Grotenhermen F. Übersicht über die therapeutischen Wirkungen. In: Grotenhermen F (Hrsg). *Cannabis und Cannabinoide*. Bern: Huber 2001.
19. Erberich H. Neurobiologisch-pharmakologische Grundlagen. In: Kunert HJ (Hrsg). *Cannabis. Das unterschätzte Kraut*. Aachen: Ariadne-Fach-Verlag 1999: 83-106.
20. Brenneisen R. Pharmakokinetik. In: Grotenhermen F (Hrsg), *Cannabis und Cannabinoide*. Bern: Huber 2001: 87-107.
21. Adams IB, Martin BR. Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction* 1996; 91: 1585-1614.

22. Aderjan R. Toxikologischer Cannabismachweis. In: Berghaus G, Krüger H-P (Hrsg). Cannabis im Straßenverkehr. Stuttgart: Fischer 1998: 153-178.
23. Howlett AC, Bidaut-Russell M, Devane WA, Melvin LS, Johnson MR, Herkenham M. The cannabinoid receptor: biochemical, anatomical and behavioral characterization. *Trends Neurosci* 1990; 13: 420-423.
24. Fernandez-Ruiz J, Berrendero F, Hernandez ML, Ramos JA. The endogenous cannabinoid system and brain development. *Trends Neurosci* 2000; 23: 14-20.
25. Frideric E, Barg J, Levy R, Saha D, Heldman E, Mechoulam R, Vogel Z. Low doses of anandamides inhibit pharmacological effects of D9-tetrahydrocannabinol. *J Pharmacol Exp Therap* 1995; 272: 699-707.
26. Kreitzer AC, Regehr WG. Retrograde Inhibition of presynaptic calcium influx by endogenous cannabinoids at excitatory synapses onto Purkinje cells. *Neuron* 2001; 29: 717-727.
27. Ohno-Shosaku T, Maejima T, Kano M. Endogenous cannabinoids mediate retrograde signals from depolarized postsynaptic neurons to presynaptic terminals. *Neuron* 2001; 29: 729-738.
28. Wilson RI, Nicoll RA. Endogenous cannabinoids mediate retrograde signalling at hippocampal synapses. *Nature* 2001; 410: 588-592.
29. Kim D, Thayer SA. Cannabinoids inhibit the formation of new synapses between hippocampal neurons in culture. *J Neurosci* 2001; 21:RC146.
30. Tanda G, Pontieri FE, Di Chiara GD. Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common m1 opioid receptor mechanism. *Science* 1997; 276: 2048-250.
31. Ashton C. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *British J Psychiatr* 2001; 178: 101-106.
32. Ambrosio E, Martin S, Garcia-Lecumberri, Crespo JA. The neurobiology of cannabinoid dependence: sex differences and potential interactions between cannabinoid and opioid systems. *Life Sci* 1999; 56: 687-694.
33. Chaperon F, Thiebot M-H. Behavioral effects of cannabinoid agents in animals. *Crit Rev Neurobiol* 1999; 13: 243-281.
34. Tanda G, Munzar R, Goldberg SR. Self-administration behaviour is maintained by the psychoactive ingredient of marijuana in squirrel monkeys. *Nat Neurosci* 2000; 3 : 1073-1074.
35. Mechoulam R, Parker LA, Gallity R. Cannabidiol: an overview of some pharmacological aspects. *J Clin Pharmacol* 2002; 42 (suppl 11): 11S-19S.
36. Helou A, Lorenz W, Ollenschläger G, Reinauer H, Schwarz FW. Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2000; 94: 330-339.
37. American Psychiatric Association (APA). Practice guidelines for the treatment of patients with substance abuse disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatr* 1995; 152:111-159.
38. SIGN Guidelines: An introduction to SIGN methodology for the development of evidenz-based clinical guidelines, SIGN publication 39, Scottish Intercollegiate Network, Edinburgh 1999. Internet: www.sign.ac.uk.
39. Müller W, Lorenz W. Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in der AWMF. In: Lasuterbach und Schrappe (Hrsg). *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidenz-based Medicine*, Schattauer 2001:472-478.
40. Troisi A, Pasini A, Saracco M, Spalletta G. Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs. *Addiction* 1998; 93: 487-492.
41. Kandel D, Chen K. Types of marijuana users by longitudinal course. *J Stud Alcohol* 2000; 61: 367-378.
42. McGee R, Williams S, Poulton R, Moffitt T. A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adulthood. *Addiction* 2000; 95: 491-503.

43. Swift W, Hall W, Teesson M. Characteristics of DSM-IV and ICD-10 cannabis dependence among Australian adults: results from a national survey of mental health and wellbeing. *Drug Alcohol Depend* 2001; 63: 147-153.
44. Tashkin DP. Respiratorische Risiken des Marihuanarauchens. In: Grotenhermen F (Hrsg). *Cannabis und Cannabinoide*. Bern: Huber 2001: 351-362.
45. Taylor DR, Fergusson DM, Milne BJ, Horwood LJ, Moffitt TE, Sears MR, Poulton R. A longitudinal study of the effects of tobacco and cannabis exposure on lung function in young adults. *Addiction* 2002; 97: 1055-1061.
46. Skopp G, Pösch L, Ganßmann B, Mauden M, Richtwer B, Aderjan R, Mattern R. Freie und glucuronisierte Cannabinoide im Urin – Untersuchungen zur Einschätzung des Konsumverhaltens. *Rechtsmedizin* 1999; 10: 21-28.
47. Deutscher Bundestag. Gesetz zur Änderung des Straßenverkehrsgesetzes – vom 28.4.1998. *Bundesgesetzblatt* 1998; 1/25: 810-811.
48. Brenner-Hartmann J. Fahreignungsbeurteilung bei Cannabismißbrauch. In: Berghaus G, Krüger H-P (Hrsg). *Cannabis im Straßenverkehr*. Stuttgart: Fischer Verlag 1998: 251-270.
49. Manno JE, Ferslew KE, Manno BR. Urine excretion patterns of cannabinoids and the clinical application of EMIT-d.a.u. cannabinoid assay for substance abuse treatment. In: Agurell S, Dewey WL, Willette RE (eds): *The cannabinoids: clinical pharmacologic and therapeutic aspects*. New York: Academic Press 1984: 281.
50. Huestis MA, Cone EJ. Differentiating new marijuana use from residual drug excretion in occasional marijuana users. *J Anal Toxicol* 1998; 22: 445-454.
51. Preston KL, Silverman K, Schuster CR, Cone EJ. Comparison of self-reported drug use with quantitative and qualitative urinalysis for assessment of drug use in treatment studies. In: Harrison L, Hughes H (Eds). *The validity of self-reported drug use: improving the accuracy of survey estimates*. NIDA Research Monograph 1997; 167: 130-145.
52. Wied K. *Veränderte Missbrauchsmuster und qualifizierte Entzugsbehandlung Jugendlicher*. Euro-TC-Konferenz, Berlin 2002.
53. Haney M, Ward AS, Comer SD, Foltin RW, Fischman MW. Abstinence symptoms following oral THC administration to humans. *Psychopharmacol* 1999; 141: 385-394.
54. Haney M, Ward AS, Comer SD, Foltin RW, Fischman MW. Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. *Psychopharmacol* 1999; 141: 395-404.
55. Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *British J Psychiatr* 2001; 178: 116-122.
56. Hollister LE. Health aspects of cannabis. *Pharmacol Rev* 1986; 38: 1-20.
57. Grant BF, Pickering R. The relationship between cannabis use and DSM-IV cannabis abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*, 1999; 10: 255-264.
58. Swift W, Copeland J, Hall W. Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction* 1998; 93: 1681-1692.
59. Swift W, Hall W, Didcott P, Reilly D. Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area. *Addiction* 1998; 93: 1149-1160.
60. Crowley TJ, Macdonald MJ, Whitmore EA, Mikulich SK. Cannabis dependence, withdrawal, and reinforcement effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 1998; 50: 27-37.
61. Winters KC, Latimer W, Stinchfield RD. The DSM-IV criteria for adolescent alcohol and cannabis use disorders. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 337-344.
62. Nelson CB, Rehm J, Ustun TB, Grant B, Chatterji S. Factor structures for DSM-IV substance disorder criteria endorsed by alcohol, cannabis, cocaine and opiate users: results from the WHO reliability and validity study. *Addiction* 1999; 94: 843-855.

