

A SZUBSZTITÚCIÓS METADONKEZELÉS I. TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS*

Demetrovics Zsolt¹, Honti Judit², Csorba József³, Szemelyácz János⁴

¹ELTE BTK Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Budapest;

²Szegedi Önkormányzat Kórház, Pszichiátriai és Addiktológiai Osztály, Szeged;

³Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórháza,

Drogambulancia és Prevenciók Központ, Budapest;

⁴Baranya megyei Kerpel-Fronius Ódön Gyermekkorház Megyei Drogambulancia, Pécs

Összefoglalás

A szerzők három tanulmányból álló, a fenntartó metadon kezeléssel foglalkozó sorozatuk első írásában a metadon kezelések alakulásának történeti aspektusait tekintik át. A kezdeti Egyesült Királyságbeli tapasztalatok, illetve amerikai kísérletek bemutatását követően a szubsztitúciós kezelések jelenlegi státuszát és szerepét mutatják be, elsősorban az Európai Unió és a közép-kelet európai régió vonatkozásában. A tanulmány záró részében a szerzők az eddigi hazai tapasztalatokat ismertetik.

Kulcsszavak: fenntartó metadonkezelés – történeti áttekintés – Európai Unió – Közép-Kelet Európa – drogpolitika

Summary

The authors, in a series of three articles, summarize the literature on methadone maintenance treatment in opiate addiction. In the first article they give an overview of the historical aspects of methadone maintenance therapy, from the first experiments in the United Kingdom and the USA until the most recent developments. The authors put their emphasis on the presentation of the current status and role of methadone maintenance therapy in the treatment of opiate addiction in the world, and especially in the countries of the European Union and Central-Eastern Europe.

Key words: methadone maintenance therapy – history – European Union – Central and Eastern Europe – drug policy

Bevezetés

A metadont (6-dimethylamino-4-4-diphenyl-heptanon-3) 1941-ben fedezte föl Max Bockmühl és Gustav Ehrhard Németországban (Preston, 1996). A II. Világháború körüli időszakban az opioid fájdalomcsillapítókkal szemben kialakuló addikció miatt olyan hatékony szintetikus fájdalomcsillapító szereket kerestek, amelyek nem rendelkeznek az opioidok addiktív potenciáljával. A 'Hoechst 10820' – vagy későbbi elnevezése szerint polamidon, majd metadon –, fájdalomcsillapító és spazmolitikus hatásának leírása után a gyógyszeret a hadsereg tesztelte tovább, de a mellékhatások miatt nem történt széleskörű vizsgálat (Payte, 1991). Chen (1948) rámutat, hogy a német hadsereg feltételezhetőleg pontosan ezen mellékhatások miatt nem használta a metadont a háború során, bár a szerző hangsúlyozza, hogy ezek megjelenéséért az alkalmazott túl nagy kísérleti dózis tehető felelőssé. 1945-ben négytagú amerikai szakértő csoport vizsgálta meg a háború alatti német gyógyszerkutatói eredményeket. Az úgynevezett Kleiderer jelentés írta le, hogy a morfintól eltérő kémiai szerkezetű polamidon a morfinhoz hasonló farmakológiai hatással bír. A II. Világháború után az Eli-Lilly gyógyszergyár végezte az első klinikai vizsgálatokat a polamidonnal az USA-ban, és kezdte meg a tömeges előállítását. 1947-ben Isbell és munkatársai írták le eufórizáló, és addiktív ha-

* A tanulmány a Pszichiátriai Szakmai Kollégium felkérésére készült

tásait önkéntesekre, és azt, hogy morfin függők jól tolerálják a polamidon adagolását (Isbell és mtsai, 1947). Ezek a korai vizsgálatok azonban elsősorban a metadon spazmolitikus és fájdalomcsillapító hatására koncentráltak (Preston, 1996).

Egyesült Királyság

A metadon elterjedése az opioid függőség kezelésében szorosan kapcsolódik az egyes országok addiktív szerek alkalmazásával kapcsolatos szabályozásához. Az Egyesült Királyságban 1926-ban szabályozták először az opiát függőség addiktív drogokkal történő gyógykezelését. A Rolleston jelentés, melyet az akkori Egészségügyi Minisztérium felkérése alapján a sir Humphrey Rolleston vezetett szakértői csoport állított össze, hangsúlyozta, hogy az absztinencia a kezelés hosszú távú célkitűzése kell legyen, s egyúttal elfogadta, hogy a kezelés első időszakában a megvonásos tünetek enyhítésére az orvos morfin, vagy heroin kezelést alkalmazzon. A jelentés leírja a kezelés két javasolt formáját, amelyek később az opiát függőség kezelésének modelljeivé váltak, a lassú elvonást, és a hosszú távú szubsztitúciót. Az opiát függőséget, amely néhány száz személyt, elsősorban egészségügyi dolgozókat, és krónikus fájdalom miatt kezelteket érintett ebben az időszakban, a Rolleston jelentésben javasolt módszerrel kezelték az 50-es évek végéig. Bár a kezelésekre vonatkozó visszajelzések alapvetően pozitívak voltak, a kliensek állapotának stabilizálódásáról számoltak be, szisztematikus vizsgálat ebben az időszakban nem készült (Preston, 1996).

