

A célzott/javallott prevenciós programok nemzetközi tapasztalatai

Háttéranyag a „Lépés - váltás” című konferencián elhangzott előadáshoz

Az összefoglalót az NDI megbízásából Nádas Eszter készítette

Tartalomjegyzék

Prevenációs stratégiák _____	4
A beavatkozások hatékonyságának bizonyítékai _____	6
A javallott prevenció alapelvei _____	9
Mi működik a célzott prevencióban? _____	19
A szerhasználat csökkentését célzó közösségi alapú beavatkozások a veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok körében _____	22
Útmutatók és standardok a fiatalkori szerhasználat pszichiátriai kockázati állapotainak értékeléséhez és kezeléséhez _____	27
Irodalomjegyzék _____	38

Prevenációs stratégiák

Általános prevenció (Universal prevention)

Az ebbe a kategóriába tartozó prevenációs stratégiák a populáció egészét (országosan, helyi közösségekben, iskolában) szólítják meg olyan üzenetek, illetve programok segítségével, amelyek a probléma-viselkedés (alkohol, dohányzás, kábítószer-fogyasztás) megjelenését kívánják megakadályozni, illetve késleltetni. A prevenációs beavatkozások minden előzetes szűrés nélkül kívánják ellátni a személyek széles körét olyan ismeretekkel, készségekkel és jártasságokkal, amelyek lehetővé teszik számukra a problémák jelentkezésének kivédését. Az általános prevenció értelmében a populáció egésze veszélyeztetettnak tekinthető, a veszélyeztetettség mértéke azonban igen különböző az egyének szintjén.

Célzott prevenció (Selective prevention)

Ezek a beavatkozások a teljes populációnak csak egy sajátos módon körülhatárolt részét célozzák meg, nevezetesen azokat a személyeket, csoportokat, amelyek bizonyos sajátosságaik okán különösképpen veszélyeztetettnak tekinthetők (pl. alkoholista szülők gyermekei, iskolából kimaradó, tanulási problémával küzdő fiatalok). A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, szociális, vagy környezeti kockázati tényezők mentén – amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma-viselkedés kialakulása között – a programok által megcélzott alcsoportok definiálása pedig történhet az életkor, nem, családi háttér, lakóhely (magas drogérintettségű, vagy alacsony jövedelmű környékek), stb. alapján. A célzott prevenációs beavatkozások egy alpopuláció egészére irányulnak, függetlenül a tagjai egyéni veszélyeztetettségétől, ugyanis az adott csoport a szerhasználat tekintetében nagyobb kockázatnak van kitéve, mint az átlagpopuláció.

Javallott prevenció (Indicated prevention)

Ez a kategória olyan prevenációs beavatkozásokat és programokat jelöl, amelyek az érvényes diagnosztikus kategóriák alapján (DSM IV) függőnek nem minősülő, de annak korai jeleit mutató személyek viselkedését szeretnék a kívánatos iránynak megfelelően befolyásolni. A megnövekedett egyéni kockázat jelei lehetnek a romló osztályzatok, alkohol és drogfogyasztás és elidegenedés a szülőktől, iskolától és pozitív kortársaktól. Kevesebb hangsúlyt fektetnek az olyan környezeti hatások befolyásolására, mint például a közösségi értékek. Ezek a programok tehát elsősorban az egyén szintjén, egyénre szabott módon kezdeményezik a beavatkozásokat. Céljuk nem csak a szerhasználat kialakulásának megakadályozása, hanem minden olyan viselkedészavar befolyásolása is, amely vélhetőleg kapcsolódik, vagy elvezet a szerhasználó életút kialakulásához.

Környezeti stratégiák (Environmental strategies)

A környezeti stratégiák olyan prevenációs stratégiák melyek célja azon közvetlen kulturális, szociális, fizikai és gazdasági környezet megváltoztatása, ahol az emberek drogfogyasztással kapcsolatos döntéseiket meghozzák.

Ez a megközelítés figyelembe veszi azt a tényt, hogy az egyének nem kizárólag személyes jellemzőik folytán kerülnek kapcsolatba a drogokkal. Sőt, olyan komplex környezeti tényezők is hatással vannak rájuk, mint például, hogy mit tekintenek normálisnak, elvártnak, vagy elfogadottnak a közösségben ahol élnek; az államuk törvényei, szabályai és az adórendszer;

milyen reklámüzeneteknek vannak kitéve; valamint az alkohol, dohánytermékek és kábítószeresek hozzáférhetősége. Mivel a szerhasználatot a teljes rendszer termékének tekintik, a környezeti prevenciók stratégiák háttérében a teljes közösség elérése áll.

Konkrétumokat említve, a környezeti stratégiáknak gyakran vannak divatjamúlt elemei, mint például a piacok ellenőrzése, vagy a kényszerítő intézkedések (életkorhoz kötött szabályozás, dohányzási tilalom). Ezekből adódóan fontos talajt adják a társadalmi vitáknak, mivel a társadalom és a népegészségügy kulturálisan korlátolt értelmezéseit vonják kétségbe. A viselkedési addikciókat (elhízás, dohányzás és alkohol-fogyasztás) például sok ember magánügynek, személyes választásnak gondolja, ahol az államnak nem kellene beavatkoznia. A népegészségügy szószólói szerint ezek azonban az ipar által okozott népbetegségek (vagyis komoly ipari érdekek állnak mögöttük) és a veszélyeztetettek, elsősorban a fiatalok védelme érdekében szükség van a népegészségügyi politika cselekvésére.

A droghasználat, mint magatartás független az adott szer jogi státuszától, a legális és illegális szerekre irányuló prevenciók beavatkozásai során ezt majdnem minden európai prevenciók stratégia figyelembe is veszi. A környezeti stratégiák – annak ellenére, hogy főként a legális drogokra irányulnak – a prevenció minden területe számára fontosak, mivel a korai, széles körben elterjedt, és intenzív dohányzás és alkohol-fogyasztás sok országban összefüggésben van az illegális szerhasználattal.

1. táblázat. A prevenciók stratégiák keretrendszere

	Környezeti stratégiák	Általános prevenció	Célzott prevenció	Javított prevenció
Iskola	Pl. iskolai egészség/ drog politika	Pl. 8. osztályosokra irányuló programok	Pl. tanulási, vagy szociális problémákkal küzdő fiatalokra irányuló programok	Pl. figyelemhiányos/ hiperaktív zavarban szenvetű tanulók
Közösség	Pl. drog- és alkoholpolitikák (adók, tilalmak, stb.), közösségi normák	Pl. alternatív szabadidő- eltöltési programok fiataloknak	Pl. fiatal bűnelkövetőkre, partizókra, problémás környéken élők irányuló programok	Pl. ADHD-val kezelt fiatalokra irányuló utánkövetéses beavatkozások
Közösségi szint: család	Pl. nevelési stílusok (megengedő, szigorú)	Pl. családokra irányuló programok általában	Pl. veszélyeztetett családokra irányuló programok	Pl. veszélyeztetett gyermek családjainak nyújtott segítség

Forrás: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/responses-in-eu>

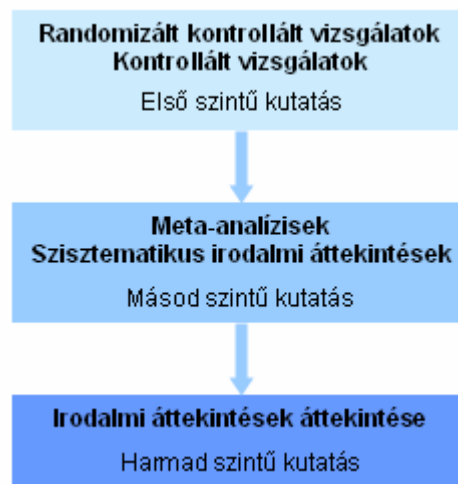
A beavatkozások hatékonyságának bizonyítékai

Honnan származik a bizonyíték a beavatkozások hatékonyságát illetően?

A beavatkozások hatékonyságával kapcsolatos bizonyítékon alapuló információ megpróbálja összesíteni a rendelkezésre álló egyéni szaktudást (pl. szakértői vélemények) a szisztematikus kutatásokból rendelkezésre álló legjobb külső bizonyítékokkal. A szisztematikus kutatás célja ebben az értelemben egy adott beavatkozás hatásosságának megállapítása. A hatásosság annak a mérőeszköze, hogy ideális kutatási feltételek esetén, mennyire működik jól egy beavatkozás. A hatásosságot ideális esetben kontrollált vizsgálatok (controlled trials), vagy randomizált kontrollált vizsgálatok (randomised controlled trials) segítségével határozzák meg (első szintű kutatás).

Az elmúlt években a publikált vizsgálatok növekvő számának köszönhetően, a kutatók elkezdtek ezeket a vizsgálatokat irodalmi áttekintések (reviews), szisztematikus irodalmi áttekintések (systematic reviews) és meta-analízisek (meta-analyses) keretében továbbelemezni (másod szintű kutatás). Az irodalmi áttekintések több különböző vizsgálat eredményét összegzik és egy adott beavatkozással kapcsolatosan vonnak le következtetéseket, ezek a cikkek általában nem szisztematikusak. A szisztematikus irodalmi áttekintések meghatározott módszerekkel azonosítják, választják ki és értékelik a kontrollált és randomizált kontrollált vizsgálatokat, majd összegyűjtik és elemzik az eredményeiket. Ezen eredményeket közlik irodalmi áttekintés formájában. A vizsgált tanulmányok eredményeinek összegzéséhez statisztikai módszereket is alkalmazhatnak (meta-analízisek).

A rendelkezésre álló bizonyítékok további összegzése érdekében a kutatók a rendelkezésre álló szisztematikus irodalmi áttekintéseket és meta-analíziseket is értékelik. Itt is szisztematikus módon és meghatározott módszerekkel történik a szisztematikus irodalmi áttekintések és meta-analízisek azonosítása; az jelenti a harmad szintű kutatást (irodalmi áttekintések áttekintése – review of reviews).



Korlátok

Az EMCDDA elfogadja, hogy a beavatkozások hatásosságáról készült irodalmi áttekintésekkel kapcsolatban problémák merülhetnek fel. Például előfordulhat, hogy nem vesznek figyelembe minden releváns publikált, vagy nem publikált, szisztematikus és/vagy nem szisztematikus irodalmi áttekintést, meta-analízist, vagy tanulmányt.

Ezen kívül torzítások is előfordulhatnak. Ilyen torzítások lehetnek: az angol nyelvű publikációk előnyben részesítése; csak a kontrollált kutatási körülmények között végzett vizsgálatokból származó bizonyítékok bemutatása, szemben a valós élethez közelebb álló körülményekkel; valamint a résztvevők véletlenszerű módon történő besorolása a beavatkozásban részt vevő csoportba, vagy a kontroll csoportba a kontrollált kutatási környezet biztosítása érdekében. Az utóbbi azonban nem valósítható meg minden esetben, például etikai megfontolások miatt.

Azt is ki kell emelnünk, hogy az irodalmi áttekintések áttekintései általában szakmailag nem lektoráltak (peer-reviewed). További hasznos információ származhat még a beavatkozások hatékonyságáról aktuálisan futó programok leírásából (pl. kvalitatív kutatás keretében lehet róluk információt gyűjteni), vagy szakértői véleményekből (bővebben: Rehm, J. (1999), 'Review papers in substance abuse research', *Addiction* 94, 2, pp.173-176.).

Az eredmények általánosítása

A környezeti tényezők különbözősége az egyes országokban (pl. kulturális, társadalmi és fejlettségi tényezők) hatással lehet a hatékonyságra és/vagy a beavatkozás végrehajtására. Emiatt különösen óvatosan kell eljárni az olyan kutatási eredmények beépítése során, melyek nem az adott országban készült kutatásból származnak.

Bizonyítékok további forrásai

A hatásosság bizonyítása

A kontrollált kísérletek során ígéretesnek bizonyuló beavatkozásokat gyakran közösségi szinten is megvalósítják, annak érdekében, hogy lássák, hogy rutin körülmények között hogyan működik. Ez esetben a beavatkozás hatékonyságát értékelik, nem a hatásosságát. A valós életben vizsgált, értékelt beavatkozásokra az EDDRA adatbázisban található példákat ([Exchange on Drug Demand Reduction Database \(EDDRA\)](#)).