63. Soellner R. *Abhängig von Haschisch?* Bern: Huber 2000.
64. Lynskey MT, Heath AC, Nelson EC, Bucholz KK, Madden PAF, Slutske WS, Statham DJ, Martin NG. Genetic and environmental contributions to cannabis dependence in a young adult twin sample. *Psychol Med* 2002; 32: 195-207.
65. APA: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition. Washington D.C. 1994.
66. Uchtenhagen A. Gegenwärtiger Stand der Haschischforschung. In: Völger, von Welck (Hrsg.). *Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich* (Bd. 3). Reinbeck: Rowohlt 1982: 1397-1401.
67. Wiesbeck GA, Schuckit MA, Kalmijn JA, Tipp JE, Bucholz KK, Smith TL. An evaluation of the history of marijuana withdrawal syndrome in a large population. *Addiction* 1996; 91: 1469-1478.
68. Budney AJ, Novy PL, Hughes JR. Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction* 1999; 94: 1311-1321.
69. Heishman SJ, Singleton EG, Liguori A. Marijuana craving questionnaire: development and initial validation of a self-report instrument. *Addiction* 2001; 96: 1023-1034.
70. Kouri EM, Pope HG, Lukas SE. Changes in aggressive behaviour during withdrawal from long-term marijuana use. *Psychopharmacol* 1999; 8: 483-492.
71. Swift W, Hall W. *Abhängigkeit*. In: Grotenhermen F (Hrsg). *Cannabis und Cannabinoide*. Bern: Huber 2001: 283-294.
72. Smith NT. A review of the published literature into cannabis withdrawal symptoms in human users. *Addiction* 2002; 97: 621-632.
73. Leweke FM, Gerth CW, Klosterkötter J. Cannabis-associated psychosis: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs* 2003; in press.
74. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction* 2001; 96: 1603-1614.
75. Bovasso GB. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 2033-2037.
76. Keeler MH, Reifler CB, Liptzin MB. Spontaneous recurrence of marijuana effect. *Am J Psychiatry* 1968; 125:140-142.
77. Blumenfeld M. Flashback phenomena in basic trainees who enter the US Air Force. *Military Medicine* 1971; 136:39-41.
78. Taeschner K-L. Chronische Cannabiswirkungen, Abhängigkeit, Flash-back und Psychosen. In: Berghaus G, Krüger H-P (Hrsg). *Cannabis im Straßenverkehr*. Stuttgart: Fischer 1998: 243-250.
79. Musty RE, Kaback L. Relationship between motivation and depression in chronic marijuana users. *Life Sci* 1995; 56: 2151-2158.
80. Kunert HJ, Ebel H. Neuropsychologische Auswirkungen der akuten und chronischen Cannabisintoxikation. In: Kunert HJ (Hrsg). *Cannabis. Das unterschätzte Kraut*. Aachen: Ariadne-Fach-Verlag 1999: 23-69.
81. Curran HV, Brignell C, Fletcher S. Cognitive and subjective dose-response effects of acute oral D9-tetrahydrocannabinol (THC) in frequent cannabis users. *Psychopharmacology* 2002; 164: 61-70.
82. Hart CL, van Gorp W, Haney M, Foltin RW, Fischman MW. Effects of acute smoked marijuana on complex cognitive performance. *Neuropsychopharmacology* 2001; 25: 757-765.
83. Leirer VO, Yesavage JA, Morrow DG. Marijuana carry-over effects on aircraft pilot performance. *Aviat Space Environ Med* 1991; 62: 221-227.
84. Schmidt P, Scheer N, Berghaus G. Cannabiskonsum und Fahrtauglichkeit. *Kriminalistik* 1995; 49: 241-246.

85. Pope HG jr, Gruber AJ, Hudson JI, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 56: 909-915.
86. Solowij N, Roffman RA, Barbor T, Kadden R, Miller M, Christiansen K, Mc Ree B, Venedetti J. Cognitive functioning of long-term heavy cannabis users seeking treatment. *JAMA* 2002; 287: 1123- 1131.
87. Pope HG jr. Cannabis, cognition, and residual confounding. *JAMA* 2002; 287: 1172-1174.
88. Pope HG jr, Gruber AJ, Yurgelun-Todd D. Residual neuropsychologic effects of cannabis. *Curr Psychiatry Res* 2001; 3: 507-12.
89. Solowij N, Greyner BFS. Langzeiteffekte auf Psyche und Kognition. In: Grotenhermen F (Hrsg). *Cannabis und Cannabinoide*. Bern: Huber 2001: 325-338.
90. Grella CE, Hser YI, Joshi V, Rouds-Bryant J. Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *J Nerv Ment Disease* 2001; 189: 384-392.
91. Agosti V, Nunes E, Levin F. Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2002; 28: 643-652.
92. Bobbink AJ, Spohr B. Drogenkonsum und psychische Störungen. Erfahrungen aus der ambulanten Therapie mit Cannabis und Partydrogenmissbrauchern und Abhängigen. In: Bader T (Hrsg). *Psychiatrie und Drogensucht*. Pabst Verlag 2002.
93. Tossmann HP, Gantner A. Differentielle Aspekte der Haschischabhängigkeit. *Sucht* 1993; 4: 276-281.
94. Moggi F. In: Moggi F (Hrsg.). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Bern: Huber 2002, 65-92.
95. Fergusson DM, Horwood J. Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction* 1997; 92: 279-296.
96. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood. *Addiction* 2002; 97: 1123-1135.
97. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 2002; 325: 1195-1198.
98. Hatzitaskos P, Soldatos CR, Kokkevi A, Stefanis CN. Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 278-282.
99. Simons JS, Carey KB. Risk and vulnerability for marijuana use problems: the role of affect dysregulation. *Psychol Addict Behav* 2002; 16: 72-75.
100. Murphy KR, Barkley RA, Bush T. Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational and clinical history. *J Nerv Ment Disord* 2002; 190: 147-157.
101. Dumas P, Saoud M, Bouafia S, Gutknecht C, Ecochard R, Dalery J, Rochet T, d'Amato T. Cannabis use correlates with schizotypal personality traits in healthy students. *Psychiatry Res* 2002; 31: 27-35.
102. Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987; 26: 1483-1486.
103. van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population based study. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 319-327.
104. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: Longitudinal prospective study. *BMJ* 2002; 325: 1212-1213.
105. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 2002; 325: 1-5.

106. McGuire PK, Jones P, Harvey I, Williams M, McGuffin P, Murray RM. Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis-associated psychosis. *Schizophr Res* 1995; 15: 277-283.
107. Hambrecht M, Häfner H. Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1996; 40:1155-1163.
108. Hambrecht M, Häfner H. Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. *Aust NZ J Psychiatry* 2000; 34:468-475.
109. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med* 2003; 33: 15-21.
110. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 273-279.
111. Negrete JC, Knapp WP. The effects of cannabis use on the clinical condition of schizophrenics. *NIDA Res Monogr* 1996; 67: 321-327.
112. Peralta V, Cuesta RW. Influence of cannabis abuse on schizophrenic psychopathology. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 127-130.
113. Bersani G, Orlandi V, Kotzalidis GD, Pancheri P. Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 86-92.
114. Buhler B, Hambrecht M, Löffler W, an der Heiden W, Häfner H. Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse – a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophr Res* 2002; 54: 243-251.
115. Löhner F. Prognose und Verlauf endogener Psychosen unter Cannabis. In: Kunert HJ (Hrsg). *Cannabis. Das unterschätzte Kraut*. Aachen: Ariadne-Fach-Verlag 1999: 71-106.
116. Seifert J, Schlimme J, Wedegärtner F, Emrich HM, Schneider U. Cannabis und Schizophrenie. *Sucht* 2002; 48: 336 – 345.
117. Alpert JE, Maddocks A, Rosenbaum JF, Fava M. Childhood psychopathology retrospectively assessed among adults with early onset of major depression. *J Affect Disord* 1994; 31: 165-171.
118. Grant BF. Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults. *J Subst Abuse* 1995; 7: 481-497.
119. Grinspoon L, Bakalar JB. The use of cannabis as a mood stabilizer in bipolar disorder: anecdotal evidence and the need for clinical research. *J Psychoactive Drugs* 1998; 30: 171-177.
120. Grinspoon L, Bakalar JB. *Marihuana. Die verbotene Medizin*. Frankfurt a.M: Zweitausendundeins 2000.
121. Miller NS, Klamen D, Hoffmann NG, Flaherty JA. Prevalence of depression and alcohol and other of drug dependence in addictions treatment populations. *J Psychoactive Drugs* 1996; 28: 11-124.
122. Rey JM, Sawyer MG, Raphael B, Patton GC, Lynskey M. Mental health teenagers who use cannabis. Results of an Australian survey. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 216-221.
123. Robson P. Therapeutic aspects of cannabis and cannabinoids. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 107-115.
124. Gruber AJ, Pope HG, Brown ME. Do patients use marijuana as an antidepressant? *Depression* 1996; 4: 77-80.
125. Stratkowski SM, DelBello MP, Fleck DE, Arndt S. The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 477-485.
126. Tossmann HP. Ecstasy – Konsummuster, Konsumkontexte und Komplikationen. *Ergebnisse der Ecstasy-Infoline*. *Sucht* 1997; 2: 122-131.
127. Tossmann HP, Heckmann W. *Drogenkonsum Jugendlicher in der Techno-Party-Szene*. Ergebnisbericht. BZgA, Köln 1997.
128. Tossmann HP, Boldt S, Tensil M. The use of drugs within the Techno party scene in European metropolitan cities. *Eur Addiction Res* 2001; 7: 2-23.

129. Kleiber D, Soellner R., Tossmann H.P. Determinanten unterschiedlicher Konsummuster von Cannabis. Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Bonn 1995.
130. Kandel DB, Faust R. Sequences and stages in patterns of adolescent drug use. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 32: 923-932.
131. Fergusson DM, Horwood J. Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction* 2000; 95: 505-520.
132. Kleiber D, Kovar K-A. Auswirkungen des Cannabiskonsums. Eine Expertise zu pharmakologischen und psychosozialen Konsequenzen. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1997.
133. Epstein DH, Preston K. Does cannabis use predict poor outcome for heroin-dependent patients on maintenance treatment? Past findings and more evidence against. *Addiction* 2003; 98: 269-279.
134. Budney AJ, Bickel WK, Amass L. Marijuana use and treatment outcome among opioid-dependent patients. *Addiction* 1998; 93: 493-503.
135. Grotenhermen F. Übersicht über die unerwünschten Wirkungen von Cannabis und THC. In: Grotenhermen F (Hrsg). *Cannabis und Cannabinoide*. Bern: Huber 2001: 259-274.
136. Fergusson DM, Horwood LJ, Northstone K. Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. *BJOG* 2000; 109: 21-27.
137. Fried PA, Smith AM. A literature review of the consequences of prenatal marijuana exposure: an emerging theme of a deficiency in aspects of executive function. *Neurotoxicol Teratol* 2001; 23: 1-11.
138. Halikas JA, Weller RA, Morse C, Hoffman RG. Regular marijuana use and its effect on psychosocial variables: a longitudinal study. *Compr. Psychiatry* 1983; 24: 229-35.
139. Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43: 746-754.
140. Hammer T, Vaglum P. Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population. *Br J Addiction* 1990; 85: 899-909.
141. Hammer T. Unemployment and use of drug and alcohol among young people: a longitudinal study in the general population. *Br J Addiction* 1992; 87: 1571-1581.
142. Marcea IT, Kuhlmann T. Leitlinien für die Erbringung medizinischer Leistungen in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeit und/oder schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen für das Fachgebiet Psychiatrie/Psychotherapie. *Suchttherapie* 2001; 2:45-50.
143. Stephens RS, Roffman RA, Simpson EE. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *J Consult Clin Psychology* 1994; 62: 92-99.
144. Stephens RS, Curtin L, Roffman RA. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychology* 2000; 68: 898-908.
145. Lang E, Englander M, Brooke T. Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *J Subst Abuse Treatment* 2000; 19: 111-116.
146. Budney AJ, Higgins ST, Radonovich KJ, Novy PL. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J Consult Clin Psychology* 2000; 68: 1051-1061.
147. Hser YI, Grella CE, Hubbard RL, Hsieh S, Fletcher BW, Brown BS, Anglin MD. An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 U.S. cities. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 689-695.
148. Copeland J, Swift W, Roffman RA, Stephens RS. A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treatment* 2001; 21: 55-64.
149. Dennis M, Godley SH, Diamond GS, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Liddle H, Titus JC, Kaminer Y, Webb C, Hamilton N and the CYT steering committee. Main findings of the cannabis youth treatment (CYT) randomized field experiment. 2002; www.chestnut.org/LI/cyt/findings/index.html
150. Budney AJ, Moore BA. Development and consequences of cannabis dependence. *J Clin Pharmacol* 2002; 42: 28S-33S.