Az Egyesült Királyságban 1947-től alkalmaztak metadont (Physeptone), eleinte fájdalomcsillapító, köhögéscsillapító és spazmolitikus hatása miatt. Az opiát függők kezelésébe a metadon, elsősorban mint alternatív szubsztitúciós kezelési mód került be, fokozatosan leváltva a korábbi, kis számban alkalmazott morfin és heroin szubsztitúciót. 1955-ben 21 metadonfüggő kliensről tudtak az Egyesült Királyságban, míg 1960-ban 60 ilyen személyt tartottak nyilván (Preston, 1996). A hatvanas évektől Angliában az opiátok használatának robbanásszerű emelkedése következményeként (Spear, 1969), a metadon használata szélesebb körben terjedt el. A heroin használat háttérbe szorította a korábban domináns morfin abúzust, a heroin függők száma először 1962-ben haladta meg a morfin függők számát. Az új használók a fiatalok közül kerültek ki, s nem orvosi kezelés következményeként váltak függővé, mint a korábbi használók, hanem kezdettől droghasználati célú fogyasztás jellemezte őket. Egy 1961-ben született, többnyire First Brain Reportként hivatkozott jelentés, amely a drogfüggőség kezelésével kapcsolatos problémákat az újonnan megjelent szintetikus opiátok ismeretében volt hivatott áttekinteni, lényegében a korábbi Rolleston jelentés megállapításait erősítette meg. Ebben az időszakban a metadonkezelésben részesülő kliensek száma abszolút értékében is és a morfin függőkkel összehasonlításban is jelentős növekedésnek indult. 1966-ban már háromszor annyi metadonfüggő személyt tartottak nyilván, mint morfinfüggőt, és 1969-re a metadonnal kezelt kliensek száma 1687 főre emelkedett. A kliensek számának növekedéséhez nagymértékben hozzájárult, hogy 1968-tól új drogklinikák nyíltak. Ezek célja alapvetően öt pontban foglalható össze (Preston, 1996, 14.):

- az illegális drogok helyett legális helyettesítő szerek biztosítása
- a heroinhasználók kezelésbe vonása, a kapcsolatkiakítás lehetőségének megteremtése
- a drogok illegális kereskedelmének megelőzése
- az illegális droghasználattal kapcsolatos kriminális aktivitás megelőzése
- az absztinencia elősegítése

I. Történeti áttekintés

A drogklinikákon, eltérően a korábbi fenntartó heroin kezelésektől, lehetőség szerint a metadon orális adására tértek át, elsősorban a hosszabb hatás miatt. Mindazonáltal megmaradt az intravénás adagolás lehetősége is, egyes ambulanciákon külön helyiség (úgynevezett 'fixing room') és steril felszerelés állt a drogfüggők rendelkezésére, ahol megfelelő körülmények között adhatták be maguknak az ampulla formájában megkapott metadont.

Hartnoll és munkatársai (1980) összehasonlító vizsgálatot végeztek 1972 és 1975 között fenntartó heroin kezelésre jelentkező kliensek között. A 96 személyt véletlenszerűen fenntartó (intravénás) heroin kezelési, illetve fenntartó metadonkezelési feltételek közé sorolták. Az eredmények szerint a fenntartó heroin kezelésben a páciensek hajlamosabbak voltak függőségük konzerválására, de valószínűbben maradtak kezelésben, míg a metadon páciensek között nagyobb arányú volt a lemorzsolódás. Szintén valószínűbb volt az absztinencia elérése a metadon csoport tagjai között, azaz utóbbi csoportban egyfajta polarizálódási folyamat indult be (Hartnoll és mtsai, 1980).