Szürke irodalom

A hatékonysággal és hatásossággal kapcsolatos irodalom általában nem tartalmazza a nem publikált bizonyítékokat (szürke irodalom).

A drogprevenció területén nem publikált források a következő területeken érhetőek el az interneten:

Drog Edukációs és Prevenciók Információs Szolgálat – [Drug Education and Prevention Information Service \(DEPIS\)](#). Ez az adatbázis drog edukációs és drogprevenciók beavatkozások tervezőinek és szolgáltatóinak nyújt segítséget, mind az iskolai, mind a közösségi szinten, valamint a fiataloknak és szüleiknek is hasznos lehet.

Kábítószer-kereslet Csökkentését Célzó Intézkedések Információs Rendszere – [Exchange on Drug Demand Reduction Database \(EDDRA\)](#).

Kvalitatív kutatás

A randomizált kontrollált vizsgálatok és más evaluációs módszerek mellett a kvalitatív kutatás is szolgálhat információval a gyakorlati szakemberek és a politika számára. Az ilyen kutatások segíthetnek további szempontok azonosításában, például betekintést nyújthatnak abba, hogy a környezet hogyan befolyásolja a beavatkozás végrehajtását. A kvalitatív módszerek olyan többlet információt nyújtanak, mellyel hozzájárulnak a kísérletekből származó és kvantitatív bizonyítékok ésszerűbb és alaposabb értékeléséhez. Ezek az információk segítenek megérteni a mindennapi élet szociális, kulturális és fejlődési tényezőinek szerepét és jelentőségét.

Néhány hivatkozás

EMCDDA Monograph (2000), 'Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research'.

Davies, P. (2000), 'Contribution from qualitative research', in: Davies, H.T.O., Nutley, S.M, and Smith, P.C. (editors), What works? Evidence-based policy and practice in public services, pp. 291-316. Policy Press, Bristol, UK.

Neale, J., Allen, D., Coombes, L. (2005), 'Qualitative research methods within the addictions', Addiction. 100(11), pp.1584-1593.

Forrás: EMCDDA <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence>

A javallott prevenció alapelvei

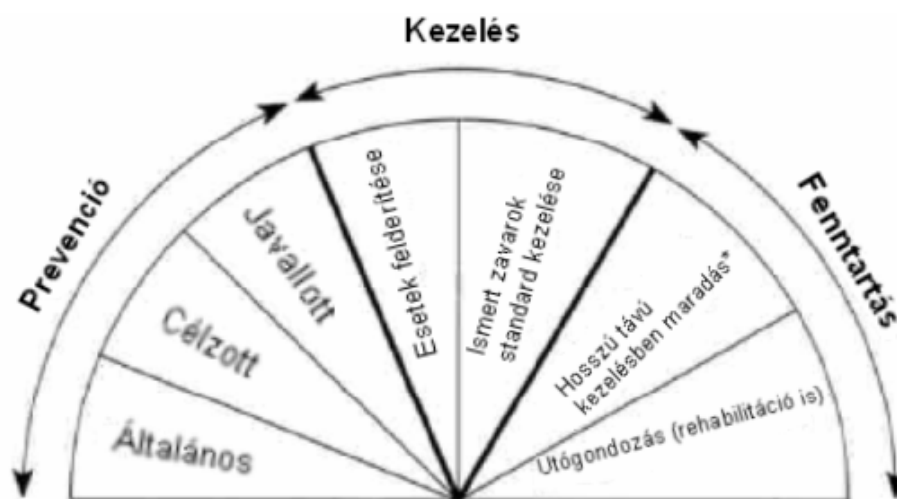
A javallott prevenció fogalma elkülönül az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció fogalmától¹.

A javallott prevenció a „prevenciós lánc” harmadik részének tekinthető, mely az általános és célzott prevenciótól vezet a javallott prevencióig, számos egymást átfedő határral. Jelen fejezetben megpróbáljuk bemutatni a javallott prevenció széles körben használt különböző definícióit, hogy ezekből levezessük saját, a beszámoló alapját képező definíciónkat.²

Az egyik leggyakrabban idézett definíció a Mrazek és Haggerty (1994) féle „általános, célzott és javallott prevenció”, melyet az Institute of Medicine (IOM) részére dolgoztak ki.

Ezt a modellt a következő ábra mutatja be:

1. ábra. Az Institute of Medicine modellje (IOM)



¹ Ezen fogalom pszichiátriai kontextusban való használatához érdemes figyelembe venni a World Psychiatric Association (WPA) prevencióval kapcsolatos konszenzus megállapításait. A prevenciónak 3 fő célját határozták meg (WPA December 2003). Elsődleges prevenció: a magas rizikójú csoportok azonosítását és körükben beavatkozások végrehajtását javasolták, például terhesség gondozás, egészséges életkezdést támogató programok, jó nevelés, több szolgáltató együttműködésével nyújtott programok. Másodlagos prevenció: a mentális betegségek területén ajánlottak premorbid beavatkozásokat, mint például a depresszió, poszttraumás stressz zavar, pszichoaktív szer abúzus, vagy pszichózis. Harmadlagos prevenció: a mentális betegségek területén korai beavatkozásként határozták meg, például közösségi alapú kezelési és rehabilitációs programok keretében. A World Psychiatric Association további ajánlásokat fogalmazott meg a közösség mentális betegségeivel kapcsolatos felvilágosítása (másodlagos prevenció) és a stigmatizáció csökkentése (harmadlagos prevenció) érdekében.

² A fejezet az EMCDDA megbízásából készült beszámoló második fejezetének fordítása: EMCDDA (2009), Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

2. táblázat. Az *Institute of Medicine* által készített osztályozás (IOM, 1994)

Prevenációs stratégia	Célcsoport	Példák	Rizikó/negatív hatások	Költségek
Általános	Általános népesség. A lakosság egyéni rizikóját nem határozzák meg.	Gyermekekori immunizáció	Alacsony	Előnye: az egy személyre eső költség alacsony
Célzott	Egyének, vagy egyének olyan csoportjai, akik különösen veszélyeztetettek szerfogyasztással összefüggő problémák kialakulása szempontjából. A rizikó lehet jövőbeli, vagy egész életen át fennálló. Rizikó csoportok: biológiai, pszichológiai, szociális	Iskolakezdés előtti programok szegény környéken élő gyerekeknek	Minimális, vagy nincs	Előnye: nem éri el a költségek közepes szintjét
Javallott	Magas kockázatú egyének, akik, a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok minimális de már észrevehető tüneteit mutatják, a diagnosztikus kritériumokat azonban nem teljesítik. Tünetmentes egyének markerekkel, és korai tüneteket mutató egyének	Szülő-gyermek interaktív tréning magatartás problémás gyermekek számára	Valamekkora rizikó	A magas költségek ellenére is ésszerű lehet

A Springer és Phillips (2007) által kidolgozott új IOM keretrendszer először a különböző prevenációs típusok célcsoportjainak általános leírását adja:

3. táblázat. Az *Institute of Medicine* osztályozása (2007)

Általános prevenció	Az általános népességet, vagy a teljes populáció egy szegmensét célozza meg, akik a szerfogyasztással összefüggő problémák kialakulása szempontjából átlagos valószínűséggel, kockázattal és körülményekkel rendelkeznek.
Célzott prevenció	A populáció olyan alcsoportjaira irányul, akik az átlagosnál sokkal veszélyeztetettebbek, akár a közeljövőben, akár életük során.
Javallott prevenció	Olyan azonosított egyénekre irányul, akik a szerfogyasztással összefüggő zavarok minimális de már észrevehető jeleit, tüneteit mutatják.

A prevenció három formájának alaposabb leírása során Springer és Phillips arra hívják fel a figyelmet, hogy „a javallott prevenció a szerhasználattal összefüggő korai problémákkal kiszűrt egyént szolgálja”. Rámutatnak, hogy a megfigyelhető „jelek, vagy tünetek” közvetlenül kapcsolódhatnak a szerabúzuhoz, vagy a szerabúzuval összefüggő problémákhoz (de nem garantálják a DSM-IV szerinti dependencia diagnózisát).

Ez megfelel a gyakorlatnak, mivel a szerabúzuval összefüggő tünetek felismerhetőek, például a gyermekekori pszichiátriai zavarok, melyek esetében sok kutatás támasztja alá, hogy ha nem kezelik, szerfüggőséghez vezetnek.

Habár az új IOM keretrendszer hangsúlyozza, hogy a javallott prevenciós intézkedések „nagyon fontos állomások a kezelési kontinuumban”, ezt a területet gyakran elhanyagolják, mivel nem könnyű finanszírozást szerezni olyan csoport ellátására, melynek szüksége van ugyan prevenciós beavatkozásokra, de – időnként – kezelésre is. A tény, hogy a javallott prevenció végrehajtása költséges (miután gyakran igényel egyéni feltételeket), bonyolulttá teszi ezen stratégiák beépítését a prevenciós tervbe.

További központi kérdés a javallott prevenció területén a beválasztási kritériumok meghatározása. A célpopuláció meghatározásához Springer és Phillip a kiválasztás során alkalmazott feltételek típusainak, valamint ezen feltételek és a szerabúzus kialakulása közötti kapcsolat világos definiálását javasolják.

Más tanulmányokból hasonló következtetéseket foglaltak össze:

- A beavatkozás célja valamilyen pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavar (DSM-IV) kialakulásának megelőzése.
- A javallott prevenciónak nem a szerhasználatot, vagy annak elkezdését kell megakadályoznia, hanem a függőség és az ahhoz kapcsolódó ártalmak kialakulását
- Az indikátoroknak szorosabb kapcsolatba kell állniuk a szerhasználattal, mint a célzott prevenciós tevékenységek során alkalmazott indikátorok esetében
- Szükség van valamiféle szűrési eszközre, vagy eljárásra a veszélyeztetett egyének azonosításához
- A családi, kortársi, vagy közösségi szintű indikátorok nem megfelelőek, csak az egyéniek (mint például „iskolai kudarcok; kapcsolat a büntető-igazságszolgáltatással; egészséget, vagy mentális egészséget érintő problémák; erőszak, vagy agresszió; nagyívás; szerhasználat).

A szűrési módokat tekintve, a beutalás három fő módját figyelték meg:

- Saját maga
- Tanárok
- Előzetes szűrési eljárások (pl. az erőszakos, vagy szerfogyasztó tanulók automatikus beutalása).

Az eredmények mérését tekintve Springer és Phillips azt javasolják, hogy a szerhasználattal kapcsolatban a használat, vagy különösképpen a káros használat csökkenése szolgálhat eredményváltzóként. Ha többszörös, vagy együttesen előforduló problémák állnak fenn, és a beavatkozás ezekre is irányul, akkor ezen indikátorok mentén is értékelni kell az eredményeket.