151. Stephens RS, Babor TF, Kadden R, Miller M and the Marijuana Treatment Project Research Group. The Marijuana Treatment Project: rationale, design and participant characteristics. *Addiction* 2002; 97 (suppl 1): 109-127.
152. Venedetti J, McRee B, Miller M, Christiansen K, Herrell J and the Marijuana Treatment Project Research Group. Correlates of pre-treatment drop-outs among persons with marijuana dependence. *Addiction* 2002; 97 (suppl 1): 125-134.
153. Haney M, Ward AS, Comer SD, Hart CL, Foltin RW, Fischman MW. Bupropion SR worsens mood during marijuana withdrawal in humans. *Psychopharmacol* 2001; 155: 171-179.
154. Haney M, Hart CL, Ward AS, Foltin RW. Nefazodone decreases anxiety during marijuana withdrawal in humans. *Psychopharmacol* 2003; 165: 157-165.
155. Drogen und Suchtbericht der Bundesregierung Mai 2002
156. Türk D, Welsch K. EBIS-Jahresstatistik 1999 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in Deutschland und SEDOS-Jahresstatistik 1999 der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland. *Sucht* 2000; 46: Sonderheft 1.
157. Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, Sly K, Devir H, Terry M. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction* 2002; 97: 1329-1337.
158. Huestis MA, Gorclick DA, Heishman SJ, Preston KL, Nelson RA, Moolchan ET, Frank RA. Blockade of effects of smoked marijuana by the CB1-selective cannabinoid receptor antagonist SR141716. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 322-328.
159. Potvin S, Stip E, Roy J-Y. Clozapine, quetiapine and olanzapine among addicted schizophrenic patients: towards testable hypotheses. *Int Clin Psychopharmacol* 2003; 18: 121-132.

A konszenzus létrejöttének folyamata

Szerzők:

U. Bonnet
Rheinische Kliniken Essen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Direktor: Prof. Dr. med. M. Gastpar)
Universität Duisburg-Essen
Virchowstr. 174
D-45147 Essen

K. Harries-Heder
Therapiehilfe e.V. Hamburg
Hasselbrookstr. 94a
D-22089 Hamburg

F. M. Leweke
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Direktor: Prof. Dr. med. J. Klosterkötter)
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9
D-50931 Köln

U. Schneider
Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie
(Direktor: Prof. Dr. med. H.-M. Emrich)
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover

P. Tossmann
delphi-Gesellschaft für Forschung
Beratung und Projektentwicklung mbH
Rathenower Str. 38
D-10559 Berlin

Levelezési cím:

Priv.-Doz. Dr. med. Udo Bonnet
Rheinische Kliniken Essen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Duisburg-Essen
Virchowstr. 174, D-45147 Essen
udo.bonnet@uni-essen.de

*** További érintett szakmai társaságok és szervezetek:**

Allgemeinärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) (Általános Orvosok Pszichoterápiás Egyesülete)

Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP) (Német Pszichiátriai Szakmai Szövetség)

Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) (Német Idegyógyászati Szakmai Szövetség)

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (Alkalmazottak Országos Biztosítási Hivatala)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (Német Általános és Családorvosi Társaság)

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) (Német Belgyógyászati Társaság)

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) (A Német Pszichoterápiás Orvoslás Társasága)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (DGKJPP) (Német Gyermek- és Ifjúsági Pszichiátriai és Pszichoterápiás Társaság)

Deutsche Suchtmedizinische Gesellschaft (Német Addiktológiai Társaság)

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswesen e.V. (DGRW) (Német Rehabilitációs Társaság)

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (Német Pneumológiai Társaság)

Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (Német Függség-Pszichológiai Társaság)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe e.V. (DG-SAS) (A Német Szociális Munka Függségi Problémákkal Foglalkozó Társasága)

A létrehozás dátuma: 2004. október

Fordította: *Holcsa Mónika*



V. C. M. van Alem – A. Mol: CANNABISKLIENSEK AZ AMBULÁNS ELLÁTÁSBAN 1994–2002

[Drs. V. C. M. van Alem – Drs. A. Mol:
CANNABISCLIËNTEN IN DE AMBULANTE VERSLAVINGSZORG 1994–2002]
Stichting Informatievoorziening Zorg, Houten, GGZ Nederland, Utrecht,
2004. május

Tartalom

1. Bevezetés.....	36
2. Kérdések.....	36
3. Módszer.....	37
4. Eredmények.....	38
4.1. A segítségigény abszolút növekedése 1994–2002.....	38
4.2. A segítségigény relatív növekedése 1994–2002.....	39
5. A cannabiskliensek profilja 2002-ben.....	41
6. A nemzetközi kontextus.....	46
7. A cannabiskliensek számára rendelkezésre álló kezelési kínálat áttekintése.....	47
8. Konklúzió.....	48
9. Megbeszélés.....	49
Források.....	50
1. Függelék: Intézményi kérdőív.....	51
2. Függelék: Cannabiskliensek az ambuláns függőség gondozásban elnevezésű munkabizottság tagjai.....	53
Jegyzetek.....	54

1. Bevezetés

1997 óta a cannabisfogyasztás szinte mindenütt növekedett Hollandiában. 2001-ben 17% fogyasztott életében legalább egyszer cannabiszt (1997-ben ez az arány még 15,6% volt), 3% pedig az elmúlt hónapban (1997-ben ez az arány még 2,5% volt). A 20-24 éves korcsoportban a legmagasabb a fogyasztás szintje, és ráadásul ebben a korcsoportban a legerőteljesebb a fogyasztás növekedése is. Ugyanakkor csökkent azoknak a 12-15 éveseknek a százalékos aránya, akik életükben legalább egyszer fogyasztottak cannabiszt (Abraham, 2001). 2001-ben 408 ezer (12 évét betöltött) személy fogyasztott cannabiszt. Ez körülbelül a holland lakosság 3%-ának felel meg.

Kevés adat áll rendelkezésre a problémás cannabisfogyasztásról Hollandiában. A 18-65 éves korcsoportnak 0,3%-0,8%-a cannabisfüggő. A fogyasztók kis hányada tapasztal (pénzügyi, társadalmi és pszichológiai) járulékos problémákat (Rigter és mtsai, 2003).

Ami a cannabisfogyasztás kezelését illeti, a cannabisprobléma fő meghatározója az a viszonylag kisszámú fogyasztó, aki (intézményes) segítséget kér. A függőségkezelési ambulanciákon belül a cannabisproblémák hányada állandó. 1994-ben a „drogkliensek” kb. 30%-ának merült föl a cannabisproblematika; 2002-ben ez az arány nem változott.

Nemzetközileg nagy az érdeklődés a cannabisfogyasztás iránt. Több EU-tagállamban, valamint az Egyesült Államokban főleg fiatal férfiak veszik igénybe a segélyszolgálatot (EMCDDA, 2002; EMCDDA, 1999). Sokszor kombinált fogyasztásról van szó. A kliensek 41%-a elsődlegesen cannabis miatt kér segítséget, emellett más szert is fogyaszt (alkoholt vagy ópiátokat: ópiumtartalmú kábítószereket).

A cannabis vonatkozásában a holland hivatalos drogpolitika számos eleme javult és pontosabbá vált (VWS, 2003). A zavar és a kereskedelem visszaszorítása mellett, a hangsúlyt a problematikus cannabisfogyasztók kezelési módszereinek korszerűsítésére, a korai felismerésre és az elterelés folytatására helyezik (VWS, 2003).

A cannabisprobléma kezelésére és azoknak az embereknek a jellemzőire, akik cannabisproblémájukkal segélyszolgálathoz fordulnak, nem irányul kellő figyelem. Erre lehet következtetni Dennis szavaiból, aki azt állítja, hogy a „függőségkezelés irodalmában a cannabis történelmi mellőzöttsége” figyelhető meg (Dennis és mtsai, 2002). 2003-ig csak néhány amerikai kutatás foglalkozott a különböző cannabiskezelési módszerek összevetésével (Dennis és mtsai, 2002). A hollandiai kezelési módszerek áttekintése hiányzik.

Ebben a profilban a cannabiskliensek számának abszolút és relatív növekedési trendjeit, valamint a cannabisfogyasztás trendjeinek és a segítség iránti igények kapcsolatát mutatjuk be. A cannabiskliensek profiljai – az egyszeres és a többszörös kliensek megkülönböztetésével – néhány jellegzetesség szerint vannak felvázolva.