Az 1980-as évek első felében ismét dramatikusan növekedés következett be a heroinhasználatban, a korábbi hullámmal szemben azonban, ezúttal már nem csak Londonra, hanem az Egyesült Királyság egész területére vonatkozóan. A heroinhasználat elterjedtségének növekedése ráadásul ezúttal a HIV epidémia megjelenésével járt együtt. Az Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD) 1988-as jelentésében az absztinencia eléréséhez vezető út közbeeső céljaként három alapelvelet fogalmazott meg:

- a nem steril intravénás felszerelés használatának megszüntetése
- az intravénás használat helyett az orális és inhalációs használat előtérbe helyezése
- az illegális drogok helyett szubsztitúciós szerek alkalmazása

Ily módon a HIV fertőzés megjelenése az Egyesült Királyságban, de a világon mindenhol máshol is átcsoportosította a fontossági szempontokat a drogfogyasztók kezelésében, és a kezelés elsődleges célja a HIV fertőzés megelőzése lett. Ennek érdekében háttérbe került az absztinencia orientált kezelés, és előtérbe került a hosszú távú fenntartó ellátás.

Amerikai Egyesült Államok

Az USA drogpolitikája a fentiekkel összehasonlításban meglehetősen ellentétes módon és önmagában véve is ellentmondásosan alakult a szubsztitúciós kezelések viszonylatában. Bár a század első felében lényegesen szigorúbb törvényi szabályozás és restriktívebb drogpolitika jellemezte az Egyesült Államokat, a metadon szubsztitúciós kezelés eredendően mégis ebből az országból származik.

Az I. Világháborút követően az USA-ban a drogbetegek addiktív szerekkel történő kezelése bűncselekménynek számított; 1938-ig megközelítőleg 25 ezer orvos ellen folyt eljárás narkotikum felírása miatt, s közülük mintegy 3000 személyt letöltendő szabadságvesztésre ítélték. Ennek egyenes irányú következményeként az orvosok lehetőség szerint nem foglalkoztak drogbetegek kezelésével. A II. Világháborút követően mindössze két helyen folyt droghasználók kezelése az egész USA területén. Egy Texasi központ a Mississippitől nyugatra élő férfiak, egy Lexingtoni kezelőhely pedig a Mississippitől keletre élő férfiak, illetve az egész ország területéről érkező nők számára nyújtott kezelési lehetőséget.

A 60-as évek elején Dole és Nyswander (1965) azt találták, hogy morfin szubsztitúcióval a napi dózis folyamatos emelése nélkül nem tudják stabilizálni az opiátfüggőket. Ugyanak-

kor beszámoltak 22 heroin függő beteg metadon szubsztitúciós kezeléséről (Dole és Nyswander, 1965), amelynek során sikeresen csökkentették a drogéhséget, és blokkolták az átlagos heroin dózis eufórizáló hatását. Ennek eredményeként, a heroin használat eliminálódása mellett a betegek pszichoszociális helyzetében is jelentős javulás jelentkezett. Dole és Nyswander kezdetben jelentős hivatalos ellenállásba ütközött a fenntartó metadonkezelés alkalmazását illetően, olyannyira, hogy praxisukat is veszély fenyegette. Így az első kezelések szigorú keretek között, zárt osztályon, fokozott biztonsági intézkedések mellett folytak. A biztonsági intézkedések szükségszerűtlenségének felismerését követően azonban, ezeket fokozatosan csökkentették, s megoldottá vált az ambuláns fenntartó metadonkezelés. Dole és Nyswander (1967) a heroin függőséget a diabéteszhez hasonlóan metabolikus zavarként értelmezték, s a metadon adagolását a diszfunkció normalizálásához tartották szükségesnek. A szerzők a magas, 80-150 mg-os napi dózis adása mellett érveltek (Dole, Nyswander és Kreek 1966).

A kezdeti nehézségeket követően mindazonáltal az Egyesült Államokban és Kanadában a szubsztitúciós kezelési programok a folyamatos politikai ellenállás ellenére is gyorsan elterjedtek. A fenntartó metadonkezelésben részesülő kliensek száma folyamatos növekedést mutat az USA-ban, az 1992-ben kezelt mintegy 120 ezer klienst megközelítőleg 800 metadon program szolgálta ki. A programok felépítésében, a fenntartó kezelés alkalmazásában mindazonáltal számos variáció létezik. A programok többsége például annak ellenére 60 mg alatti napi dózist alkalmaz, hogy ez a mennyiség az USA-ban hivatalosan elfogadott terápiás minimum (Cooper, 1992). (Meg kell jegyeznünk, hogy ez a dózis még mindig alatta van a Dole által, a hatékony kezelés érdekében javasolt minimális napi 80 mg-nak.) Az USA-ban, csakúgy, mint a világ más részein a fenntartó metadonkezelések hatékonyságát folyamatosan monitorozzák, gyakoriak a terápiás alapelvek átgondolására összehívott konszenzuskonferenciák (National Institute of Health, 1997). Az USA Nemzeti Egészségügyi Intézetének Konszenzus Konferenciája 1997-ben egyértelműen leszögezte (NIH Consensus Conference, 1998), hogy valamennyi opiátfüggő számára meg kell teremteni a fenntartó metadonkezeléshez való hozzáférés lehetőségét.