Az IOM szempontjait és a NIDA nagyon hasonló megközelítését (NIDA 1997) összegezve:

A javallott prevenció:

- Olyan egyénekre irányul, akik a szerhasználat, vagy ehhez kapcsolódó viselkedések minimális, de kimutatható jeleit, vagy tüneteit mutatják
- Magas kockázatú egyénekre irányul, akik a droghasználat első indikátorait mutatják (alkohol-fogyasztás, iskolai kudarcok, kannabisz fogyasztás), de nem felelnek meg a DSM-IV dependencia diagnózisának
- A prevenciós beavatkozás előtt azonosítani kell az egyéneket
- A beavatkozás célja nem az elkezdés, vagy használat megállítása, hanem hogy ne fejlődjen ki dependencia és az ehhez kapcsolódó zavarok, illetve a veszélyes szerhasználat hosszának és gyakoriságának csökkentése
- A meghatározott indikátoroknak szorosabban kell kapcsolódniuk a szerhasználathoz, mint a célzott prevenció esetében
- Egy specifikus beavatkozás meghatározásához szükséges a kockázati és protektív tényezők ismerete

A US Behavioral health services osztálya (Egészségpolitikai bizottság) a következőképpen definiálta az általános/célzott/javallott prevenciók megközelítés célcsoportjait:

4. táblázat. *US Behavioral health services osztályozása*

Általános programok	Az általános népességre irányulnak
Célzott programok	A szerhasználat szempontjából az átlagosnál magasabb rizikójúakra irányulnak
Javallott prevenció	Már szerhasználó, vagy egyéb magas kockázatú magatartást tanúsító egyénekre irányul, célja a krónikus használat megelőzése

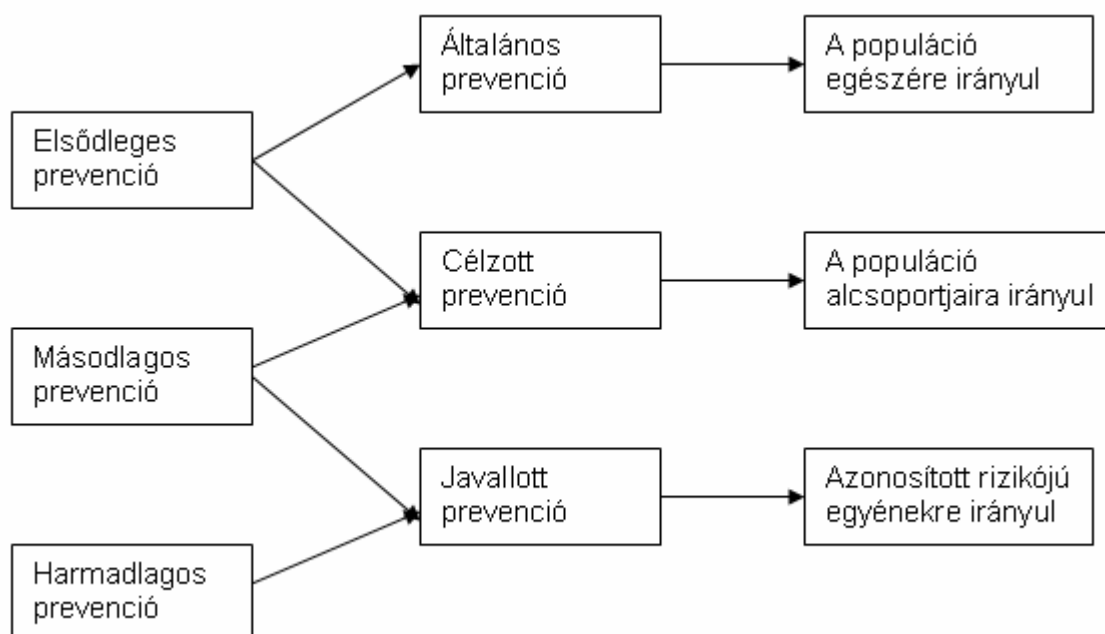
Az IOM osztályozással összhangban az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service - NHS) a következő definíciókat határozta meg (McGrath et al. 2006):

5. táblázat. *Az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat osztályozása*

Prevenációs stratégia	Célpopuláció	Példák	Kockázat/negatív hatások	Cél
Általános	A teljes populáció csoportja	Iskolai drogprevenciók tanterv	A csoport minden tagjának hasznát várnak	Megelőzni, hogy a fiatalok illegális szereket kezdjenek használni
Célzott	A populáció olyan alcsoportja, akik körében a droghasználat kialakulásának veszélye átlagon felüli: biológiai, pszichológiai, vagy környezeti kockázati tényezők	Iskola utáni program magatartás problémával küzdő fiatalok számára	Stigmatizáció veszélye	
Javallott	A droghasználat kialakulását tekintve veszélyeztetett egyének, de a DSM-IV kritériumok szerint nem minősülnek függőnek	A THC fogyasztás csökkentése a nem problémás használók körében	Szűrés a veszélyeztetettség mértékének megítéléséhez, Stigmatizáció veszélye, A kockázati tényezők megléte nem feltétlenül eredményezi a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok kialakulását	

Meili (2004) a svájci egészségügyi hatóságtól (Bundesamt für Gesundheit, BAG) egy másik megközelítést alkalmazott az általános/célzott/javallott prevenciók kontinuum definiálásához. Megpróbálta bemutatni az átfedést az elsődleges, másodlagos és harmadlagos prevenció fogalmával:

2. ábra. Átfedés a prevenció típusai között (Meili, 2004)



Ebben az értelemben a „korai beavatkozás” talán „javallott másodlagos prevenció”-nak tekinthető.

Toumbourou és munkatársai (2007) által a közelmúltban készített irodalmi áttekintés a rendelkezésre álló bizonyítékok (evidence) szintje alapján tárgyalta a fiatalok szerabúzus és dependencia megelőzésének különböző megközelítéseit, és a következő táblázatban bemutatott négy beavatkozási megközelítést különítették el:

6. táblázat. Fő beavatkozás típusok és a rendelkezésre álló bizonyíték szintje (Toumbourou et al. 2007)

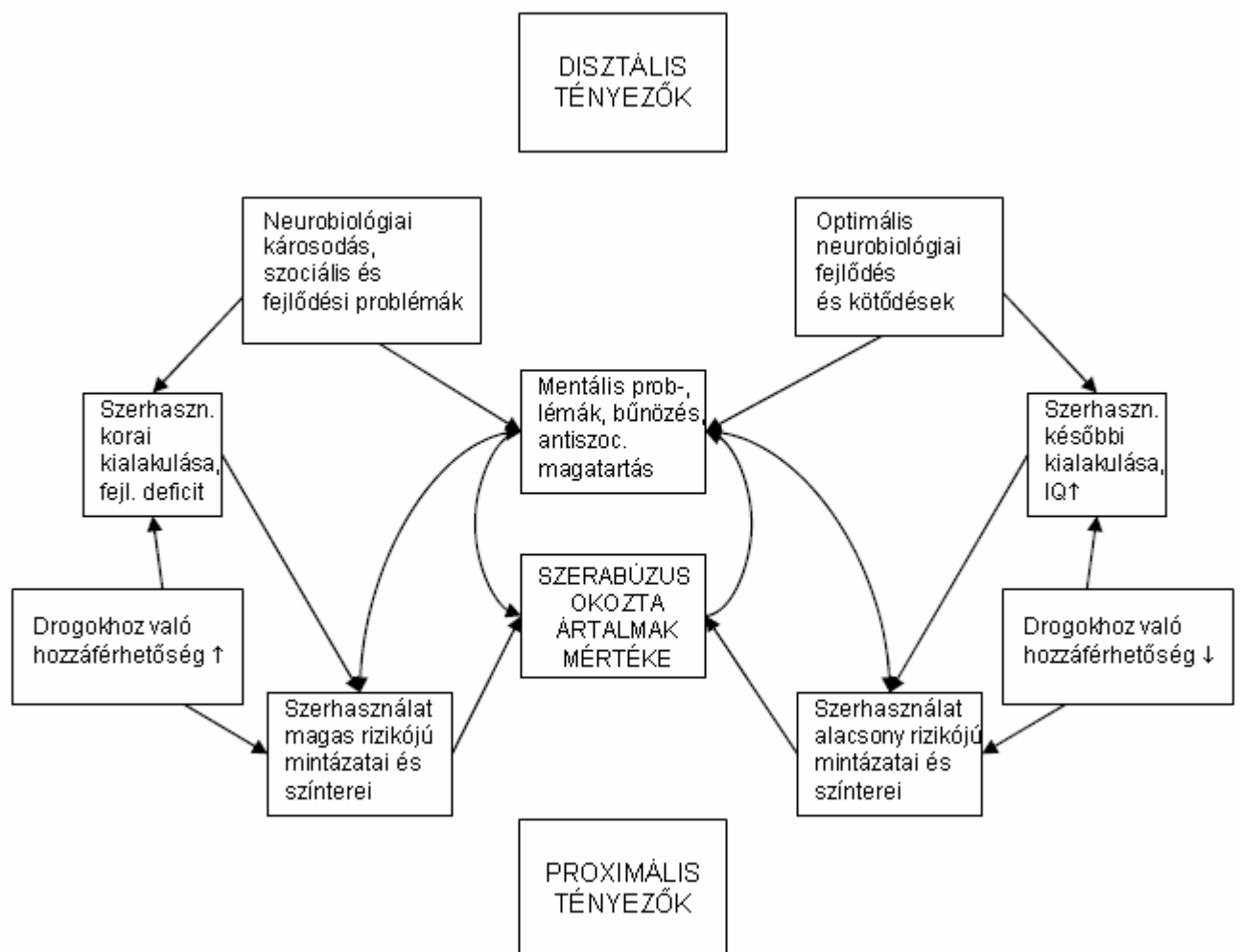
	Folyamatok (populáció)	Bizonyíték szintje
Szabályozási	Szabályozás, jog és végrehajtás alkalmazása a kínálat és kereslet csökkentése érdekében (általános)	Eredményesség (effectiveness)
Fejlesztési prevenció	Az egészséges gyermek- és fiatalkori fejlődés feltételeinek javítása	Hatásosság (efficacy)
Korai szűrés és rövid beavatkozás	Rövid motivációs beavatkozások a magas kockázatú használat csökkentése érdekében (célzott)	Hatásosság (efficacy)
Kezelés	A szerfüggőség harmadlagos prevenciója (célzott)	A hatásosság megállapítása érdekében további vizsgálatok szükségesek
Ártalomcsökkentés	Az ártalmak, de nem feltétlenül a fogyasztás szintjének csökkentése (célzott és általános)	Eredményesség (effectiveness)

Az általános, célzott és javallott prevenciót kizárólag a „különböző célcsoportokban valamely zavar kialakulásának kockázati szintje alapján” határozzák meg.

Míg az általános prevenció átlagos veszélyeztetettségű populációkra irányul, a célzott prevenció magasabb rizikójú csoportokra irányul, a javallott prevenció pedig „korai kialakuló problémákkal” rendelkező egyéneknél szándékozik beavatkozni.

Loxley és munkatársai (2005) munkáját véve alapul, a csoport bemutatja a szerhasználat és a hozzá kapcsolódó ártalmak egy kockázati-protektív tényezős modelljét. A modell a disztális (pl. korai fejlődési kockázatok, szociális és magatartásbeli kockázatok) proximális (pl. droghasználat mintázata és szinterei) tényezők fogalmán alapul (Tooumbourou et al. 2007). Ebben a modellben mind a disztális oldal egyéni tényezői, mind a proximális oldal környezeti tényezői befolyással vannak a szerabúzus okozta ártalmak lehetséges mértékére. Míg a disztális tényezőket fejlesztési, kezelési és ártalomcsökkentő beavatkozásokkal lehet befolyásolni, addig meggyőződésük szerint a proximális tényezőket szabályozási, rövid, kezelési és ártalomcsökkentő beavatkozásokkal lehet.

3. ábra. A szerfogyasztás protektív és kockázati tényezői (Tooumbourou et al. 2007 alapján)



A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelő Központja (EMCDDA) más definíciót fogalmazott meg:

Szerintük „a javallott prevenciók stratégiákat arra tervezték, hogy megelőzzék a szerhasználat kialakulását a veszélyeztetettség korai jeleit mutató egyének körében. Ilyen jelek például a romló iskolai osztályzatok, alkohol és más „gateway drogok” fogyasztása.”

A beavatkozás az egyénekre irányul, akik „szubklinikai szinten szerabúzus-szerű magatartást tanúsítanak”, azzal a céllal, hogy azonosítsa ezen egyéneket és speciális programokkal elérje őket. Nagy hangsúly van a fejlődési pszichopatológiai és gyermek pszichiátriai kutatásokon, mivel a fejlődési feladatok sikeres teljesítése szempontjából magas kockázatú egyének a szerabúzus kialakulását tekintve gyakran eleve magasabb kockázatnak kitettek és sok gyermekkori pszichiátriai zavar mutat szoros összefüggést a függőség kialakulásával.