2. Kérdések

A vizsgálati kérdések a következők:

1. Hogyan alakul az ambuláns segélyszolgálatok klienseinek abszolút és relatív létszáma 1994–2002 közötti időszakban?
 - 1a. Mi ismert erről a fejleményről nemzetközileg?
2. Milyen kliensprofilok különböztethetők meg (a cannabiskliensek között) és mik a különbségek e profilok között?
3. Mi a jelenlegi kezelési program-kínálat a függőségkezelésen belül a cannabiskliensek számára?

3. Módszer

1994 óta a LADIS (landelijk alcohol en drugs informatiesysteem = országos alkohol- és drog-információs rendszer) keretében gyűjtenek adatokat azokról az egyedi ügyfelekről, akik az ambuláns függőségkezelést igénybe veszik. A kliensek adatait bejelentkezéskor, az időközi kapcsolatfelvétel alkalmával, valamint kijelentkezéskor rögzítik. Itt demográfiai, kezelési, a kliens problémáival összefüggő adatokról, valamint néhány kijelentkezési adatról van szó.

Ehhez a kutatáshoz olyan klienseket választottak, akiknek a cannabisfogyasztás az elsődleges, illetve a másodlagos problémája. A profiloknál (az 5. fejezetben) az volt a további kiválasztás szempontja, hogy az adott naptári évben egy vagy több kapcsolatuk volt.

Az egyszeres és a többszörös kliensek megkülönböztetését az alábbi szempontok határozták meg:

- Az „*egyszeres (cannabis)problémás kliens*” kizárólag úgy van regisztrálva, mint akinek az elsődleges problémája a cannabis. Ezt a csoportot tovább bontották 20 évesnél fiatalabbakra és 20 év feletti „idősebbekre”.
- A „*többszörös(cannabis)problémás kliens*” cannabis- és valami más problémával is küzdőként van regisztrálva. Ebben az esetben a cannabis lehet a kliens elsődleges vagy másodlagos problémája. Ezt a csoportot tovább bontották olyanokra, akik alkohol mellett, illetve akik ópiátok mellett használják a cannabis, viszont nincs tovább bontva fiatalokra és idősebbekre, mivel a fiatalok csoportjának elemszáma túl alacsony lett volna.

A cannabiskliensek kezelési kínálatának áttekintéséhez összesen 22 kulcspozíciójú szakember lett megkeresve. Ők a következőket kapták:

- Egy kérdőívet – azzal a céllal, hogy benyomásokot lehessen szerezni a cannabiskliensek ellátásának jellemzőiről.
- Egy referenciát, amiben minden egyes intézmény 1994-es és 2001-es helyzetét vázolták az (egyszeres és többszörös) cannabiskliens-csoportok vonatkozásában (lásd: 2. függelék). Ezek az adatok az 1994-es és 2001-es országos adatokkal összehasonlításban szerepelnek.

Az intézmények tájékoztatása mellett a kérdőív másik célja az volt, hogy kiderüljön, az intézmények mennyire különítik el a cannabishasználók tágabb csoportján belüli alcsoportokat, valamint az is, hogy a fiatal cannabisfogyasztók milyen mértékben vesznek igénybe más, a függőségkezelésen kívüli intézményeket. Nyolc intézmény válaszolt a kérdőívre.

4. Eredmények

4.1. A segítségigény abszolút növekedése 1994–2002

1994 óta a függőségkezelési ambulanciákon belüli cannabiskliensek száma 13%-kal növekedett. Ez a növekedés, mint kiderült, főként a drogkliensek száma 50%-os növekedésének a következménye. A cannabiskliensek számának a növekedése (39%) 1994 óta elmarad a drogkliensek számának növekedésétől (51%). A drogklienseknek körülbelül 30%-a cannabisproblémával is küzd; ez már 1994-ben is így volt.

1. táblázat: A segítségigény abszolút növekedése 1994–2002

	1994	2002	Változás %
Összes kliens száma			
Összes kliens száma a függőségkezelési ambulanciákon belül	49 158	55 783	+13
Drogkliensek száma (egyszeres + többszörös)	21 847	32 718	+51
Cannabiskliensek száma (egyszeres + többszörös)	6 806	9 466	+39
Kliensek száma (ahol a cannabisprobléma az elsődleges)	1 951	3 701	+90
20 évesnél fiatalabb (cannabis)kliensek			
20 évesnél fiatalabb kliensek	1 921	1 174	-39
20 évesnél fiatalabb cannabiskliensek	682	710	+ 4
A drog- és cannabiskliensek aránya			
Drogkliensek aránya (%) az összes kliens számából	44%	59%	–
Cannabiskliensek aránya (%) az összes kliens számából	14%	17%	–
Cannabiskliensek aránya (%) az összes drogkliens számából	31%	29%	–
Cannabiskliensek aránya (%), ahol cannabis a fő használt szer	30%	40%	–

(Forrás: LADIS, IVZ, Houten)

1994-ben a függőségkezelés klienseinek 14%-a, akik (többek között) cannabisproblémával küzdöttek, az ambuláns függőségkezeléshez fordult segítségért. Ez az arány 2002-ig 17%-ra emelkedett.

A cannabishasználók csoportján belül azoknak az aránya növekszik, akik fő szerként a cannabis fogyasztják (ellentétben azokkal, akiknél a cannabis mint „mellékszer” jelenik meg).

A 2. táblázatban megkülönböztetik az egyszeres és többszörös cannabishasználatot. Amint a táblázat mutatja, a többszörös használat esetén különféle kombinációkról lehet szó. Ebben a profilban kétfajta többszörös használatot mutatnak be: a cannabis és alkohol közös használatát, valamint a cannabis másfajta droggal való együttes használatát.

Az 1994–2002-es időszakban a cannabiskliensek teljes csoportján belül a 20 évesnél idősebb egyszeres cannabishasználók, valamint a cannabis- és alkoholproblémával küzdők száma növekedett a legerőteljesebben.

2. táblázat: A segítségigény 1994–2002

	Kliensek száma 1994	Kliensek száma 2002	Változás 1994–2002 (%)
Egyszeres			
Egyszeres fiatal (15-20 éves)	270	330	+22
Egyszeres idősebb (> 20 éves)	877	1815	+107
Többszörös			
Cannabis + alkohol	1259	2168	+72
Cannabis + (más) drog	3318	3834	+16
Egyéb	1082	1319	+22
Összesen	6806	9466	+39

(Forrás: LADIS, IVZ, Houten)

Az egyszeres cannabiskliensek csoportjának többségét (kb. 85%-át) főleg a 20 évesnél idősebb egyszeres cannabiskliensek alkotják.

A cannabiskliensek kb. háromnegyede (2145/9466) küzd két vagy több problémával. A többszörös cannabiskliensek csoportján belül 52% számára valamilyen kemény drog jelenti a „mellékszert”. Az egyéb csoport is növekszik, de ebben a kutatásban ezt figyelmen kívül hagyták.

4.2. A segítségigény relatív növekedése 1994–2002

A 3. táblázat a 15 évesnél idősebb cannabiskliensek 10 000 lakosra számított növekedését mutatja. Az 1994–2002-es időszakban ez 33%-kal növekedett. Minden alcsoport esetében növekvéről van szó, de a legnagyobb arányú növekedés (97%) az idősebb egyszeres cannabiskliensek között tapasztalható.

A fiatal (15–20 éves) egyszeres cannabiskliensek csoportja (saját életkori kategóriájukon belül) a legnagyobb csoport 21%-os növekedéssel. Abszolút számokban ez ugyanakkor egy kb. 330 főt számláló kis csoport.

3. táblázat: Cannabiskliensek számának relatív növekedése alcsoportként 1994-ben és 2002-ben

Alcsoportok	# Kliensek/10 000 lakos (vagy kortárs) 1994-ben	# Kliensek/10 000 lakos (vagy kortárs) 2002-ben	Relatív növekedés 1994–2002
Egyszeres fiatal: (15-20 éves)	2,9	3,5	21%
idősebb: (>20 éves)	0,8	1,5	96%
Összesen egyszeres	0,9	1,6	78%
Többszörös Cannabis + alkohol	1,0	1,7	65%
Cannabis + kemény drog	2,7	2,9	11%
Összesen	5,4	7,2	33%

(Forrás: LADIS, IVZ, Houten)

A 4. táblázat a cannabiskliensek 10 000 lakosra számított növekedését mutatja. A droghasználat jellemzőbb a városi területeken, mint a városokon kívül. Ezt támasztják alá a 4. táblázat adatai a cannabiskliensek tekintetében. Továbbá a 4. táblázatból az is kiderül, hogy a segítségkérők aránya 2002-ben az eltérő méretű településeken szinte azonos arányban emelkedett.

4. táblázat: *A cannabiskliensek számának relatív növekedése településméret szerint 1994-ben és 2002-ben*

Településméret (lakosok száma)	# egyszeres kliens / 10 000 lakos		# többszörös kliens / 10 000 lakos		Kliens / 10 000 lakos növekedése %-ban (1994–2002)	
	1994	2002	1994	2002	egyszeres	többszörös
50 000-ig	0,5	0,9	2,6	3,1	+71	+20
50 000–100 000	1,2	2,2	5,8	6,9	+86	+19
> 100 000	1,4	2,4	6,7	8,2	+70	+22

(Forrás: LADIS, IVZ, Houten)

A legmarkánsabb relatív növekedés az egyszeres fogyasztók csoportjában figyelhető meg. Ezen a csoporton belül a legnagyobb növekedés a közepméretű, 50–100 000 lakosú településeken tapasztalható. A többszörös cannabiskliensek csoportjának növekedése mérsékeltebb.

5. A cannabiskliensek profilja 2002-ben¹

Az 5. táblázat a nemi és életkori besorolást mutatja az alcsoportok szerint. Ebből kiderül, hogy a fogyasztók többsége (bő 80%-a) férfi, valamint az egyszeres kliens átlagéletkora alacsonyabb a többszörös kliens átlagéletkoránál.