Fenntartó metadonkezelés az Európai Unió országaiban

Európában a metadonkezelés elsőként Svédországban került bevezetésre, 1967-ben. Ezt követte Hollandia és Nagy-Britannia 1968-ban, majd Dánia 1970-ben. A 70-es években további európai országokban indultak metadon programok, majd a 80-as években a HIV/AIDS epidémiára adott válaszként váltak szélesebb körű gyakorlattá. Jelenleg valamennyi EU tagállamban folyik fenntartó metadonkezelés (1. táblázat). Az Európai Unió drogdoktor és koordináló központjának számító European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) több beszámolójában is hangsúlyozza, hogy a fenntartó metadonkezelés, más ártalomcsökkentő szolgáltatásokkal együtt hatékony eleme kell, hogy legyen a HIV prevenciónak (EMCDDA, 2000a és 2000b). Hasonló álláspontot alakított ki a WHO (1999) is. Az Európai Unió 2000-2004 közötti periódusra vonatkozó akcióterve, az Unió tulajdonképpeni Drogstratégiája alapvető célkitűzésként határozza meg a droghasználattal kapcsolatos ártalmak csökkentését, s ezen belül a szubsztitúciós kezelések rendelkezésre állását a térségben (EMCDDA, 2000a).

I. Történeti áttekintés

I. táblázat: A szubsztitúciós kezelések bevezetése az Európai Unióban (EMCDDA, 2000a alapján) (Az évszámok a harmadik oszlopban az alkalmazást lehetővé tevő politikai döntés évét jelölik.)

Ország	Metadonkezelés bevezetésének éve	Egyéb szubsztitúciós szerek alkalmazása
Belgium	1994	buprenorphine alkalmi használata, dihydrocodeine (1998)
Dánia	1992	buprenorphine (1998), LAAM (1998)
Németország	1992	dihydrocodeine (1985), heroin (1999), LAAM (1999), buprenorphine (2000)
Görögország	1993	nincs egyéb fenntartó kezelés
Spanyolország	1983	LAAM (1997)
Franciaország	1995	buprenorphine (1996)
Írország	1970	nincs egyéb fenntartó kezelés
Olaszország	1975	buprenorphine (1999)
Luxemburg	1989	dihydrocodeine (1994), Mephenon (?)
Hollandia	1968	heroin (1997)
Ausztria	1987	Slow-release morphine (1997), buprenorphine (1997)
Portugália	1977	LAAM (1994)
Finnország	1974	buprenorphine (1997)
Svédország	1967	nincs egyéb fenntartó kezelés
Nagy-Britannia	1968	buprenorphine (1999)

Az elmúlt öt évre vonatkozóan (1995-2000) szinte valamennyi EU ország a fenntartó metadon programok kiterjesztéséről számolt be. 1993 és 1999 között a fenntartó kezelésben részesülő droghasználók száma megháromszorozódott a térségben, 2000-ben az ilyen kezelést kapó kliensek számát 300 ezerre becsülték. Tekintve, hogy az USA-ban mintegy 110 ezer, Ausztráliában pedig 20 ezer személyt érint a fenntartó metadonkezelés, és a világ egyéb országaiban csak kisebb volumenben számolnak be erről a kezelési módról, összességében félmillióra teszik a világban valahol fenntartó metadonkezelésben részesülő kliensek számát (EMCDDA, 2000b). A metadon mellett, Svédország, Írország, Görögország és Belgium kivételével, valamennyi ország alkalmaz egyéb szubsztitúcióra alkalmas drogot is. Így Németországban és Hollandiában kísérleti jelleggel adnak heroint opiátfüggő személyeknek, s több országban folytatnak kezelést buprenorfinnal (Dánia, Németország, Franciaország, Olaszország, Luxemburg, Ausztria, Finnország, Egyesült Királyság), illetve LAAM-mal (levo-alfa-acetil-metadol; Dánia, Spanyolország, Portugália). Morfint egyetlen országban, Ausztriában alkalmaznak. A metadon adagolása valamennyi országban döntően orális módon történik. Intravénásan adagolható metadon felírására az Egyesült Királyságban van mód, a használók mintegy 10%-a kap ilyen formán metadont.