A javallott prevenció egy olyan egyénre szabott megelőzési megközelítést ír le, mely az életük során későbbi szerabúzus vagy dependencia kialakulása szempontjából magas kockázatú egyénekre irányul. A javallott prevenció szükségességét a későbbi függőség kialakulását előre jelző megbízható/erős indikátorok létezése határozza meg.

Mivel a javallott prevenció a kezelés (amire akkor van szükség, mikor a szerabúzus, vagy dependencia diagnózisa érvényes) és a célzott prevenció (mely egy adott populáció alcsoportjaira koncentrál, de ezen csoportok azonosításához olyan indikátorokat használ, melyek nem állnak olyan szoros összefüggésben a szerfüggőség kialakulásával, mint a javallott prevenció esetében) közötti kontinuumban található szükség van ezen definíciók átfedési területeinek tisztázása, valamint arra, hogy betekintést nyerjünk a csoportok – magasabb rizikóján alapuló – egyértelmű definiálásának fontosságába.

Ahogy a következő ábra is mutatja, a stratégiáknak és beavatkozásoknak nincsenek egyértelműen elválasztható határai. A javallott prevenció definiálása során a kezelés és a javallott prevenció beavatkozásainak átfedése bír különleges jelentőséggel, mivel itt ütközik a prevenció és a kezelés „világa”. Ez különösen a pénzügyi erőforrások szűkössége idején jelenthet problémát, miután mindkét oldal érvelhet azzal, hogy a másik oldalnak kellene ellátnia ezt a populációt. Ezen felül a kezelés és a javallott prevenció közötti különbségtételt az is nehezíti, hogy magát a kezelést is ritkán definiálják egyértelműen. Az ENSZ és az EMCDDA (2007) által kiadott „Útmutató a kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelési igény méréséhez” című dokumentum³ szerint „Kábítószer-fogyasztással összefüggő kezelésnek tekinthető bármely strukturált beavatkozás, mely kimondottan az egyének droghasználatára irányul”. Ez a definíció azonban a gyakorlati alkalmazhatóságát tekintve homályos marad. A területen az tapasztalható, hogy a biztosítók a BNO-10, vagy DSM-IV által osztályozott és meghatározott betegségek alapján fizetik a kezelést, nem pedig az állapotok alapján. Ezért szeretnénk kihangsúlyozni, hogy „kezelésre” van szükség, ha valamilyen meghatározott betegség áll fenn (ebben az esetben: szerfüggőség).

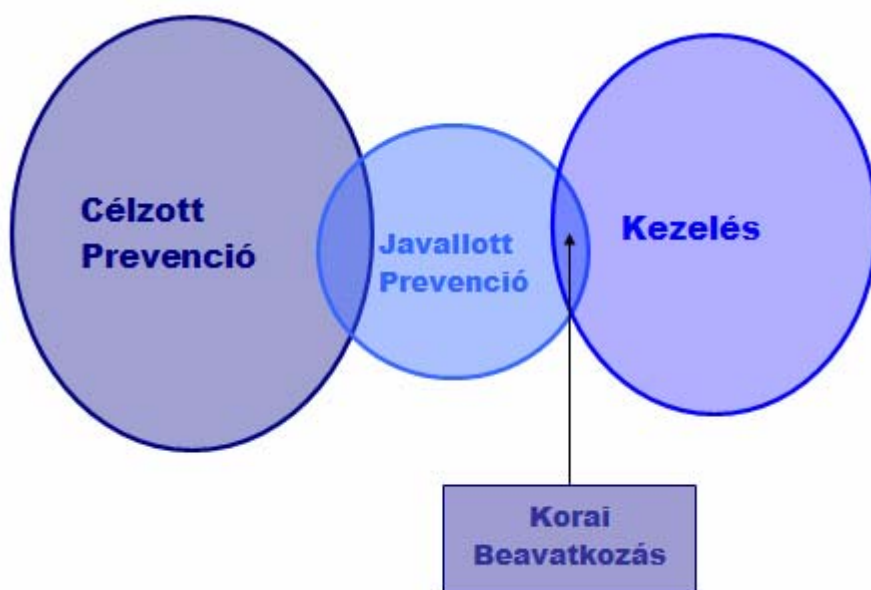
Ebben az átfedési zónában van szükség a „korai beavatkozásra”, mivel ebben a szakaszban olyan személyek találhatók, akik intenzív jeleit mutatják annak, hogy későbbi életük során szerabúzus/dependencia alakuljon ki náluk ÉS fogyasztanak drogokat, de nem olyan mértékben, hogy a BNO-10, vagy DSM-IV kategóriái alapján a szerabúzus/dependencia diagnózisa fennálljon. Tisztázottnak tűnik, hogy a korai beavatkozás megközelítés közelebb áll a kezeléshez, ezért gyakran az egészségügyi rendszer szolgáltatásait igényli.

³ Az útmutató angol nyelven letölthető innen:

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34283EN.html>, vagy innen:
http://www.unodc.org/pdf/gap_toolkit_module8.pdf

A korai beavatkozás olyan megközelítést ír le, mely a javallott prevenció és a kezelés egymást átfedő területén valósul meg. Azon egyénre irányul, aki már használ drogokat, de nem teljesíti a BNO-10, vagy a DSM-IV szerabúzus, vagy dependencia kritériumait. Ezen okból kifolyólag a korai beavatkozás úgy jelenik meg egyrészt a prevenció területén, mint magas rizikójú magatartás, ahol az adott időben megjelennek a szerfüggőség korai jelei, de a függőség még nem nyilvánvaló. Másrészt a szerhasználatnak ebben a fázisában gyakran van szükség kezelésre.

4. ábra. A prevenciós kontinuum



Miután a célzott és javallott prevenció halmazai az indikátorok prediktív ereje (az egyén későbbi élete során a szerfüggőség kialakulásának valószínűségét határozza meg) alapján vannak szétválasztva, meg kell értenünk a kockázati tényezők jelentőségét az egyének azonosítása során.

Itt elő kell vennünk a feltételes valószínűségek elméletét, melyet a Bayes-tétel⁴ alkalmazásával lehet kiszámolni:

A bayesi megközelítés központi eleme „a hipotézist bármely olyan adat megerősíti, melyet a valódisága valószínűvé tesz” (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2003).

A bayesi megközelítés ezen eleme különösen értékes, ha bizonyos indikátorok mentén történő szűrésről van szó. Bizonyos kockázati tényezők prevalenciájának vizsgálata során a specificitás és szenzitivitás fogalmakat használják. A szenzitivitás a „valódi pozitívak” arányát írja le, vagyis, hogy egy bizonyos indikátorral rendelkező egyének mekkora arányát azonosítja valamely teszt, míg a specificitás a „valódi negatívak” aránya azt mutatja meg, hogy az indikátorokkal nem rendelkező egyének hány százalékánál negatív a teszt eredménye. Egy teszt specificitásáról és szenzitivitásáról rendelkezésre álló adatok, valamint az adott indikátornak a populációban mért előfordulásának ismerete lehetővé teszik egy teszteredmény valószínűségének (vagyis annak, hogy egy bizonyos indikátor valójában pozitív, vagy sem) az előrejelzését.

⁴ A Bayes-tételt Thomas Bayes bizonyította be 1764-ben az "An essay towards solving a problem in the doctrine of changes" című műben.

Ezen megközelítés alapján „esélyeket” lehet meghatározni, úgy, hogy az adott esemény bekövetkezésének valószínűsége eloszlik az adott esemény be nem következéseének valószínűségével (ha egy versenylónak 7:5 az esélye, akkor ez azt jelenti, hogy 12-ből 7-szer van esélye megnyerni a versenyt).

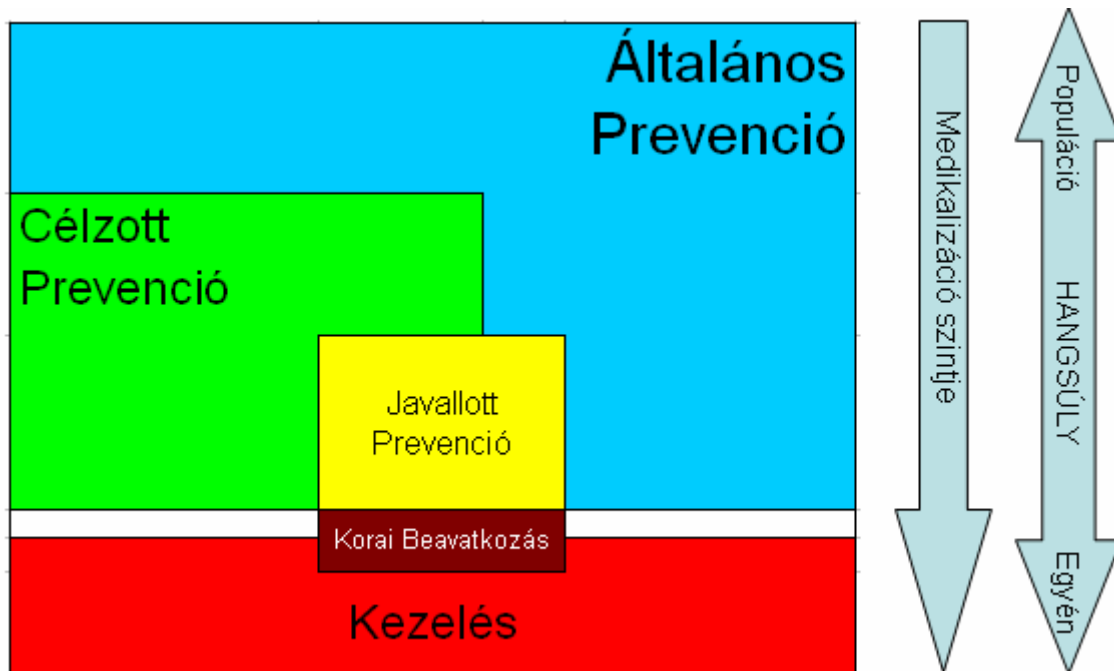
A későbbi szerabázus indikátorainak meghatározása során a feltételes valószínűsége van szükségünk, melyet a következőképpen határozhatunk meg:

$$\text{Feltételes valószínűség} = \text{Feltétel nélküli valószínűség} \times \text{prediktív erő}$$

Ez felhívja a figyelmet arra, hogy a prevenciós megközelítésen belül is milyen fontos bizonyos indikátorok prediktív (előrejelzési) erejének ismerete.

A következő ábra az általános/célzott/javallott prevenciós megközelítés definiálásának egy további lehetőségét mutatja. Valamely csoportba tartozást (célzott és javallott prevenció és kezelés) a szerhasználat, vagy a szerfüggőség kockázatának előfordulása (az ábrán a piros vonal mutatja) határozza meg. Miután a javallott prevenciós csoportba való tartozáshoz erősebb indikátorokra van szükség, az indikátoroknak egyre individualizáltabbá kell válniuk, mivel a javallott prevenciós megközelítés maga is az egyéni megközelítés elvén alapul.

5. ábra. Az általános/célzott/javallott prevenciós megközelítés – kezelés kontinuum



Következtetések

Miután a korábban tárgyalt meghatározások mind nagyon hasonlóan hangzanak, de részleteikben különböznek, a javallott prevenció területének alaposabb megismerése érdekében fontosnak tartjuk ezek összegzését. Azt javasoljuk tehát, hogy a javallott prevenciót úgy kellene tekinteni, mint:

A javallott prevenció definíciója	• Prevenciós beavatkozás, mely az egyénre irányul • Az egyén önként jelentkezik, vagy szülő, tanár, szociális munkás, gyermekorvos, stb. irányítja szakemberhez • Az egyént szakmai tapasztalatokra alapozva egyénileg azonosítják • Az egyénnél előfordulhat a szerhasználat, de a diagnosztikus kategóriák alapján (DSM-IV, vagy BNO-10) nem minősül függőnek és/vagy a szerfüggőség későbbi kialakulásának egyéni kockázataival szorosan összefüggő jeleit mutatja (például: pszichiátriai zavar, iskolai kudarc, antiszociális magatartás, stb.). A prevenciós beavatkozások szempontjából a szerhasználat nem kötelező előfeltétel. A „Korai beavatkozás” kifejezés az azonosított erős indikátorokkal rendelkező és szerhasználó (de a DSM-IV, vagy BNO-10 kategóriák alapján még nem diagnosztizálható) egyénekre irányuló beavatkozásokat jelöli. • A célzott prevenció területétől való megkülönböztetés a szerabúzus, vagy dependencia kialakulása szempontjából azonosított indikátorok individualizáltabb természete és a szorosabb összefüggés miatt lehetséges • A kezelés területétől való megkülönböztetést az a tény segíti, miszerint kezelést olyan egyéneknek nyújtanak, akik a DSM-IV, vagy BNO-10 kategóriák alapján teljesítik a szerabúzus kritériumait. A „korai beavatkozás” területe a javallott prevenció és a kezelés átfedésében található. A javallott prevenció célja nem feltétlenül a szerhasználat elkezdésének, vagy magának a szerhasználatnak a megelőzése, hanem a függőség kialakulásának megelőzése, a fogyasztás gyakoriságának csökkentése, illetve a „veszélyes” szerhasználat megelőzése (pl. nagyívás helyett mérsékelt fogyasztás).
--	---

Forrás: EMCDDA (2008), Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

Mi működik a célzott prevencióban?