2002-ben a függőségkezelésben megjelenő összes kliens átlagéletkora 39 év volt. Összehasonlításképpen: az új keletű cannabisfogyasztóknak az átlagéletkora az 1997-es 27,7 évről 2001-re 28,8 évre emelkedett.

A cannabiskliensek átlagéletkora mind 1997-ben (28,9 év), mind 2001-ben (31,2 év) valamivel magasabb volt a fogyasztókénál.

Az ambuláns függőségkezelésben az egyéb (kliens)csoporthoz képest a cannabis-kliensek alkotják a legfiatalabb korcsoportot.

5. táblázat: Egyszeres és többszörös cannabiskliensek neme és életkora 2002-ben

	Egyszeres		Többszörös	
	(20 évesnél fiatalabb)	(20 évesnél idősebb)	Cannabis + alkohol	Cannabis + drogok
Kliensek száma (N)	260	1241	1546	3002
Neme (% férfi)	79	82	86	86
Átlag életkor	17 éves	30 éves	33 éves	32 éves
Életkori csoportok (%)				
19 évesnél fiatalabb	100		5	5
20–29 éves		54	32	40
30–39 éves		35	37	37
40 éves vagy idősebb		11	25	18

(Forrás: LADIS, IVZ, Houten)

A 6. táblázatban a legfontosabb társadalmi demográfiai jellemzők az életkor és a droghasználat módja szerint vannak felbontva. Az idősebb egyszeres cannabiskliensek életkörülményei igen hasonlóak a többszörös kliensekéihez. A többség egyedülálló és egy kis részük (kb. 14-15%) él gyermek(ek)kel együtt. A fiatalabb kliensek ettől eltérően főleg (70%) szüleikkel otthon élnek.

6. táblázat: Egyszeres és többszörös cannabiskliensek demográfai jellemzői 2002-ben

	Egyszeres		Többszörös	
	(20 évesnél fiatalabb)	(20 évesnél idősebb)	Cannabis + alkohol	Cannabis + drogok
Kliensek száma (N)	260	1241	1546	3002
Életkörülmények (%)				
egyedülálló	10	47	54	46
partnerrel	3	14	10	12
partnerrel, gyermek(ek)kel	1	11	11	10
gyermek(ek)kel	1	3	4	2
szülőkkel	70	19	16	23
egyéb	15	6	5	7
Lakhatás (%)				
saját otthonában él	18	64	68	51
más otthonában él	79	32	27	39
hajléktalan	3	5	5	10
Munka (%)				
dolgozik	30	45	42	32
inaktív/diák	65	15	11	16
munkanélküli	5	40	47	52
Képzettség (%)				
nincs vagy általános	74	48	56	70
középfokú	24	44	35	27
felsőfokú	1	8	9	2
Kulturális háttér (%)				
holland	84	81	80	73
nyugati	4	6	6	8
bevándorló	12	13	15	19
Településméret (%)				
≤ 100 000 lakos	64	50	53	50
> 100 000 lakos	36	50	47	50

(Forrás: LADIS, IVZ, Houten)

A 6. táblázatból a következők is kiderülnek:

- Az idősebb egyszeres cannabiskliensek helyzete foglalkoztatottság és képzettség szempontjából viszonylag előnyösebb a másik csoportokhoz képest: közülük többen dolgoznak, valamint jóval meghaladja a közép- és felsőfokú végzettségűek hányada a többszörös fogyasztók csoportjainak jellemzőit.
- Az egyszeres cannabisproblémával küzdők nagyobb arányban jellemezhetők holland kulturális háttérrel. Összehasonlításképpen a keménydrog-problémákkal küzdők 70%-a holland, 7%-a nyugati és 23%-a bevándorló.

- Végül kiderül, hogy a fiatalabb kliensek viszonylag gyakran fordulnak elő a 100.000-nél kisebb lakosú településeken.

A 7. táblázat az új kliensek problémáinak jellemzőit foglalja össze az egyszeres, illetve többszörös cannabiskliensek bontásában.

- Szembetűnő az új kliensek nagy aránya. Ez az arány természetesen magasabb a (20 évesnél) fiatalabb egyszeres klienseknél az egyéb csoportba sorolható kliensekkel összehasonlítva. A „tradicionálisabb” (többszörös) klienspopuláción belül az új kliensek aránya alacsonyabb.
- A többszörös kliensekkel ellentétben, az egyszeres klienseknél a korábbi gondozás elsődlegesen cannabisproblémájukra irányult. A korábban már kezelt mai 20 évesnél idősebb egyszeres fogyasztóknak csupán 30%-a vette igénybe előzőleg a függőségambulanciát a cannabisproblémától eltérő okból. A fiatalabb egyszeres klienseknél ez az arány még alacsonyabb (7%).

7. táblázat: A problémakör jellemzői 2002-ben

	Egyszeres		Többszörös	
	(20 évesnél fiatalabb)	(20 évesnél idősebb)	Cannabis + alkohol	Cannabis + drogok
Kliensek száma (N)	330	1815	2168	3834
Új kliensek (%)	69	54	52	40
Ebből				
Új kliens („first treatment”)	210	652	612	702
Ismételt beiratkozás	19	330	516	834
Ebből azelőtt (%)				
Egyszeres	71	39	8	4
Cannabis mint fő szer	7	10	12	5
Cannabis mint mellékszer	11	13	30	31
Alkohol	0	10	24	5
Kemény drog	7	20	21	51
Fogyasztás sűrűsége (%)				
Naponta	68	88	79	74
Hetente többször	17	7	10	13
Hetente	7	2	3	3
Probléma időtartama (%)				
1 évnél rövidebb	21	4	5	10
1–5 év	70	28	29	30
Több mint 5 év	9	68	66	60
Kombinációs szer (%)				
Cannabis mint fő szer			31	13
Kemény drog mint fő szer				87
Alkohol mint fő szer			69	

(Forrás: LADIS, IVZ, Houten)

- A fogyasztás súlyosságát illetően az idősebb egyszeres kliensek eltérő képet mutatnak. Itt a legmagasabb a napi fogyasztás (88%) és azoknak az aránya, akik már régóta küzdenek a problémával. Az idősebb egyszeres és többszörös kliensek között több a hasonlóság, mint a különbség.
- A többszörös fogyasztásnál különbözik a „fő szer” szerepe. Így a többszörös alkoholkliensek 31%-ánál a „fő szer” a cannabis (ez a legfőbb probléma, amivel a kliens jelentkezik). A másik többszörös cannabiskliens-csoport esetén ez a hányad kisebb (13%).

A 8. táblázat azoknak a függőséggyógyászból 2002-ben kilépett kliensek és addigi gondozásuk főbb jellegzetességeit mutatja.

- Viszonylag sok fiatalabb egyszeres kliens a közvetlen környezetén keresztül jelenkezik. A többszörös kliensek gyakrabban kerülnek a függőséggyógyásba az igazságszolgáltatáson keresztül.
- A fiatalabb egyszeres kliensekre egy viszonylag intenzív (függőséggyógyási) kapcsolatminta jellemző. Ezzel szemben a többszörös drogkliensek kapcsolata a függőséggyógyással az átlagos kezelés időtartamának tekintetében hosszabb, de kevésbé intenzív. Ez utóbbi csoport a függőséggyógyáson belül inkább a tradicionális keménydrogkliensekre hasonlít.

A LADIS adatai alapján megbecsülték, hogy a cannabiskliensek közül hányan részesültek valaha is pszichiátriai intézmény keretein belüli kezelésben. A fiatalabb egyszeres kliensek esetében ez az arány 19%, míg az idősebb csoportban 36% (ezek az adatok nem szerepelnek a táblázatban). Az utóbbi adat közelíti a többszörös cannabiskliensek jellemzőit.

8. táblázat: *(Kijelentkezett) cannabiskliensek kezelési jellemzői 2002-ben*

	Egyszeres		Többszörös	
	(20 évesnél fiatalabb)	(20 évesnél idősebb)	Cannabis + alkohol	Cannabis + drogok
Kliensek száma (N)	152	846	933	1.232
Bejelentkezés (%)				
Kliens maga	35	42	37	51
Közvetlen környezete	19	3	2	3
Függőséggyógyáson keresztül	5	18	18	14
Igazságszolgáltatáson keresztül	9	14	21	19
Kezelés átlagos időtartama (hónap)	3	5	6	9
Kapcsolat átlagos száma	7	8	11	15
Kapcsolat száma (%)				
1–2	33	34	26	34
3–4	24	20	18	17
5–10	23	25	25	21
> 10	19	21	31	29

	Egyszeres		Többszörös	
	(20 évesnél fiatalabb)	(20 évesnél idősebb)	Cannabis + alkohol	Cannabis + drogok
Gondozásnyújtó szakmája (%)				
Szociális munkás	64	61	57	43
Pszichológus / pszichiáter /szociális-pszichológiai szakápoló	15	12	9	9
Orvosi (orvos, szakápoló)	7	9	10	22
Kapcsolat megszakításának oka (%)				
Kölcsönös egyetértés alapján	41	38	37	31
Egyoldalú	44	38	41	40
Kapcsolat utáni továbbutalás (%)				
Nincs továbbutalás	68	58	54	49
Egészség gondozásba utalás ²	7	13	15	13

(Forrás: LADIS, IVZ, Houten)

- A kapcsolat természete is különböző. A többszörös drogkliensek viszonylag gyakran kaptak orvosi jellegű segítséget. Az egyszeres kliensek esetében elsősorban a szociális jellegű segítség a fontos.
- A függőség gondozás klienseinek kevesebb, mint a fele fejezi be a kapcsolatot kölcsönös egyetértés alapján. A cannabiskliensek esetében ez az arány 37%. A cannabiskliensek két csoportja közötti különbség főként a kapcsolat egyoldalú megszakításának a mértékében mutatkozik. A csoportok közötti eltérés nem jelentős.
- 2002-ben a kliensek 56%-át nem utalták tovább.