Hangsúlyozni kell ugyanakkor, hogy az Európai Unión belül is változóak a metadonkezelési protokollok. Nagy-Britanniában, ahol a heroinfüggő betegek mintegy 50%-a részesül metadonkezelésben, a metadon adagolását háziorvos végzi, pszichiáter, vagy addiktológus szakmai javaslata alapján. Más országokban a háziorvosok involváltsága kisebb, vagy egyáltalán nem írhatnak föl metadont. Különbségek tapasztalhatók a fenntartó metadonkezelésben, illetve detoxikációban részesülő kliensek arányában. Az EU országok többségében a fenntartó kezelés dominál (Franciaország, Írország, Portugália és Svédország esetében 75% fölötti a fenntartó metadonkezelésben részesülők aránya), s kizárólag Görögország és Olaszország esetében kisebb a fenntartó kezelés aránya (30% alatti), mint a detoxikálása. Mint említettük azonban, általános trendként tapasztalható, de különösebben a korábban kisebb volumenű metadonkezelést folytató országokban jellemző a szubsztitúciós kezelések kiterjedése. Ez a trend a legjellemzőbben Spanyolország, Németország, Franciaország, Görögország, Luxemburg és Finnország tekintetében volt tapasztalható, de 1993 és 1997 között Belgiumban, Írországban és Olaszországban is több mint kétszeresére nőtt a fenntartó metadonkezelésben részesülő személyek száma (EMCDDA, 2000b).

Az opiáthasználat jellegzetességei Közép-Kelet Európában

A magyarországi helyzet áttekintése nehezen értelmezhető a közép-európai trendek ismerete nélkül. Észak- és Közép-Európában a heroin epidémia megjelenéséig a házi készítésű mák származékok használata volt jellemző (Honti és mtsai, 1999; Gerevich és Bácskai, 1994; Paksi és Demetrovics, 1999). Lengyelországban a „lengyel heroin”, vagy „kompot” használata uralkodott (Moskalewicz és mtsai, 1999). A kompot száraz mákszalmából előállított, opiát alkaloidák, és származékaik összetételét tartalmazó (kodein, morfin, heroin változó arányban) (Dehne és mtsai, 1999), gyümölcsillatú folyadék, amelynek előállítását 1976-ban gdanski vegyészek dolgozták ki (Alcibes, Beniowski, Grund, 1999). A kompotot intravénásan használják, és a 90-es évek elején a leggyakrabban fogyasztott drognak számított Lengyelországban. Miután előállításához a kereskedelemben könnyen hozzáférhető vegyszerek szükségesek, előállítása és használata később Litvániában, Oroszország nyugati részein és Ukrajnában is elterjedt. Az úgynevezett „kompot-öv” vagy „mák-öv” területén, ami magába foglalja a volt Szovjetunió majd egész területét, illetve Közép-Európa északi részét, dominánsan az opiátok használatának intravénás módja terjedt el. A kompot fogyasztását a csoportos intravénás használat, illetve a használathoz szükséges felszerelés és a tartályok megosztása jellemzi. Ily módon érthető, hogy ez a használati kultúra lett a táptalaja a 90-es években a térségben kirobbanó HIV járványnak (WHO, 1999). Jelenleg Lengyelországban a HIV fertőzöttek legalább 70%-a az intravénás drogfogyasztók közül kerül ki. A balti államokban, és a Szovjetunió egyes területein a „cherny” (Subata, 1999) vagy „koknár” (Grund, 1998) használata a gyakori. Mindkettő, a kompothoz hasonlóan, házi körülmények között, száraz mákszalmából előállított, csoportosan intravénásan fogyasztott narkotikum.

A heroin fogyasztás a kompot-öv területén a rendszerváltásig szinte ismeretlen volt. A balkáni államokban ugyanakkor már a 80-as években megjelent a heroin, elsősorban a balkáni droggereskedelmi útvonal mentén, a mai Macedónia, Horvátország, Jugoszlávia, Szlovénia, illetve Bulgária területén (Grund és Nolimal, 1995). A rendszerváltást követően, de főleg a kilencvenes évek közepétől a heroin használat széles körben elterjedt a korábban házi készítésű mákszármazékokat fogyasztó területeken is, illetve a heroin és a házi opiátok fogyasztás-

I. Történeti áttekintés

tása párhuzamossá vált. Ez a folyamat továbbá együtt járt a drogfogyasztók becsült számának növekedésével is (Gerevich, 1994). A heroin fogyasztásnak az egész régióban történő robbanásszerű elterjedését számos tényezővel magyarázzák. Ezek többek közt a határok megnyitását követően felfokozódó nemzetközi kereskedelem, a helyi gazdasági krízisek, a helyi háborúk, a migráció a volt szovjet államok között, a prostitúció terjedése, illetve új fogyasztói csoportok megjelenése, elsősorban a tizenévesek, illetve a roma kisebbségi csoportok (Rhodes és mtsai, 1999).