A következő összefoglaló 4, 2000-ben, vagy azután megjelent irodalmi áttekintés áttekintésén (szemlék szemléjén) alapul: Buehler and Kroeger (2006), McGrath et al. (2006), Canning et al. (2004) és NICE (2007). A célzott prevenció hatékonyságáról rendelkezésre álló információk korlátozottsága miatt másodszintű és néhány első szintű, 2003 óta megjelent kutatást is figyelembe vettek, melyeket a fenti kutatások nem tartalmaznak.

Melyek a hatékony programok, programelemek?

- Néhány bizonyíték azt mutatja, hogy a veszélyeztetett diákokra irányuló **iskolai prevenciós programok** hatékonyabbak, mint az iskolai populációt általánosan megcélzó programok.
Gottfredson and Wilson (2003) in: [McGrath et al. \(2006\)](#)
- A célzott függőség megelőzési intézkedéseknek akkor van hatásuk a fogyasztási magatartásra, ha azokat az iskolában **szociális készségeket fejlesztő**, mentori, vagy **életvezetési programok** keretében hajtják végre.
Gottfredson and Wilson (2003), Wicki. and Stübi. (2001), Catalano et al. (1998), Mowbray and Oyserman. (2003) in: [Buehler and Kroeger \(2006\)](#); [Roe and Becker \(2005\)](#)
- Úgy tűnik, hogy a **kognitív magatartás** befolyásolására irányuló programok nagyobb valószínűséggel sikeresek.
Gottfredson and Wilson (2003) in: [McGrath et al. \(2006\)](#)
- Azok a programok, melyek a **csapatépítést**, az **interperszonális kommunikációt**, és az önreflektációra koncentráló introspektív tanulási megközelítést hangsúlyozzák.
[Springer and Sale \(2004\)](#)
- Azok a programok, melyek figyelembe veszik az **egyéni szükségleteket**.
Windle and Windle (1999) in: [Canning et al. \(2004\)](#)
- A fiatalok azonosítása és bevonása olyan érzékeny módon történik, mely **kerüli a „címkézést”**, ami stigmatizációhoz vezethet.
[Sussman et al. \(2004\)](#)
- Azok a beavatkozások a hatékonyak, melyek a **motivációra, készségek fejlesztésére, döntéshozatalra** és a **téves normatív hiedelmekre** irányulnak.
[Sussman et al. \(2004\)](#)
- Kisebb, jól kontrollált vizsgálatokból van arra bizonyíték, hogy a **családlátogatás** egy megvalósítható stratégia a hátrányos helyzetű családokkal végzett munka során; csökkentheti a korai fejlődési zavarok rizikó faktorait, ezáltal javítva a gyermekkori fejlődés eredményeit.
[Toumbourou et al. \(2007\)](#)
- A legerősebb bizonyítékok a kábítószer-fogyasztással összefüggő ártalmakhoz vezető fejlődési utak redukálásának hatékonyságáról olyan beavatkozásokból származnak, melyeket a **korai iskolás évek alatt** az oktatási környezet fejlesztése és a szociális kirekesztettség csökkentése érdekében hajtottak végre.
[Toumbourou et al. \(2007\)](#)

- A szerfogyasztás szempontjából magas kockázatúnak értékelt veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekeknek, és 11-16 éves fiataloknak a következő program ajánlott: **családra irányuló két, vagy több éven át** strukturált támogatást nyújtó program, melyet a gyermek/fiatal szüleivel, vagy gondozóival közösen dolgoznak ki, és a területen kompetens szakember vezeti. A programnak:
 - tartalmaznia kell legalább három rövid motivációs beszélgetést a szülőkkel/gondozókkal
 - értékelnie kell a család interakciókat
 - ajánlania kell szülői készségeket erősítő tréninget
 - ösztönöznie kell a szülőket, hogy figyeljék gyermekeik magatartását és iskolai teljesítményét
 - tartalmaznia kell visszajelzést
 - akkor is folytatódnia kell, ha a gyermek/fiatal iskolát vált.
 Intenzívebb támogatást (pl. családterápiát) kínálnak családoknak, akiknek erre szükségük van.
[NICE \(2007\)](#)
- Azok voltak a leghatékonyabb programok a veszélyeztetett fiatalok szerfogyasztásának csökkentésére – az Egyesült Államokban több helyszínen készített értékelések szerint – melyek ajánlottak az **életvezetési készségek** fejlesztésére irányuló programelemeket, és a **csapatépítést**, az **interperszonális kommunikációt**, és az önreflektációra koncentráló introspektív tanulási megközelítést hangsúlyozták.
[Springer and Sale \(2004\)](#)

Veszélyek

- Az **információ átadás** önmagában nem hatékony a veszélyeztetett fiatalok kábítószer-fogyasztással kapcsolatos magatartásának és attitűdjének megváltoztatásában.
[Roe and Becker \(2005\)](#)
- Magas kockázatú egyének **csoportba szervezése** a droghasználat növekedéséhez vezethet. Ez akkor következik be, mikor a fiatalok eltanulják egymástól a deviáns viselkedést. Ha nem strukturáltan, vagy felügyelet nélkül töltenek együtt időt, eltanulhatják egymástól a deviáns viselkedést.
[Sussman et al. \(2004\)](#)
- Célzott prevenció esetében fennáll annak a veszélye, hogy a fogyasztási magatartást **nem prevenciós módon** befolyásolják.
 Wicki. and Stübi (2001) in: [Buehler and Kroeger \(2006\)](#)
- A magas rizikójú fiatalok **kortárs programokban** való részvétele során a veszélyeztetett csoportok közötti lehetséges negatív „fertőző hatások” miatt nagy körültekintésre van szükség.
[Cho et al. \(2005\)](#)

Korlátok

- Hiányoznak a célzott prevenció eredményességéről és hatásosságáról rendelkezésre álló bizonyítékok
[*Canning et al. \(2004\)*](#); [*Roe and Becker \(2005\)*](#)
- Több és jobb minőségű kutatásra van szükség annak megállapításához, hogy mely beavatkozások működnek a különböző célcsoportok körében, vagyis, hogy például mi működik a magas rizikójú csoportok, vagy a szerhasználók körében. A nem iskolai szinten működő célzott beavatkozások gyakran rövidebbek voltak és gyengébb módszertannal dolgoztak, mint az iskolai programok.
[*Canning et al. \(2004\)*](#); *White and Pitts (1998)* in: [*Mc Grath et al. \(2006\)*](#)

Forrás: EMCDDA Best Practice Portal → Evidence of Efficacy → Selective prevention
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

NICE Guidelines

A szerhasználat csökkentését célzó közösségi alapú beavatkozások a veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok körében

Az angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service - NHS) megbízásából népegészségügyi útmutató⁵ készült a veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok szerhasználatának csökkentését célzó közösségi-alapú beavatkozásokhoz. Az útmutatót az egészségfejlesztés, prevenció és kezelés területén alkalmazott nemzeti ajánlások és útmutatók kidolgozásáért felelős National Institute for Health and Clinical Excellence (Nemzeti Intézet az Egészségért és a Klinikum Kiválóságáért, NICE) nevű független intézet készítette.

Az útmutató mindazon gyakorlati szakemberek számára készült, akiknek közvetlen, vagy közvetett szerepük – és felelősségük – van a szerhasználat csökkentésében. Ebbe a körbe beletartoznak a helyi önkormányzatok, valamint az oktatási, az önkéntes, a közösségi, a szociális ellátás, az ifjúsági és a büntető igazságszolgáltatás ágazatainak dolgozói.

Az ajánlások elkészítése során a Public Health Interventions Advisory Committee (Népegészségügyi Beavatkozások Tanácsadó Bizottsága, PHIAC) figyelembe vette a rendelkezésre álló bizonyítékokat, egy gazdasági értékelést, az érdekelt felek (stakeholders) megjegyzéseit, valamint a terepmunka eredményeit.

Az ajánlásokat tartalmazó dokumentum az Intézet hivatalos útmutatása a veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok szerhasználatának csökkentését célzó közösségi-alapú beavatkozásokhoz.

Meghatározásuk szerint a közösségi-alapú beavatkozások a közösségi szinten – mint például az iskola, és az ifjúsági szolgálatok – végrehajtott kisebb volumenű programok. Céljuk a rizikó tényezők megváltoztatása a célcsoportban.

Az útmutató céljaihoz illeszkedve a szerhasználatot (substance abuse) a következőképpen definiálták: pszichoaktív szer okozta intoxikáció – vagy pszichoaktív szer rendszeres, nagy mennyiségű fogyasztása és/vagy függőség – mely szociális, pszichológiai, fizikai, vagy jogi problémákhoz vezet. Magába foglalja mind a legális, mind az illegális problémás szerhasználatot (beleértve az alkohol más szerekkel történő együttes használatát is).

A 25 év alatti veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok, akiknél fennáll a szerekkel való visszaélés kockázata:

- akik családtagjai szerhasználók
- akik magatartásbeli, mentális, vagy szociális problémáikkal küzdenek
- akiket kizártak az iskolából, iskolakerülők
- fiatal bűnelkövetők
- állami gondozásban élők
- hajléktalanok
- szexmunkások
- kisebbségi etnikai csoportok tagjai

⁵ Az itt szereplő ajánlásokon kívül az útmutató tartalmaz még a megvalósítással kapcsolatos ajánlásokat mind a politika, mind a szakemberek számára, valamint részletesen bemutatja az egyes ajánlásokat megalapozó bizonyítékokat és értékeli azok bizonyító erejét.

1. Ajánlás

Ki a célcsoport?

Bármely 25 év alatti veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermek, vagy fiatal.

Kinek kellene intézkedéseket tennie?

A helyi stratégia partnereknek.

Milyen intézkedéseket kellene tenniük?

- Helyi megegyezés részeként dolgozzanak ki és hajtsanak végre a 25 év alatti veszélyeztetett, vagy hátrányos helyzetű fiatalok szerhasználatának csökkentését célzó stratégiát. A stratégiát:
 - a célcsoport – helyi egészségobszervatóriummal közösen meghatározott – jellemzői alapján kell kidolgozni. A profilba bele tartozik az életkor, a veszélyeztető tényezők, valamint egyéb, helyileg meghatározott jellemzők
 - támogatnia kell egy helyi szolgáltatási modellnek, mely meghatározza a helyi szolgálatok és szakemberek szerepét, a beutalási feltételeket és a kliensutakat.

2. Ajánlás

Ki a célcsoport?

Bármely 25 év alatti veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermek, vagy fiatal

Kinek kellene intézkedéseket tennie?

A veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekekkel és fiatalokkal foglalkozó orvosoknak és más szakembereknek a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnál (NHS), a helyi önkormányzatoknál, az oktatásban, az önkéntes, a közösségi, a szociális ellátás, az ifjúsági és a büntető igazságszolgáltatás területén. Az iskolában a tanároknak, más munkatársaknak és az iskolai védőnőknek.