Az *idősebb* egyszeres cannabisfogyasztók csoportja részben nagyon hasonló a többszörös cannabiskliensek csoportjához, részben azonban eltérő vonásokat mutat:

- A legfontosabb **eltérések** az idősebb egyszeres és többszörös kliensek között:
 - az idősebb egyszeres fogyasztóknak magasabb az iskolai végzettsége és gyakrabban dolgoznak. A gondozási minta esetükben eltér a többszörös csoporttól abban a tekintetben, hogy rövidebb kezeléseket részesülnek, ugyanakkor havonta nagyobb a kapcsolattartás sűrűsége.
- A legfontosabb **hasonlóságok** az idősebb egyszeres és többszörös kliensek között:
 - hasonlóság leginkább a probléma időtartamában, a használat gyakoriságában és a pszichiátriai intézményen belüli kezelések mértékében mutatkozik. A csoportok között nagyobb a hasonlóság, mint a különbség.
- A fiatal egyszeres fogyasztó gyakrabban jelenkezik közvetlen környezete nyomására, a fogyasztás sűrűsége alacsonyabb, a probléma általában új keletű, a kezelés rövid és szinte soha nem kerül sor továbbutalásra.
- A többszörös kliensek inkább hasonlítanak a függőség gondozásnak arra a tradicionális klienscsoportjára, melynek többsége (majdnem háromnegyede a teljes klienspopuláción belül) opiát- és alkoholfogyasztó.
- Az idősebb egyszeres kliensek esetében a gondozás igénybevételének tekintetében feltűnik, hogy a múltban a problémás cannabisfogyasztás miatt kerültek kapcsolatba az ambuláns függőség gondozással.

6. A nemzetközi kontextus

A cannabis-problémakör kezelésének tekintetében Hollandiát különleges helyzet jellemzi. Az igazságszolgáltatás korlátozott mértékben eltúri a cannabiskereskedelmet. A használati tendenciák szerint Hollandia középhezletben van. Az utóbbi időben, mint megállapítható, a hangsúly a kezelésre kerül európai szinten is.

Néhány éve az EU-ban gyűjtenek adatokat a függők által igénybe vett gondozásról. Ezekből az adatokból kiderül, hogy az Európai Unió tagországaiban az összes kliens 2,5% (Portugáliában), 24%-a (Németországban) cannabisfogyasztás miatt igényel segítséget (EMCDDA, 2002). A holland 14%-os arány középpozíciót jelez. Európai szinten az összes kliens bő ötödét alkotják azok a kliensek, akiknek fő problémája a cannabisfogyasztás.

Néhány EU-tagországban a segítség-igénybevétel aránya azoknak a klienseknek a részéről, akiknek fő problémája a cannabisfogyasztás, megnőtt. Ezek az országok Belgium, Németország, Dánia és Olaszország. A növekedés főként az úgynevezett új páciensek megjelenésének köszönhető (Annual Report/Éves jelentés, 2002). Ha kizárólag az elsődleges problémaként megjelenő cannabisfogyasztást tekintjük, akkor a növekedés 1994 óta közel 90%-os.

Az EU-n belüli többszörös fogyasztást tekintve feltűnik, hogy a kokain a leggyakrabban, a cannabis pedig a második leggyakrabban (22,7%) használt másodlagos szer. Hollandiában is a kokain a kliensek által leggyakrabban használt másodlagos szer.

Az EU-n kívül főleg az Egyesült Államokból és Kanadából állnak rendelkezésre adatok. Az Egyesült Államokban 1992 és 1998 között 115%-kal nőtt meg a cannabiskliensek száma. Emellett a cannabis (marihuánát) a segítséget keresők domináns másodlagos problémájaként tartják számon. A 12-17 éves korosztályban a kliensek 62% küzd a marihuánával mint elsődleges problémával. A kliensek többsége ambuláns segítséget keres, és az igazságügyi csatornákon át kerül a rendszerbe (2000-ben 56,4%) (Caces, 2003). Hollandiában az igazságügyi csatornákon keresztül történő beutalásoknak szerény az aránya, 2001-ben az egyszeres kliensek 10%-a, a többszörös klienseknek pedig 18%-a került így a rendszerbe. Mindkét esetben 1994 óta mérsékelt növekedés tapasztalható.

Kanadában is jelentős az elsődleges cannabiskliensek aránya. Több kanadai megye adatai szerint ez az arány 13-25%-os (Rush, 2003). Kanadában az igazságügyi csatornákon át történő beutalás aránya a holland helyzethez hasonló: a cannabiskliensek 17%-a az igazságügyi csatornákon át kerül a rendszerbe.

A különböző országok adatait nehéz összehasonlítani, mert minden országnak megvannak a saját ellátórendszerében alkalmazott küszöbértékei.

7. A cannabiskliensek számára rendelkezésre álló kezelési kínálat áttekintése

Az egyszeres és többszörös alcsoportok közötti megkülönböztetés

Egy intézmény jelzi, hogy a gyakorlatban megkülönbözteti az egyszeres és a többszörös használatot. A legtöbb intézményben nem tesznek ilyen különbséget; egy esetben ennek az az oka, hogy abban az intézményben egyszeres csoport nem fordul elő, és kizárólag többszörös fogyasztókkal van dolguk. Egy másik intézmény a fiatal és a krónikus fogyasztók között tesz különbséget.

Kezelési kínálat

Egyrészt akad olyan intézmény, ahol nincs specializált kezelési kínálat. A jelenlegi kezelési kínálat megfelelő, mert elég differenciált, így vélik a szóvivők.

Másrészt akad olyan intézmény is, ahol van specializált kezelési kínálat. A következő kezelési formákat említették:

- speciális formák, mint önmegtartóztatás egyszeres fogyasztók számára, vagy az úgynevezett „Libermann”-modul a skizofréniával küzdőknek;
- csoportos kezelési mód az internet segítségével (mind a kezelési időszakban, mind az utógondozásban);
- a csoportos kezelést hatékonyabbnak látják az egyéni kezelésnél.

Egy válaszadó jelezte, hogy a speciális kezelési kínálat nem szükségszerűen csak specializálódott csapatok működése révén jöhet létre, hanem lehet egy általános minőségi program része.

A kezelési kínálattal kapcsolatban alig említettek jellegzetes problémákat. Mindenesetre a hatékony kezelésre vonatkozó tudás hiányát nem találták problematikusnak. Említették azonban a következő pontokat:

- más problémás csoportok fontossága (főleg ópium- és kokainfogyasztók);
- a kezelés(szel szembeni ellenállási) küszöböt le lehetne csökkenteni az internet segítségével (e-mail, chat stb.).

A fiatalabb cannabiskliensek elérése

A fiatalabb cannabiskliensek elérésével kapcsolatban is szerepeltek kérdések.

Az intézményeknek nincs rálátásuk arra, hogy a fiatalabb cannabiskliensek hogyan használják az ellátórendszer egyéb kapcsolódó részeit (RIAGG, GGD, házi orvos stb.).

8. Konklúzió

Trendek 1994–2002

- 1994 óta a cannabiskliensek abszolút száma 39%-kal növekedett. Ez a növekedés elmarad a függőség-gondozási ambulanciák drogkliensei számának növekedéséhez képest. 2002-ben összesen kb. 9500 kliens küzdött valamilyen cannabisproblémával.
- 1994 óta a cannabiskliensek relatív száma 33%-kal növekedett. E növekedést főleg az idősebb klienscsoportok okozták.
- Az összes csoporton belül a (20 évesnél idősebb) egyszeres kliensek és a kombinált cannabis- és alkoholproblémával küzdő kliensek jelentik a legfőbb növekedési tényezőt.
- Az egyszeres fogyasztók kisebbséget alkotnak; kb. 25%-uk kizárólag cannabisproblémával küzd. 2002-ben az egyszeres fogyasztók száma kb. 2100, a többszörös fogyasztóké kb. 7300, ideértve az egyéb csoportokat is.
- A növekedés főleg a városi (50 000-nél több lakosú) területeken feltűnő.

Egyszeres és többszörös fogyasztás

Az egyszeres kliensek a következő jellemzők tekintetében különböznek a többszörös kliensektől:

- Átlagosan fiatalabbak és (képzettség, munkahely és lakhatás tekintetében) előnyösebb társadalmi-gazdasági háttérrel rendelkeznek.
- Eltérő a kapcsolattartási mintájuk (a függőség-gondozási intézményekkel), átlagosan havonta többször felveszik a kapcsolatot szociális munkásokkal és pszichológussal.
- A többszörös kliensek gyakorta „régis ismerősök”; 46%-uk 2002 előtt is volt már kapcsolatban ambuláns függőség-gondozással.
- A használat hosszúsága és gyakorisága, valamint a pszichiátriai intézménybe való felvétel tekintetében feltűnő, hogy az egyszeres cannabiskliensek mennyire hasonlítanak a többszörös csoporthoz.
- A korábbi kezelési pálya tekintetében az idősebb egyszeres cannabiskliensek egy különálló csoportot alkotnak. Ha korábban igénybe vettek valamilyen gondozást, akkor azt főként cannabisproblémájuk miatt tették.

A nemzetközi kontextus

- A tekintetben, hogy az ambuláns függőség-gondozás összességén belül mekkora részt foglal el a cannabis-problémakör, Hollandia közepes helyzetűnek tekinthető.
- Az osztályozási adatok, melyekből kiderül, hogy a cannabis fő vagy mellékszerként használják, hasonló más európai országok adataihoz.

Kezelési kínálat

- A kezelési kínálat tekintetében nagy különbségek vannak és két szélsőség mutatkozik. Egyrészt azt állítják, hogy az általános kínálat megfelelő, mert elegendő teret ad a specifikus módszerek alkalmazására. Másrészt nagyon specializált módszereket és programokat említenek, illetve alkalmaznak. Az az általános benyomás, hogy a visszafogottan fejlődő kínálat nagyon kis méretű, ugyanakkor nagyon sokféle.