Intravénás drogfogyasztás és HIV járvány Közép-Kelet Európában

Az epidemiológia úgynevezett veszélyeztető környezet (risk environment) fogalma gazdasági, politikai, demográfiai és migrációs faktorokat takar, amelyek egy betegség vagy magatartásforma járványszerű elterjedésében a biológiai és magatartástudományi determinálók mellett a továbbterjedést meghatározzák (Rhodes és mtsai, é.n.). Régiókban a 90-es évektől kezdődő gazdasági és politikai átalakulás, egyes nemzetek gazdasági összeomlása, háborúk, országok közti migráció, illetve az amerikai mintára kialakított represszív jogi szabályozás kapcsán az évtized elejétől megjelent és ugrásszerűen emelkedett az intravénás droghasználat (EMCDDA, 2000a). 1998 végére a régió 28 országa jelentett intravénás drogfogyasztást (Ball, Rana, és Dehne, 1998). Az elsődlegesen fogyasztott drogok, a korábbi legális, házi készítésű drogokkal szemben, a fekete piaci heroin és amfetamin. Megjelentek a Nyugat-Európában csökkenőben lévő jellegzetes veszélyeztető magatartásformák, illetve új drog előállítás és terjesztési módok. A házi körülmények között előállított drogot fogyasztó, intravénás opiát használó csoportok köreiből a fecskendő és egyéb felszerelés közös használata különösen gyakori. Számos helyen közös tároló edényből szívják föl a szükséges adagot, illetve előre feltöltött fecskendőket árusítanak az utcai dealerek (Dehne, 1999). A roma kisebbségi drogfogyasztók között korai, 10-12 éves korban elkezdett intravénás drogfogyasztást észleltek. A drogfogyasztás változásaira az előző rendszer alapvetően felkészületlen egészségügyi és jogi intézményrendszere megkésett, vagy hiányos válaszára volt csak képes.

A veszélyeztető környezet és veszélyeztető magatartásformák együttese eredményeképpen a régióban a HIV és fertőző májgyulladás terjedését észlelték, amely csaknem kizárólag az

2. táblázat: *A regisztrált HIV pozitív személyek száma, illetve az IV droghasználók aránya a HIV pozitív személyek között néhány közép-kelet európai országban*

	Regisztrált HIV pozitív személyek száma 1998 végén	Intravénás drogfogyasztók aránya a HIV pozitív személyek között
Belorusszia	2 341	83%
Kazahsztán	815	80%
Moldova	879	84%
Ukrajna	24 483	79%
Oroszország	11 000	47%
Lengyelország	5 591	64%

intravénás drogfogyasztók körében jelentkezett (2. táblázat). 1998 végére a régió 21 országából jelentettek intravénás drogfogyasztáshoz kapcsolódó HIV fertőzést (Ball, Rana, és Dehne, 1998). Egyes országokban robbanásszerű terjedés jelentkezett (WHO, 1999).

Becslések szerint Ukrajnában, Oroszországban és Belorussziában a teljes lakosság 1%-a használ intravénásan drogokat, de azokban a városokban – Odessza (Ukrajna) vagy Sztvetlogorszk (Belorusszia) –, ahol a járvány a legkorábban (1995/1996) jelent meg, a lakosság 5%-a intravénás drogfogyasztó. A régió nem homogén, a közép-európai országok, illetve a balti államok alacsony fertőzöttségűek, itt 0,2%-ra becsülik az intravénás drogfogyasztók arányát. A veszélyeztető magatartásformák azonban az alacsony fertőzöttségű területeken is megjelentek.