Milyen intézkedéseket kellene tenniük?

- Létező szűrési és értékelési eszközök segítségével azonosítsák a szerhasználó – vagy szerhasználat szempontjából veszélyeztetett – 25 év alatti veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekeket és fiatalokat. (Ilyen eszközök hozzáférhetőek például a Nemzeti Kezelési Ügynökségtől (National Treatment Agency, NTA, <http://www.nta.nhs.uk>)
- Működjenek együtt a szülőkkel, vagy gondozókkal, az oktatási és jóléti szolgálatokkal, a gyermekek és fiatalok mentálhigiénés szolgálataival, az iskolai drog tanácsadókkal és más szakemberekkel a következők érdekében:
 - támogatás nyújtása (az iskola közvetlen támogatást is nyújthat)
 - közösen kialakított terv alapján a gyermekek és fiatalok más szolgálatokhoz utalása (pl. szociális ellátás, lakhatást, vagy munkavállalást segítő szolgálatok), ha szükséges. A tervnek figyelembe kell vennie a gyermekek és fiatalok szükségleteit, és tartalmaznia kell a felülvizsgálattal kapcsolatos intézkedéseket.

3. Ajánlás

Ki a célcsoport?

- 11-16 éves veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok, akiket a szerhasználat szempontjából nagyon veszélyeztetettnek értékeltek
- Ezen fiatalok szülei/gondviselői

Kinek kellene intézkedéseket tennie?

A veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekekkel és fiatalokkal foglalkozó orvosoknak és más szakembereknek a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnál, a helyi önkormányzatoknál, az oktatásban, az önkéntes, a közösségi, a szociális ellátás, az ifjúsági és a büntető igazságszolgáltatás területén. Az iskolában a tanároknak, más munkatársaknak és az iskolai védőnőknek.

Milyen intézkedéseket kellene tenniük?

- Kínáljanak legalább 2 éven át tartó strukturált támogatást nyújtó családi programokat, melyeket a gyermekek és fiatalok szüleivel, vagy gondviselőivel közösen dolgoznak ki és megfelelő képzettségű személyek hajtják végre. A programnak:
 - tartalmaznia kell legalább három rövid motivációs beszélgetést a szülőkkel/gondozókkal
 - értékelnie kell a család interakciókat
 - ajánlania kell szülői készségeket erősítő tréninget
 - ösztönöznie kell a szülőket, hogy figyeljék gyermekeik magatartását és iskolai teljesítményét
 - tartalmaznia kell visszajelzést
 - akkor is folytatódnia kell, ha a gyermek/fiatal iskolát vált.
- Kínáljanak intenzívebb támogatást (például családterápiát) a rászoruló családoknak.

4. Ajánlás

Ki a célcsoport?

- 10-12 éves gyerekek, akik folyamatosan agresszív és bomlasztó magatartást tanúsítanak és a szerhasználat szempontjából nagyon veszélyeztetettnek értékelték őket
- Ezen fiatalok szülei/gondviselői

Kinek kellene intézkedéseket tennie?

Csoportos viselkedés terápiában képzett szakemberek.

Milyen intézkedéseket kellene tenniük?

- Ajánljanak 1-2 éven át tartó csoportos viselkedés terápiát a gyermekeknek, a középiskola megkezdése előtt és közben. Havonta egyszer, vagy kétszer legyenek körülbelül egy órás foglalkozások. A foglalkozások:
 - koncentráljanak a megküzdési mechanizmusokra, mint például a figyelemelterelés és relaxációs technikák
 - nyújtsanak segítséget a gyermekek szervezési, tanulási és problémamegoldó készségeinek fejlesztéséhez
 - tartalmazzák a célok meghatározásának elsajátítását.
 - Ajánljanak a szülői készségeket erősítő csoportos tréninget a szülőknek.
- Szülői készségeket erősítő csoportos tréning szülőknek, havi rendszerességgel
 - hangsúly a stresszkezelésen, kommunikációs készségek fejlesztésén, támogatás a gyermekek szociális-kognitív és problémamegoldó készségeinek fejlesztéséhez
 - tanácsadás a viselkedési célok meghatározásához és a gyerek korához illeszkedő követelmények kialakításához

5. Ajánlás

Ki a célcsoport?

25 év alatti, problémás szerhasználó veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok (beleértve a középiskolásokat és felsőoktatásban tanulókat).

Kinek kellene intézkedéseket tennie?

Motivációs interjú módszerében képzett szakembereknek.

Milyen intézkedéseket kellene tenniük?

- A fiatalok igényeihez igazodva kínáljanak egy vagy több motivációs interjút. A foglalkozások legalább egy óra hosszúságúak legyenek és a kérdezőnek bátorítani kell a fiatalokat:
 - hogy beszéljenek legális és illegális szerhasználatukról,
 - hogy gondolkozzanak el a szerhasználatukhoz kapcsolódó fizikai, pszichológiai, szociális, tanulási és jogi kérdésekről,
 - hogy tűzzenek ki célokat szerfogyasztásuk csökkentése és abbahagyása érdekében.

Szerhasználó veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok

Tényezők, melyek befolyásolják a gyermekek és fiatalok szerhasználatát:

- környezet (pl. drogokhoz való hozzáférhetőség)
- család (pl. testvér és/vagy szülő szerfogyasztása, fegyelem hiánya)
- egyéni tapasztalatok (pl. korai szexuális élmények, a kortárscsoport szerhasználatot támogató nyomása)
- mentális egészség (pl. alacsony önbecsülés, depresszió)
- tanulás (pl. szülői elvárások)

(átvéve: Canning et al. 2004)

Az útmutató célja a szerhasználat csökkentése a veszélyeztetett és hátrányos helyzetű gyermekek és fiatalok körében. A különösen veszélyeztetett fiatalok:

- akik állami gondoskodásban, vagy nevelőszülőknél élnek/éltek, hajléktalanok, vagy gyakran költöznek
- akik szülei, vagy más rokonai szerhasználók
- akik marginalizálódott és hátrányos helyzetű közösségekben élnek, beleértve néhány etnikai kisebbséget
- magatartás zavarral és/vagy mentális problémákkal küzdők
- az iskolakerülők és iskolából kizárt fiatalok
- fiatal bűnelkövetők (beleértve a bebörtönzötteket is)
- az otthon, iskolában, vagy máshol egyéb mentális, tanulási, vagy szociális problémákkal küzdők
- akik már visszaélésszerűen használnak szereket.

Forrás: NICE (2007), 'Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people. Public Health Intervention Guidance no.4', Technical report, National Institute for Health and Clinical Excellence.
<http://www.nice.org.uk/PHI004>
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PHI004guidance.pdf>

Útmutatók és standardok a fiatalok szerhasználat pszichiátriai kockázati állapotainak értékeléséhez és kezeléséhez

A szakirodalomból ismert, hogy különböző gyermekkori zavarok (depresszív / szorongásos / internalizáló zavarok, agresszív / viselkedési / figyelemhiányos / hiperaktivitás / externalizáló zavarok) kockázati állapotokat jelentenek a későbbi szerabúzus kialakulása szempontjából. Ismert adatbázisokban és az európai gyermekpszichiátriai társaságok honlapjain (melyek az Európai Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság honlapjáról elérhetőek, www.escap-net.org) kerestünk meglévő útmutatókat és standardokat, valamint az ESCAP elnökének is írtunk egy levelet (melyre azonban nem érkezett válasz). A NICE⁶-nál (Egyesült Királyság) és az AWMF⁷-nél (Németország) találtunk útmutatókat, melyek a korai beavatkozáshoz és kezeléshez nyújtanak példát. Tudunk még további meglévő útmutatókról (pl. Hollandiában), de mivel ezek nem jutottak el hozzánk időben, jelen áttekintésbe⁸ nem kerültek bele.

A dokumentumok abban különböznek egymástól, hogy a bizonyítékon alapuló, klinikai, és gazdasági megfontolások, valamint az érdekelt felek (mint a betegek képviselői) szempontjai figyelembevételével az angol Egészségügyi rendszer jóváhagyta a NICE útmutatót. A német AWMF útmutató a CAP⁹ szerint I-II-es szintű, a bizonyítékok szintjei adottak, de konszenzus eljárás még nem történt meg a különböző orvosi területek, az egészség-gazdaságtan képviselői, vagy az érdekelt felek között.

Egy, a European Neuropsychopharmacology folyóiratban megjelent cikk a figyelemhiányos / hiperaktivitás zavarral foglalkozó „konszenzus konferenciáról” tűnt az egyetlen európai szintű konszenzusnak, azonban ezt a publikációt nem hagyta még jóvá CAP szervezet. Más európai szintű útmutató hiányában ezt idézzük a következőkben, de az olvasók vegyék figyelembe, hogy a tanulmány néhány elismert szakember véleményét írja le, nem egy szabályos útmutató. Ezekben a forrásokon kívül az Egyesült Államokban az AACAP folyóiratban (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) jelennek meg standardok „gyakorlati paraméterek” formájában, melyeket CAP képviselők egy csoportja dolgoz ki.

Minden tanulmányt, amelyet találtunk kvalitatív szövegelemzésnek vetettünk alá és a következő állításokkal kapcsolatban értékeltük őket:

- a leírt állapot predisponálhatja a későbbi szerabúzus kialakulását, vagy sem
- különleges szűrési, vagy értékelési eszközök a valamely zavar kialakulása szempontjából veszélyeztetett, vagy már abban szenvedő egyének azonosítására
- standardok a korai szintű terápiás beavatkozáshoz.

Az eredményeket, az információk forrását és a hivatkozásokat a következő táblázatok tartalmazzák.

⁶ National Institute for Health and Clinical Excellence (Nemzeti Intézet az Egészségért és a Klinikum Kiválóságáért)

⁷ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Tudományos Orvosi Szaktársaságok Munkaszövetsége)

⁸ A fejezet az EMCDDA megbízásából készült beszámoló negyedik fejezetének fordítása: EMCDDA (2009), Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

⁹ CAP – Critically Appraised Papers

Szorongásos zavarok diagnosztikájának és kezelésének irányelvei

	Egyesült Királyság	EU	Németország AWMF	Egyesült Államok AACAP
Diagnosztikus kritériumok, értékelés	DSM-IV és BNO-10 – Standardok csak felnőtteknek		F41; F93.0 BNO-10 / DSM-IV	DSM IV - TR
Tünetek	Tünetek folyamatábrája (flowsheet)		Ellenőrzőlista A tüneteket a gyógyszerek, vagy drogabúzus okozza?	Klinikai megjelenés, különbségek
Diagnosztikai eljárás	A személyes történet, önmedikalizáció, kulturális és egyéni jellemzők feltárása önbevallásos eszközök segítségével. Komorbiditások – elsősorban a szerabúzus		Folyamatábra Felmérés (gyermek, szülő, ha lehetséges az iskola) Fizikális vizsgálat Tesztek Kinder-Angst Test II – KAT II (Gyermek - félelemteszt II) Angstfragebogen für Schüler – AFS (Szorongáskérdőív Iskolásoknak) Childhood Anxiety Sensitivity Index – CASI (Gyermekekori Szorongás Érzékenység Index) Selbstbeurteilungsbogen Angst – SBB-ANG (Önértékelési Kérdőív-Félelem)	1) Rutin szűrés ajánlott (szülői beszámoló 8 évnél fiatalabbaknál; 8 év felett a gyermekek maguk), pl.: Multidimensional Anxiety Scale for Children (Multidimenzionális Szorongás Skála Gyerekeknek); Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (Gyermekek Szorongással Kapcsolatos Emocionális Kórképeinek Szűrése) 2) Ha a szűrés során pozitívnak bizonyul – formális értékelés (ADIS – Anxiety disorders interview schedule) (Szorongásos zavar interjú jegyzék szakaszai) 3) Egyéb fizikai állapotok és pszichiátriai zavarok átgondolása, melyek utánzóhatják a szorongásos tüneteket. (orvosi rendelvényre szedett szerek, egyéb szerek)
Kezelés, terápiás eljárás	1) Beavatkozás az alapellátásban, pszichoterápiával (Kognitív viselkedés terápia, KVT) 2) Gyógyszeres terápia (SSRI, értékelés 12 hét elteltével, változtatás, ha szükséges) 3) Önsegítés (biblioterápia) Különbségtétel a pánik/szorongásos zavarok között		Multimodális kezelés – elkülönítik a pánikzavart és a szorongást 1) Pszichológiai terápia, viselkedés terápia/családterápia 2) Gyógyszeres terápia – első választás lehet súlyos pánikzavar/generalizált szorongásos zavar esetén SSRI az első választás, rövid ideig benzodiazepinek, β -receptor blokkolók	Multimodális kezelési megközelítés 1) Pszichoterápia a szülők bevonásával 1.1 Kitejttség alapú kognitív terápia (Exposure-based cognitive therapy) 1.2 Pszichodinamikus pszichoterápia 1.3 Gyermek-szülő/család beavatkozások 2) Gyógyszeres terápia 2.1 SSRI 2.2 egyéb (noradrenerg antidepresszánsok, Buspiron, benzodiazepinek, venlafaxine)
Beavatkozás	1) Beavatkozás az alapellátásban		Járóbeteg kezelésben értékelés 4	Prevenció (pl. közösségi szűrés)