9. Megbeszélés

Bár a kizárólag cannabist fogyasztó klienscsoport kicsi (1815 kliens), ugyanakkor a vizsgált időszakban erőteljesen növekedett és a probléma súlyossága – ahogy ez a profilok összehasonlításból kiderül – nem lényegesen kisebb a cannabis mellett más drogproblémával küzdő kliensekénél. 1994 óta a gondozásban a cannabis kliensek relatív száma 33%-kal emelkedett. Ezért a növekedésért főleg az idősebb egyszeres kliensek a felelősek. 1994 óta ennek a csoportnak a száma 96%-kal növekedett.

Az adatokból kiderül, hogy a függőség gondozást a fogyasztóknak csak nagyon kis része veszi igénybe. 10 000 lakosból 290-en tekinthetők új cannabis fogyasztónak, akiknek kb. 2%-a majd gondozásra szorul.

Főként a (20 évesnél) fiatalabb fogyasztók tekinthetők rizikócsoportnak, és a holland igazgatás fokozottabb figyelmet kíván fordítani a fiatal fogyasztók rizikócsoportjaira (VWS, 2003). Kiderült, hogy a fiatal kliensek csoportja igen különböző, ám létszáma alacsony (kb. 700 fő). E fiatalok egyik része valószínűleg az aggódó szülőknek köszönhetően jelentkezik, illetve félreisiklott nevelési helyzetekkel kapcsolatos. Másik részük esetében a bejelentkezés egy függőség-pálya kezdetét jelenti. Nem ismert, mekkora azoknak a fiataloknak a csoportja, akik a függőség gondozási ambulancián kívül jelentkeznek cannabis problémával.

Ha szemügyre vesszük az egyszeres 20 évesnél idősebb klienscsoportot, akkor feltűnik, hogy a csoportnak több mint a fele már öt évnél régebben küzd cannabis problémával. Többségük napi fogyasztó, és már a múltban (is) kizárólag cannabis problémája miatt fordult a függőség gondozáshoz. Megállapítható, hogy ennek a csoportnak majdnem 40%-át (N.B. ez egy extrapolált adat) már kezelték – fekvőbetegként – pszichiátriai intézményben. Vagyis arra lehet következtetni, hogy a probléma súlyossága és időbeli tartama tekintetében az idősebb egyszeres fogyasztók a többszörös fogyasztókhoz hasonlítanak.

Az ambuláns gondozáson belül a cannabis probléma számának növekedése elmarad a drogkliensek számának a növekedésétől. A növekedés – ami egyébként az ambuláns függőség gondozás egészét jellemzi – úgy tűnik, azzal magyarázható, hogy a drogkliensek nagyobb teret kaptak. 2002-ben a kliensek 58%-a küzd drogproblémával.

A függőség gondozásban részt vevő cannabis kliensek kezeléséről itt bemutatott képből az derül ki, hogy sokféle megközelítés alkalmazható. A megfelelő kezelési programokra fordított figyelem növekedése ellenére, nagyon korlátozott számban állnak rendelkezésre „evidence based” (eredmény alapú) programok az (egyszeres) cannabis probléma kezelésének a tekintetében. Ez azzal magyarázható, hogy a kezelési kínálat főként a keménydrog-használó klienseket célozza és a pótszerekre koncentrálnak.

Az idősebb egyszeres kliensek csoportja, úgy tűnik, nem kapott elég figyelmet mostanáig, és ugyanez igaz a cannabis szerepére a többszörös használat során. Az utóbbi tűnik inkább elfogadott jelenségnek. Továbbá szinte alig kutatott terület a cannabis szerepe a többszörösen fogyasztó drogkliensek kezelésében (Best és mtsai, 1999). Ebben a jelentésben feltűnő a cannabis- és alkoholfogyasztók csoportjának növekedése a többszörös kliensek csoportján belül.

Fontos, hogy a problematikus fogyasztók számára hatékony kezelési módok megtalálása kiemelt figyelmet kapjon.

Jóllehet számuk még alacsony (bő 2100 ügyfél), ám folyamatosan növekszik, mellel az új kliensek számának a növekedése sem jelentéktelen.

Források

- Abraham, MD, Kaal, HL, Cohen, PDA. Licit and Illicit Drug Use in the Netherlands 2001. Amsterdam. CEDRO (2002).
- Best, D., Glossop, M., Greenwood, J., Marsden, J., Lehman, P., and Strung, J. (1999). Cannabis use in relation to illicit drug use and health problems among opiate misusers in treatment. *Drug and Alcohol Review*, 18, 31-38.
- Caces, F. (2003). Presentation of Dr. Maria Fe Caces (Office of National Drug Control Policy) at the TDI expert meeting, June 2003 Lisbon.
- Dennis, M., Babor, T.F., Roebuck, M.C., Donaldson, J. Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction* 97 (Suppl 1): 4-15.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 1999 annual report on the state of the drugs problem in the European Union. Luxembourg, 1999.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2002 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Luxembourg, 2002.
- Rigter et al. (2003). Cannabis, feiten en cijfers 2003, Achtergrondstudie Nationale Drugsmonitor NDM, Bureau NDM, Utrecht.
- Rush, B., Urbanovski, K., Strike, C., Mueller, M. (2003). Cannabis Treatment Demand in Canada. Presentation of Dr. B. Rush (CAMH Toronto Canada) at the TDI expert meeting, June 2003 Lisbon.
- VWS. Beleidsbrief cannabis d.d. 11 maart 2003. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag, 2003.

1. FÜGGELÉK

Kérdőív a cannabisprobléma miatt az ambuláns függőség gondozáson belül segítséget kérőkről

Intézmény neve:

A kitöltő személy neve:

Az IVZ Alapítvány a GGZ-Nederland közreműködésével és a VWS (Népegészségügyi, Jóléti és Sport Minisztérium) megbízásából elemzést végez a LADIS adatai alapján a problémás fogyasztásról. E kutatás része az intézmények megkérdezése a cannabisproblémával kapcsolatos segítségnyújtásra vonatkozó igényről. Emellett ez a dokumentum tartalmazza az országos adatok válogatását, valamint a kitöltő intézmény megfelelő adatait. Összehasonlíthatja az országos trendek adatait és a profilokat a saját intézménye adataival. Ebben a kérdőívben ezzel kapcsolatos kérdések szerepelnek. A zárójelentésben egy fejezet szól majd e kérdőív eredményeiről.

Kérdőív intézményeknek (a cannabisproblémával kapcsolatos segítségnyújtási igény áttekintéséről 1998–2001)

1. Felismeri az intézményét az intézményi adatok alapján a következő szempontok szerint:
 - Mindkét áttekintést összehasonlítva ön szerint melyek a legfeltűnőbb különbségek? Kérjük, fejtse ki álláspontját:.....
 - A használt 3 alcsoportot megkülönböztető kategorizáció (ezek: egyszeres cannabis-kliens: (1) fiatal és (2) idős, (3) többszörös cannabis-kliens. Az ön intézménye is hasonló osztályozást alkalmaz?
 - Igen, egy ehhez hasonlót.
 - Nem, egy másikat – mégpedig:.....
 - Nem vonatkozik intézményünkre ez a kérdés.
2. Az ön intézményében van-e speciális kezelési kínálat cannabis-kliensek számára?

Ha igen:

 - Milyen részek alkotják e kínálatot, és mely célcsoportokat/alcsoportokat célozzák meg?
 - Mi az oka annak, hogy ilyen specializált kínálatot alakítottak ki?

Ha nem:

Mi az oka annak, hogy nincs ilyen specializált kínálatuk? (Több válasz lehetséges.)

 - Túl kevés a cannabis-kliens.
 - A cannabis-kliensek kezelésének kínálata ugyanazokat az elemeket tartalmazza, mint más klienseket célzó kínálat.
 - A cannabis-kliensek kezelésének kínálata ugyanazokat az elemeket tartalmazza, mint más klienseket célzó kínálat, mert az általános kínálat megfelelő a kliensek ezen csoportjának.
 - Egyéb – mégpedig:.....
 - *Nem vonatkozik az intézményünkre ez a kérdés.*

3. Ha van specializált kezelési kínálat: ezen belül megkülönböztetik a különféle célcsoportokat (lásd: az 1. kérdésnél)?
- Igen, van speciális kezelési kínálatunk, melynek keretében az 1. kérdésnél említett csoportok megkülönböztetésére kerül sor.
 - Igen, van speciális kezelési kínálatunk, melyben a következő alcsoportokat különböztetjük meg (sorolja fel):.....
4. Mi a legfontosabb probléma, amivel az ön intézménye a cannabiskliensek kezelése során szembesült? (Több válasz is lehetséges.)
- Nincsenek problémák.
 - Tudáshiány a hatékony kezelési módszerekről.
 - Túl kevés a jelenlegi kezelések eredményeivel foglalkozó áttekintés.
 - Nincs elegendő emberi és anyagi erőforrás a hatékony kezelési módszerek bevezetéséhez.
 - Nagyobb fontosságú a többi problematikus csoport, nevezetesen az opiát- és kokainfogyasztók.
 - Más, éspedig:.....
5. Elképzelhető, hogy a (20 évesnél) fiatalabb cannabisfogyasztók más intézményekhez kerülnek, mint például fiatalgondozás, RIAGG, vagy fiatalok egészséggondozása, GGD. Ön szerint mennyire jellemző ez az ön régiójában?
- Előfordul, de azok száma, akik máshova kerülnek, kisebb, mint a mi intézményeinkhez kerülőké.
 - Körülbelül ugyanolyan gyakorisággal kerülnek máshova, mint a mi intézményünkbe.
 - Gyakrabban kerülnek más intézményekbe.
 - Nincs rálátásom erre a kérdésre.
 - Kérem, fejtse ki:.....