Szubsztitúciós kezelések a Közép-Kelet Európai régióban

A drogfüggőség kezelése az egyénre vonatkoztatott direkt egészségügyi beavatkozás fontossága mellett epidemiológiai szempontból is jelentős stratégiává vált az intravénás drogfogyasztással összefüggő járványok megjelenésével. Az absztinencia beállítása és fenntartása – ambuláns vagy kórházi elvonó kezelés, illetve az azt követő rehabilitációs kezelés segítségével – kétségtelenül a vírus terjedésének, illetve a drogfogyasztáshoz kapcsolódó egyéb egészségügyi, szociális és büntetőjogi következmények megelőzésének leghatékonyabb módja (Metzger, Navaline és Woody, 1998). A kezelés tényleges eredményességét ugyanakkor az egyén szintjén alapvetően meghatározó tényező a személy motivációja, illetve a kezelésben eltöltött idő. Az ellátó rendszer szintjén a kezelést igénybevevők és a kezelő helyek száma jósolja meg az eredményességet. Ily módon az absztinencia orientált kezelés ellentmondásossága, a kezelést igénybe vevők alacsony aránya a teljes drogfogyasztó populáció viszonylatában, a magas lemorzsolódási és visszaesési arány, a kezelőhelyek korlátozott száma és a többhónapos várólisták. Mindezek, alternatív gyógyszeres kezelések szükségességét teremtették meg (Demetrovics, 2001).

A szubsztitúciós kezelések bevezetésének egyik célja – az opiátfüggőség magas előfordulási arányára adott válaszreakcióként – az absztinencia orientált kezelésre várók számának csökkentése hívta elő. További szempont volt, hogy a kontrollált körülmények között adagolt opiát agonista metadon adásával tünetmentessé tegyék az absztinencia kezelésben ismételt kudarcot vallott betegcsoportokat. Az opiát agonista kezelés a hagyományos egészségügyi jogi szabályozásán belül egy külön szabályozás létrehozását igényelte, amely egyes helyeken sikeresen rendezte a kezelés kereteit és kontrollját, máshol még a kezdeti fázisig sem jutott el (Honti és Zelenai, 1999). Az Európai Unió 1998-as éves jelentése szerint Közép-Kelet Európa országában emelkedett a metadonkezelés elérhetősége.

A legtöbb közép-kelet európai országban a fenntartó metadonkezelés országos szabályozása az elmúlt 5 év során született meg. Ugyanakkor 1998-ban Albánia, Bosznia-Hercegovina és a volt Szovjetunió területén teljesen hiányzott a metadon az opioid dependencia kezeléséből (Subata, Grund és Honti, 2000). Szlovéniában az első szabályozás 1994-ben történt, de a metadon már a 80-as évektől hozzáférhető volt (Kastelic és Kostnapfel Rihtar, 1998). Litvániában két lépcsőben érték el a metadon szabályozás jelenlegi helyzetét (Subata, 1998), az 1995-ös szabályozás szerint a metadonkezelés magas küszöbű keretek közt folyt, a megengedett dózis, a korhatár, a megelőző opiát használat tartama a betegek jelentős részét kizárta a kezelésből. 1997-től a metadonkezelést ártalomcsökkentő beavatkozásnak minősítet-

I. Történeti áttekintés

ték, és alacsony küszöbű keretek között folytatták. Bulgáriában 1995-ben, Lettorszáiban 1996-ban adták ki a nemzeti protokollokat, Csehországban és Szlovákiában 1997-ben (Honti és mtsai, 2000). Szlovákiában 1995 és 1997 között a metadont kórházi detoxikálásra használták, 1997-től ambuláns fenntartó kezelésre (Subata, Grund és Honti, 2000). Lengyelországban a metadonkezelést az Infektológia kezdeményezte a HIV pozitív intravénás opiát fogyasztók részére a 90-es évek elején, és a szabályozás egy második fázisában vált elérhetővé a HIV negatív opiátfüggők számára is (Beniowski, 1998). Jelenleg 600 beteg áll metadonkezelés alatt. Észtországban 1997-ben kezdődtek metadon detoxikáló és fenntartó kezeléseik, 1998-ban fogalmazták meg a nemzeti protokollt. Romániában 1998 óta egy kórházi osztályon folyik metadonkezelés. A balkáni országokban, Szlovéniában, Horvátországban, Macedóniában a legrégebbi és legelterjedtebb a metadonkezelés, már a 80-as évek végén elindultak az első programok. A metadonkezeltek aránya is ezen a területen a legmagasabb (WHO, 1997). Horvátországban 1993-ban 1300 beteg állt fenntartó metadonkezelés alatt, Szlovéniában 1998-ban 1350 beteg. Ezzel szemben a régió északi országaiban 1995-től terjedt el a fenntartó metadonkezelés. Az 1998-as PHARE jelentés szerint Szlovákiában 75 személy, Bulgáriában 205, Csehországban 20, Litvániában pedig 493 fő állt fenntartó metadonkezelés alatt.