	2) Szakemberhez irányítás 3) Ellátás specializált szolgáltatónál		hét után (legkésőbb) – szükség lehet fekvőbeteg ellátásra Fekvőbeteg ellátás Rehabilitáció a betegség súlyosságának és más kritériumoknak megfelelően	Járóbeteg ellátás Szülői készségeket fejlesztő program Fekvőbeteg ellátást nem igazán említik „A klinikusnak - minden rendelkezésre álló diagnosztikai és kezelési lehetőség áttekintése után – az adott páciens kezelése tekintetében kell meghoznia a végső döntést.””
Eredmény	Minden rövid önkitöltős kérdőív befejezése		---	--
Megjegyzés az abúzus kockázatáról	Komorbidityként kérdezik		Komorbidity különösen a fiataloknál	A szorongásos zavarban szenvedő fiatalok körében magasabb az alkohol abúzus / függőség kockázata fiatalokban. (Schuckit & Hesselbrock 1994)
Evaluáció	Minden kezelést értékelnek, a kezelés értékelése szükséges		A különböző kezelési módszerek/gyógyszerezések értékelése elvégezve	A különböző kezelési módszerek/gyógyszerezések értékelése kutatások keretében történik.
Kutatás	www.nice.org.uk		DGKJP (ed.), Deutscher Ärzte- Verlag, Köln 2007 http://www.uniduesseldorf.de/ awmf/II/II_028.htm	J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 46:2, Feb 2007, 284-299

A gyermek- és fiatalkori **depresszió** diagnosztikájának és kezelésének irányelvei

	Egyesült Királyság	EU	Németország AWMF	Egyesült Államok AACAP
Diagnosztikus kritériumok, értékelés	DSM-IV és BNO-10		F32, F33, F34 BNO-10, DSM-IV, MAS	diagnózis DSM-IV alapján
Tünetek	Folyamatábra		Tünetek folyamatábrája – kor specifikus. A tüneteket a gyógyszerek, vagy drogabúzus okozza?	tünetek a DSM-IV szerint
Diagnosztikai eljárás	Gyermekek és szülők felmérése, Kérdőívek: önkitöltős hangulat és érzések kérdőív – MFQ, HoNOSCA – Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (a nemzet egészsége kimeneti skálák gyermekeknek és fiataloknak), vagy SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Erősségek és gyengeségek kérdőív)		Adott a folyamatábra Felmérés (gyermek, szülő, ha lehetséges az iskola) Fizikális vizsgálat, komorbiditás Tesztek: IQ, teljesítmény károsodás, TGT, Schwarzfuss-Test („Feketeláb”-teszt), Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche – DIKJ (Depresszióinventárium gyermekeknek és kamaszoknak), Depressions- Test für Kinder – DTK (Depresszióteszt gyermekeknek), Attributionsstil-Fragebogen – ASF (Önértékelési kérdőív)	Felmérés (gyermek, szülő, ha lehetséges az iskola) Fizikális vizsgálat, komorbiditás Tesztek: IQ, teljesítmény károsodás, Többféle diagnosztikai osztályozási rendszerre van szükség – standardizált interjúk, hangulat diagram, tünetek ellenőrzőlistája, osztályozási skálák
Kezelés, terápiás eljárás	1) Pszichoterápia - a depresszió súlyosságától függően 2) Szülő támogatás 3) Gyógyszeres terápia csak súlyos depresszió esetében. Fluoxetin, mint első választás (Paroxetin, Venlafaxin, vagy bármilyen triciklikus antidepresszáns nem) 4) Elektrokonvulzív kezelés kizárólag életet veszélyeztető depresszió esetében, vagy más kezelésre nem reagáló kezelhetetlen és súlyos tünetek esetén, gyermekeknek nem		Adott a folyamatábra 1) Pszichoterápia (viselkedés terápia, egyéni terápia, családterápia) 2) Gyógyszeres terápia – triciklikus antidepresszánsok, SSRI, MAOH, SNRI, NaSSA, NDRI	Akut fázis: 1) Pszichoterápia (KVT, IPT, családterápia) 2) Gyógyszeres terápia (ez lehet az első választás pszichotikus depresszió, a hatékony pszichoterápiát akadályozó súlyos tünetek esetén) – SSRI az első választás 3) Pszichoedukáció – klienseknek, szülőknek és tanároknak Terápiás fázis folytatása (6-12 hónapon át) 1) pszichoterápia

	ajánlott (5-11 évesek)			2) gyógyszerek, ha szükséges Fenntartó terápiás fázis – ha szükséges
Beavatkozás	Elsődlegesen járóbeteg ellátás keretében 1. lépés: egészségügyi szakemberek az alapellátásban 2. lépés: gyermekeket és serdülőkorúakat érintő mentálhigiénés szolgáltatások (CAMHS) – adott beutalási feltételek Fekvőbeteg ellátás – csak abban az esetben, ha a kliensnél magas az önsértés kockázata, vagy olyan intenzív kezelésre, vagy felügyeletre van szüksége, amit máshol nem kaphat meg Rehabilitáció		Elsődlegesen járóbeteg ellátás keretében Nappali kezelés Fekvőbeteg ellátás (önsértés?!) Rehabilitáció	Legkevésbé korlátozó kezelés, ami még biztonságos és hatékony Elsődlegesen járóbeteg ellátás keretében Részleges/nappali, fekvőbeteg, vagy bentlakásos ellátás, mint alternatívák
Eredmény	Kérdőív szükséges		----	Komorbiditás: a depressziós gyermekek 90%-ának van más pszichiátriai zavara is, 20-30%-uknak szerfüggősége
Megjegyzés az abúzus kockázatáról	Értékelendő, „kockázati tényezők”		Megállapított komorbiditás, különösen a fiatalok körében	Tudott, hogy gyakran együtt jár szerabúzussal
Evaluáció	Osztályozási rendszer a terápiához, utánkövetés legalább 6 hónapig. Különböző kezelési módszerek/gyógyszeres kezelések értékelése		Különböző kezelési módszerek/gyógyszeres kezelések értékelése	Különböző kezelési módszerek/gyógyszeres kezelések értékelése Kezelés értékelése a gyógyszerelés alatt 6 hét után, pszichoterápia értékelése 6 hónap után
Kutatás	www.nice.org.uk		DGKJP (ed.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007 http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/III/II_028.htm	J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry 37:10, October 1998

A figyelemhiányos / hiperaktivitás zavar (ADHD) kezelésének irányelvei

	Egyesült Királyság	Európai szakértői vélemény	Németország AWMF	Egyesült Államok AACAP
Diagnosztikus kritériumok, értékelés	DSM-IV és BNO-10 Útmutató kidolgozás alatt	DSM-IV és BNO-10	F90 BNO-10/ DSM-IV	diagnózis DSM-IV alapján
Tünetek	Hiperaktivitás, impulzivitás és figyelmetlenség kombinációja Legalább 6 hónapon át		Ellenőrzőlista adott Figyelemhiány Hiperaktivitás és/vagy Impulzivitás 6 éves kor alatt kezdődik, több mint 6 hónapig fennáll	Figyelemhiány Hiperaktivitás és/vagy Impulzivitás Gyermekekben kezdődik DSM-IV szerinti 6/9 tünet Zavarok 2, vagy több területen Súlyos zavarok
Diagnosztikai eljárás		Gyermekepszichiátriai szakember végezze 1) Klinikai interjú Több terület (iskola, otthon és közösség) és több információforrás (szülők, tanárok, fiatalok) kell bevonni 2) Ki kell vizsgálni a receptív zavarokat (látás/hallás károsodás), fizikális betegségeket, fejlődési zavarokat és szerabúzust 3) Kulturálisan validált kategoriális és/vagy dimenzionális értékelési eszközöket kell használni (Interjúk: DISC, DICA, K-SADS, CAPA; dimenzionális skálák: CBCL, IOWA CTRS, SKAMP, Conners, N-CBRF)	Adott a folyamatára 1)Tünetek, előzmények, komorbiditás (DROGOK?), környezeti körülmények felmérése (gyermek, szülő, iskola) 2) Megfigyelés 3) Fizikális vizsgálat 4) Tesztek (IQ, teljesítmény károsodás, DiSYS)	1) Szülői interjú 2) Standardizált mérési skálák DSM-IV tünetek ellenőrzőlistája, mérési skálák (Academic performance RS, Brown ADD RS, Child-Behavior-Checklist, Conners Parents & Teacher Rating Scales, Comprehensive Teacher Rating Scale, Barkley Home/School Situation Questionnaire (HSQ-R, SSQ-R), IOWA, SNAP-IV, SKAMP (lásd www.ADHD.net); Vanderbilt skálák 3) Család történet/működés 4) Diagnosztikai interjú a gyermekkel 5) Orvosi állapotok keresése (Pl. magzati alkohol szindróma) 6) Tovább küldeni további neuropszichológiai / pszichológiai tesztekre ha javallott (páciens kórelőzménye, tünetei) 7) Komorbid zavarok vizsgálata - az idősebb fiatalokat szerfüggőségre szűrni

Kezelés, terápiás eljárás	A 3 éves és idősebb gyermekek részére még kidolgozás alatt van. Bele tartozik a gyermekek, fiatalok és felnőttek közös komorbiditásainak kezelése	A kezelés kezdetén nagyon fontos a megcélzott tünetek azonosítása ADHD CD nélkül 1) Pszichoszociális beavatkozás és a szülői tréning 2) Stimuláns gyógyszeres kezelés (Methylphenidate az első választás), 6 évesnél idősebb gyermekek esetében is lehet első választás, reagálás első értékelése 2-4 héttel később ADHD CD-vel: Pszichoszociális beavatkozás és stimuláns gyógyszeres kezelés (Methylphenidate az első választás) reagálás első értékelése 2-4 héttel később, Risperidon hozzáadásával az adagot maximálisra titrálni, kezelés értékelése 4-6 héttel később, adag titrálása, ha szükséges Adott a folyamatábra	Multimodális terápia a) szülő tréning, iskolai tréning, önszempítés b) Pszichoterápia, Viselkedés terápia/ családterápia c) Gyógyszeres kezelés: 1) Methylphenidate – ha nincs gyógyszer/drogabúzus a szociális környezetében 2) Atomoxetine – második választás, ha van ismert gyógyszer/drogabúzus	Minden korosztálynak különböző, átfogó kezelési terv 1) Szülő és gyermek pszichoedukáció 2) Gyógyszeres kezelés és/vagy viselkedés terápia Enyhe és közepes tünetek esetén viselkedés terápiával kezdeni. Gyógyszeres kezelés: Stimuláns az első választás (FDA engedélyezett), hosszú hatású készítmények is; második: Bupropion, TCA-k, Alfa-adrenerg agonisták. ATX-et is figyelembe lehet lenni, ha aktív szerabúzus áll fenn. 3) Kapcsolat a közösségi támogatással és további iskolai erőforrások 4) Rendszeres felülvizsgálat
Beavatkozás	Még kidolgozás alatt – lefedti az alapellátás, a közösségi és a szakellátás egészségügyi szakemberei által nyújtott kezeléseket	ADHD CD nélkül esetében 1) Alapellátás 2) Specialista ADHD CD-vel 1) Beutalás specialistához, ha van ilyen 2) 12 hét sikertelen kezelés után hospitalizáció, vagy bentlakásos kezelés	Járóbeteg ellátás Fekvőbeteg ellátás Gyermek gondozásba vétele/ gyermekotthonba helyezése/ speciális iskolai színtér	Járóbeteg ellátás – nincs speciális megjegyzés a fekvőbeteg ellátással kapcsolatban
Eredmény	Kidolgozás alatt	Eredmény mérésének javasolt eszközei: CTRS-R, CPRS-R, IOWA CTRS, CTRS, SKAMP, SNAP-IV, N-CBRF	-----	Ha legalább egy évig tünetmentes, a terápia befejezése. „Sok ADHD-s gyermeknek felnőtt korára is maradnak kezelést igénylő problémái”
Megjegyzés az abúzus kockázatáról	Szerhasználat, mint komorbiditás felnőtt korban	Az egyidejűleg ADHD-s és viselkedészavaros fiatalok a felnőttkori szerabúzus kialakulása	Megállapított komorbiditás, különösképpen a fiataloknál. Jegyezzük meg, hogy a fiataloknál	Az ADHD-s betegek 15-19%-a el fog kezdeni dohányozni, vagy más szerfüggőség fog kialakulni nála.