2. FÜGGELÉK

Cannabiskliensek az ambuláns függőségkezelésben elnevezésű munkabizottság tagjai

Prof. Dr. G.M. Schippers (elnök) – AIAR Amsterdam
A.W. Ouwehand – IVZ Alapítvány, Houten
W.M. de Zwart – VWS minisztérium, Hága
A.L.C. de Vos – GGZ Hollandia

Jegyzetek

- 1 Az 5. bekezdésben kizárólag olyan kliensek adatait használták, akik 2002-ben legalább egyszer kapcsolatba kerültek a függőséggyógyászati ambulanciával.
- 2 Ebben az értelemben: GGZ, függőséggyógyászati, és általános egészséggyógyászati.

AIAR Amsterdam	Amsterdam Institute for Addiction Research	Amszterdami Addiktológiai Kutatóintézet
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	Európai Drog és Drogfüggőségi Figyelőközpont
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst	Közösségi Egészséggyógyászati
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg	Pszichiátriai Egészséggyógyászati
GGZN	Branche Organisatie Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg Nederland	Pszichiátriai, Egészséggyógyászati és Függőséggyógyászati Szakkollégium, Hollandia
LADIS	Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem	Országos Alkohol- és Droginformációs Rendszer
NDM	Nationale Drugsmonitor	Országos Drogfigyelő
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg	Körzeti Ambuláns Pszichiátriai Egészséggyógyászati
Stichting IVZ	Stichting Informatievoorziening Zorg	Gondozást Ellátó Információs Alapítvány
VWS	Ministerie Van Volksgezondheid, Welzijn En Sport	Népegészségügyi, Jóléti és Sport Minisztérium

© 2004 május, Stichting Informatievoorziening Zorg, Houten (Gondozást Ellátó Információs Alapítvány, Houten, Hollandia) Minden jog fenntartva. Ebből a kiadványból a jogtulajdonos(ok) előzetes írásbeli engedélye nélkül semmit sem szabad másolni, automatizált adattárban tárolni vagy közétetni bármilyen formában, se elektronikus, se mechanikus, se fénymásolt, se felvétel formájában, vagy más módon.

Fordította: *Christiaan Swart*

I./A CIKKELY FELJEGYZÉS

Küldi: Általános Titkárság

Kapja: COREPER/Testület

Tárgy: Testületi határozat a cannabisfogyasztásról

1. A Függelékben csatoljuk a cannabisfogyasztásra vonatkozó azon testületi határozat vázlatát, amely a Horizontális Kábítószer-Munkacsoport 2004. július 6-i ülésén fogalmazódott meg az összes résztvevő egyetértésével.
2. A fentiek alapján felkérjük a COREPER-t, hogy a testülettel bíraltassa el a Függelékben közölt, a cannabisfogyasztással kapcsolatos testületi határozat vázlatát.

AZ EURÓPAI UNIÓ TANÁCSA TESTÜLETI HATÁROZATA A CANNABIS FOGYASZTÁSÁRÓL

AZ EURÓPAI UNIÓ TANÁCSA

1. Az Európai Unió Kábítószer Stratégiáját és a Kábítószer Akciótervet (2000-2004) alapul véve állította össze az EU Kábítószer-ellenes Akciótervét és kiemelten annak 14.1. pontját.
2. Tudatában van annak, hogy a Kábítószer Stratégia és az Akcióterv megvalósítása során milyen haladás történt ezen a területen, de ugyanakkor azzal is tisztában van, hogy a kitűzött célok eléréséhez még sok munkára van szükség.
3. Tényként kezeli, hogy az Európai Unión belül a kábítószeresek közül a cannabis áll az első helyen a használat, a lefoglalt anyag mennyisége és a kábítószerre vonatkozó törvények megszegése szempontjából.
4. Aggodalmának ad hangot amiatt, hogy a szervezett bűnözés szerepet játszik az Unió felé és azon belül történő nagymértékű cannabiscsempészetben.
5. Tényként kezeli, hogy a cannabis továbbra is a legáltalánosabban használt tiltott szer az Európai Unió egész területén, sőt a fogyasztás a legtöbb tagállamban növekedést mutat, különösen a fiatalok körében.
6. Aggodalmának ad hangot a fogyasztói magatartás-változás, az egyre gyakoribbá és általánosabbá váló kábítószerhasználat és a terápiás gyógykezelések iránt megnövekedett igény miatt.
7. Aggodalmának ad hangot, mivel az Európában lefoglalt cannabis THC (tetrahydrocannabinol) tartalma nagyon magas, és rámutat a további vizsgálatok szükségességére ezen emelkedés egészségre gyakorolt hatásainak megállapítására.
8. Tudatában van az elmúlt évtized tudományos fejlődésének a cannabis kutatás terén, ugyanakkor szükségesek a további kutatások a cannabisnak az agy működésére és a fiatalokra gyakorolt hatásait illetően. Feltételezhető, hogy a fiatalok körében megnövekedett szerhasználat élettani hatást gyakorol a szociális és kognitív funkciókra, mint a koncentráció, a

tanulás és az információk osztályozásának képességei, és szerepe van olyan mentálhigiénés problémák kialakulásában, mint a szorongás és a depresszió.

9. Aggodalmának ad hangot amiatt, hogy a fiatalok egyre kevésbé fogják fel, hogy milyen ártalmakat okozhat a cannabis fogyasztása.

AZ EURÓPAI UNIÓ TANÁCSA

10. Arra ösztönzi a tagállamokat, hogy az európai uniós jogalkotás keretében a nemzeti Europol szervezetek vezetőinek megbízásával és a lehetséges tárgyi feltételek kihasználásával dolgozzák ki egy, a nemzetközi szervezett cannabiscsempészet visszaszorítására alkalmas számítógépes ellenőrző rendszer tervét.
11. Ezért arra ösztönzi a tagállamokat és az Europol, hogy fontolják meg Egyesült Nyomozó Csoportok fölállítását a nemzetközi csempészes elosztó hálózatok fölszámolásának érdekében, és teremtsék meg az ehhez szükséges jogi feltételeket.
12. Támogatásáról biztosítja és ösztönzi az EMCDDA-t, hogy a saját munkatervén belül folytassa a cannabisfogyasztással kapcsolatos helyzet állandó megfigyelését és a fogyasztói szokások epidemiológiai és más fontos szempontú elemzését, beleértve azt is, hogy a cannabis intenzíven és/vagy nagy dózisban használóknál tapasztalt változások hogyan tükröződnek a problémás és/vagy függő emberek számának alakulásában. Fontos annak megállapítása is, hogy melyek a hatékony prevenció és gyógykezelés feltételei. A szakemberekkel meg kell ismertetni az e területtel kapcsolatos legeredményesebb módszereket és gyakorlati alkalmazást. A politikai közvélemény megfelelő informálása céljából fontolóra kell venni egy ilyen témájú tudományos monográfia összeállítását.

AZ EURÓPAI UNIÓ TANÁCSA

13. Felhívja az Európai Bizottságot és a tagállamokat, hogy kompetenciahatáraikon belül növeljék az Unió és a cannabistermelő régiók közötti dialógust és együttműködést azzal a céllal, hogy az Unió mind nagyobb erőfeszítéssel tudja támogatni az alternatív fejlődést, és hogy megvalósuljon a minél teljesebb kooperáció a cannabisnak az Unió területére történő csempészete leküzdésére.
14. Felhívja az Európai Bizottságot, hogy a lehető legteljesebb mértékben foglalja bele a cannabisvizsgálatokat a Kutatási, technológiai fejlesztési és demonstrációs tevékenység keretprogramjába. Ugyancsak felkéri a tagállamokat, hogy támogassák a cannabissterületen jelenleg folyó és új kutatói tevékenységet, különösképpen a dependencia és az egészségi ártalmak vonatkozásában.
15. Felhívja a tagállamokat, hogy tökéletesítsék igénycsökkentő stratégiájukat, és ismerjék fel a helyi közösségek alapvetően fontos szerepét ebben a munkában, hogy a fiatalokat képessé kell tenni a cannabishasználattal járó egészségügyi és szociális kockázatok felismerésére.
16. Szükséges a tagállamokban a kutatások és a prevenció során egyaránt nagyobb hangsúlyt fektetni a drogfogyasztókkal történő párbeszédre, különös tekintettel a legfiatalabb drogfogyasztókra. A cél a fogyasztás háttérében álló okok megismerése és a prevenció során a célcsoportra ható prevenciók üzenetek megfogalmazása.
17. Felhívja a tagállamokat, hogy vegyék fontolóra a szülők, tanárok, médiaszakemberek, börtönben dolgozók és rendőrtisztek tájékoztatását és képzését a cannabis fogyasztásához kapcsolódó egészségügyi és szociális kockázatokra vonatkozóan.
18. Felhívja a tagállamokat, hogy támogassák az egészségügyben és oktatásban dolgozó szakemberek cannabissterületen való együttműködését. Különösképpen vonatkozik ez a megelőzésre, korai felismerésre, intervenciók munkára csakúgy, mint a gyógykezelésre és az információk, valamint a legeredményesebb gyakorlati tapasztalatok cseréjére.

19. Felhívja a tagállamokat, hogy tegyenek intézkedéseket a cannabisnak a fogvatartottak körében történő elterjedése megakadályozására.
20. Felhívja a tagállamokat, hogy tegyék meg a szükséges lépéseket a cannabis Unión belüli termesztésének és csempészetének visszaszorítására.
21. Felhívja a tagállamokat, hogy a nemzeti törvényhozással összhangban tegyenek intézkedéseket az olyan internetes weboldalak ellen, amelyek a cannabis termelésével és fogyasztásával foglalkoznak.

A TANÁCSKOZÓ TESTÜLET HATÁROZATOT HOZ, HOGY

22. A fentieket figyelembe veszi az új Európai Drogstratégia és az új Kábítószer Akcióterv kidolgozása során.

Fordította: *dr. Varga Lászlóné*