		szempontjából nagyon veszélyeztetettek	fenn áll a visszaélésszerű gyógyszerhasználat/ értékesítés	
Evaluáció	Kidolgozás alatt	Nemzetközi konszenzus találkozó a 2002-es útmutató kapcsán – hivatalos EU, vagy ESCAP találkozó nem volt	Szükséges a kezelés folyamatos értékelése (évente 1-2 teljes körű kísérlet a gyógyszeres kezelésről) Különböző kezelési módszerek/gyógyszeres kezelések értékelése	A kezelés folytatása tapasztalt klinikussal. Szükséges a pszichoszociális beavatkozás igényeinek, a gyógyszeres kezelés hatékonyságának és a mellékhatásoknak a monitorozása. Különböző kezelési módszerek/gyógyszeres kezelések értékelése
Kutatás	www.nice.org.uk	www.elsevier.com/locate/euroneuro European Neuropsychopharmacology 14 (2004) 11-28	DGKJP (ed.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007 http://www.uniduesseldorf.de/awmf	J.Am.Acad.ChildAdolesc. Psychiatry 2007, 46.:7, 894-921

A viselkedés zavar (CD)/ oppozíciós zavar kezelésének irányelvei

	Egyesült Királyság	EU	Németország AWMF	Egyesült Államok
Diagnosztikus kritériumok, értékelés	BNO-10 / DSM-IV és Nincsenek kezelési standardok – Irodalmi áttekintés: „Szülő tréning/edukációs programok a viselkedési zavarral küzdő gyermekek kezelésében” ¹⁰		F91/F92 BNO-10/ DSM-IV	DSM-IV-TR: oppozíciós zavar
Tünetek	Nagyon különbözőek jelennek meg		Tünetek ellenőrzőlistája – korspecifikus	Korspecifikus tünetek
Diagnosztikai eljárás	1) Értékelés a gyermekkel, szülőkkel és tanárokkal végzett interjúk és megfigyelések alapján 2) Többféle ellenőrzőlista (pl. CBCL) 3) Kockázati tényezők: környezeti, családi, vagy a gyermekek maguk (visszaélészerű szerhasználat)		Adott a folyamatára Tünetek felmérése (szülők, gyermek, iskola), előzmények, komorbiditás (DROGOK?), környezeti körülmények Fizikális vizsgálat Tesztek (IQ, teljesítmény károsodás)	A gyakorlati munka paramétereinek meghatározása: Tünetek felmérése (szülők, gyermek, iskola), előzmények, komorbiditás (DROGOK?), környezeti körülmények Fizikális vizsgálat Tesztek (IQ, teljesítmény károsodás) Diagnosztikai segítségként használt eszközök – speciális folyamatára
Kezelés, terápiás eljárás	1) Szülő tréning/edukációs programok (rövid távra koncentráljanak) 2) Gyermekekre irányuló terápia – beleértve a viselkedés terápiát, kognitív terápiát, szociális készségek fejlesztését, kognitív tréninget 3) Családterápia 4) Gyógyszeres kezelésre csak komorbiditás esetén van szükség		1) Szülő tréning, iskolai tréning, önségítés 2) Pszichoterápia 3) Gyógyszeres kezelés (Methylphenidate, Pipamperone, Risperidon, Valproát sav)	Kor-specifikus hosszú távú kezelés szükséges 1) Prevenció 2) Komorbid zavarok kezelése 3) Családi intervenciók: Szülő tréning, kezelés megszervezése (szerabúzus) 4) Egyéni/csoportterápia 5) Pszichoszociális készségek fejlesztése 6) Gyógyszeres kezelés – ne ez legyen az egyedüli beavatkozás (stimuláns, Atomoxetine)
Beavatkozás	Járóbeteg ellátás Fekvőbeteg ellátás		Elsődlegesen járóbeteg ellátás keretében Fekvőbeteg ellátás – más súlyos betegségek jelenléte esetén Rehabilitáció	A kezelést a legkevésbé korlátozó szinten kell végezni Járóbeteg ellátás Kórházi elhelyezésre csak krízis esetén

¹⁰ Az irodalmi áttekintés és a hozzá kapcsolódó dokumentumok itt találhatóak: <http://www.nice.org.uk/TA102>

			Elválasztás a kortárs csoporttól Gyermek gondozásba vétele/ gyermekotthonba helyezése – szociális esetkezelés	legyen szükség Nappali ellátásra/bentlakásos és kórházi intézményekre lehet szükség, ha a család nem akar/tud együttműködni, az otthonon kívüli közösségi alapú alternatívák, vagy a családmegtartó modellek a kívánatosak
Eredmény	A korán jelentkező viselkedési zavarok esetén a prognózisok különösen bizonytalanok, megerősítve a korai hatékony kezelés fontosságát. A 3 évesek több, mint 60%-ának 8 évesen is meg lesznek a problémáik, sok problémával fiatal és felnőtt korukig fognak küzdeni. A viselkedési zavaros gyermekek kb. felét diagnosztizálják később antiszociális személyiségként, és használnak visszaélésszerű szereket		-----	----
Megjegyzés az abúzus kockázatáról	Visszaélésszerű szerhasználat a kockázati tényező Megállapított komorbiditás, különösképpen a fiataloknál		Megállapított komorbiditás, különösképpen a fiataloknál	Komorbiditás a szerabúzzsal A viselkedési zavar prevenciójával kapcsolatban lásd még a www.modelprograms.samhsa.gov szerabúzus megelőzésével kapcsolatos oldalát.
Evaluáció	Különböző kezelési módszerek/gyógyszeres kezelések értékelése Különböző szülői tréningek hosszú értékelése és költség-hatékonyság vizsgálata		Különböző kezelési módszerek/gyógyszeres kezelések értékelése	Különböző kezelési módszerek/gyógyszeres kezelések értékelése randomizált vizsgálatok segítségével
Kutatás	www.nice.org.uk National Library for Health www.mentalneurologicalprimarycare.org		DGKJP (ed.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007 http://www.uni- duesseldorf.de/awmf/II/II_028.htm	J.Am.Acad.Child Adolesc. Psychiatry 46:1; 126-141, 2007

Rövidítések

ADHD – Attention Deficit – Hyperactivity Disorder (Figyelemhiányos/Hiperaktivitás zavar)
ATX – Atomoxetine
CAMHS – Child and Adolescent Mental Health Services (Gyermekeket és serdülőkorúakat érintő mentálhigiénés szolgáltatások)
CBCL – Child Behavior Checklist (Gyermek Viselkedési Ellenőrzőlista)
CBT – Cognitive behaviour therapy (Kognitív viselkedés terápia)
CD – Conduct disorder (Viselkedési zavar)
CPRS-R – Conners Parent Rating Scale Revised Conners, Conners, C.K. (Conners Kérdőív - Szülői Változat)
CTRS-R – Conners Teacher Rating Scale Revised, Conners, C.K. (Conners Kérdőív - Tanári Változat)
DISYPS – Diagnostik-System für psychische Störungen (Diagnosztikai rendszer pszichés zavarokhoz)
ESCAP – European Society for Child and Adolescent Psychiatry (Európai Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság)
FDA – Food and Drug Administration (USA)
HoNOSCA – Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (a nemzet egészsége kimeneti skálák gyermekeknek és fiataloknak) <http://www.liv.ac.uk/honosca/>
IPT – interperszonális pszichoterápia
KVT – Kognitív viselkedés terápia
MFQ – Mood and feeling questionnaire (Hangulat és érzések kérdőív) <http://devepi.mc.duke.edu/MFQ.html>
NaSSA – Noradrenerg és specifikus szerotonerg antidepresszáns
NDRI – Noradrenalin és dopamin újrafelvétel gátló
SSRI – Szelektív szerotonin újrafelvétel-gátló gyógyszerek
SNRI – Szerotonin- és noradrenalin-újrafelvétel gátlók
SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire (Erősségek és gyengesége kérdőív) <http://www.sdqinfo.com/>
TCA – Tri- és tetraciklikus antidepresszánsok

Irodalomjegyzék

Felhasznált Irodalom

EMCDDA (2009), Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

NICE (2007), 'Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people. Public Health Intervention Guidance no.4', Technical report, National Institute for Health and Clinical Excellence.

Ajánlott irodalom

Birkás E, Lakatos K, Tóth I, Gervai J (2008). Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívekkel I: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica*, 23(5), 358-365.

Canning U, Millward L, Raj T et al. (2004) Drug use prevention among young people: a review of reviews. London: Health Development Agency.

Drugscope and Department of Health (2000) *Vulnerable young people and drugs: opportunities to tackle inequalities*. London, DrugScope

Gates et al. (2006) Interventions for prevention of drug use among young people delivered in non-school settings. Cochrane Collaboration

Kumpfer K.L.et al. (2003), 'Family-based interventions for substance use and misuse prevention', *Substance Use and Misuse*, 38(11-13), pp. 1759-87.

McGrath,Y. et al. (2006) Drug use prevention among young people: a review of reviews. National Institute for Health and Clinical Excellence

Roe, E. and Becker, J. (2005), 'Drug prevention with vulnerable young people: a review', *Drugs: education, prevention and policy* 12 (2), pp. 85-99.

Stevens, A. – Berto, D. – Kersch, V. – Oeuvray, K. – van Ooyen, M. – Steffan, E. – Heckmann, W. – Uchtenhagen, A. (2003): QCT Europe: Summary Literature Review: The international literature on drugs, crime and treatment. European Institute of Social Services, University of Kent, Canterbury, UK.

Sussman, S. et al. (2004), 'The motivation, skills, and decision-making model of 'drug abuse' prevention', *Substance Use and Misuse*, 39, (10–12), pp. 1971–2016.

Turning Knowledge into Practice: A Manual for Behavioral Health Administrators and Practitioners About Understanding and Implementing Evidence-Based Practices
<http://www.tacinc.org/index/viewPage.cfm?pagelId=114>

Toumbourou, J. W. et al. (2007), 'Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use.', *Lancet* 369 (9570), 1391-1401.

Linkek

EMCDDA – Best Practice Portal

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

EMCDDA – PERK (Prevention and Evaluation Resource Kit)

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/perk>

NICE guidelines

<http://www.nice.org.uk/Guidance/>

NREPP (National Registry of Evidence-based Programmes and Practices) – USA

<http://www.nrepp.samhsa.gov>

SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.part.22441>

Cannabis Youth Treatment Series

<http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/cyt/index.htm>

The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs

<http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/FO36/>

European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

<http://www.escap-net.org/>

AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

<http://www.uniduesseldorf.de/awmf/>