3. táblázat: A metadonkezelés alakulása Közép-Kelet Európa országaiban (kivéve a volt Szovjetunió államait) (Subata, Grund és Honti, 2000 alapján)

Ország	Metadon fenntartó kezelés bevezetésének éve	fenntartó metadon kezelés alatt állók száma	metadonkezelést alkalmazó programok száma
Albánia	nincs adat	nincs adat	nincs adat
Bulgária	1997	205 (1998)	1
Bosznia-Hercegovina	nincs szabályozva	0	0
Horvátország	nincs országos szabályozás	1300 (1993)	nincs adat
Cseh Köztársaság	1997	20 (1998)	1
Észtország	1998		1
Magyarország	nincs országos szabályozás, helyi engedélyek	88 (1999)	2 (1999)
Lettország	1996	100 (1998)	1
Litvánia	1995, felújítva 1997	493 (1998)	4 (2000)
Macedónia	1997	242 (1998)	2
Lengyelország	1997	268 (1998)	4 (1998)
Románia	nincs szabályozva	0	0
Szlovákia	1997	75 (1998)	1
Szlovénia	1994	1350	6 (1998)

A magyarországi helyzet áttekintése

Magyarországon 1987-ben dokumentálták az első metadon (Depridol) kezelést, a Nyíró Gyula Kórház Addiktológiai Osztályán (Dr. Funk Sándor). Egy külföldi állampolgárról volt szó, aki korábban saját hazájában is fenntartó metadonkezelésben részesült. 1989-ben történtek az első szubsztitúciós kezelési próbálkozások a Klapka utcai Drogambulancián (Cserne István), ahol Codein, illetve Dihydrocodin származékokat használtak szubsztitúciós céllal. Hazánkban 1992-től kezdődően egyre nagyobb létszámú kliens jelentkezett kezelésre hosszantartó heroinfüggőség miatt, olyan betegpopulációt jelentve, amely már túlesett több kórházi, ambuláns, illetve rehabilitációs kezelésen. Míg 1994-ben 604 főt kezeltek opiát típusú addikció miatt az országban, 1996-ra ez a szám több mint kétszeresére növekedett (1341 fő), majd a következő évre ismételtén megduplázódott (2546 fő) (Rácz és Vingender, 1999). A növekedés, ha valamivel kisebb mértékben is, de az elmúlt években is folytatódott; 1998-ban 3071, 1999-ben 3857 opiátfüggő kereste fel a kezelőhelyeket (Ritter, 2000). Az opiát típusú addikcióval kezelték jelenleg az összes kezelt közel egyharmadát (30%) teszik ki, ezzel a legnagyobb fogyasztói csoportot alkotva. Ez a növekedés feltétlen szerepet játszott a szubsztitúciós metadonkezelés elindulásában Magyarországon. Az első kísérletek 1992-ben történtek.

1993-ban a Fővárosi ÁNTSZ, felismerve a drogprobléma egyre komolyabb terjedését, hivatalosan is engedélyezte a metadon tartalmú gyógyszerek használatát opiátfüggőségben. A Fővárosi ÁNTSZ akkori vezetője hangsúlyozta, hogy a metadonkezelést a lakosság egészségi állapotának javítása, a szenvedélybetegségek leküzdése és megelőzése érdekében kell alkalmazni. A hosszútávú metadonkezelés folytatásához az akkor működő két drogambulancia vezetője illetékes kérelmet benyújtani az állandó lakcím szerinti ÁNTSZ-hez. Az ÁNTSZ határozat következményeként hivatalossá vált a metadonkezelés. A metadon kezelésében részesülő betegek száma ennek következtében fokozatosan növekedett. Egyre több olyan beteg került metadon programba, akinek az elsődleges drogja a heroin volt, a korábbi házi mák-készítményeket használó populációval ellentétben. 1995-ben a pécsi Drogambulancián, míg 2000 májusában a veszprémi Drogambulancián indult fenntartó metadonkezelés. Jelenleg, ezen a két ambulancián kívül a Jász utcai Drogambulancián folyik még ilyen jellegű ellátás, illetve egyes pszichiátriai, illetve addiktológiai osztályok elvétve alkalmaznak metadont, többnyire detoxikációs célból. 1999-ben a nyilvántartási adatok szerint 88 fő részesült fenntartó metadonkezelésben a pécsi, illetve a Jász utcai Drogambulancián, azaz a hivatalosan regisztrált opiátfüggők 2,3%-a részesült ebben a kezelési módban (Ritter, 2000). Ez az érték európai viszonylatban még akkor is nagyon alacsony, ha eltekintünk attól a tényről, hogy a tényleges opiátfüggők száma az országban a regisztrált betegek többszöröse lehet.

A Pszichiátriai Szakmai Kollégium 1997-ben, felismerve a metadonkezelés fontosságát, összehívta az ügyben érintett szakembereket és egy konszenzuskonferencia keretén belül megalkotta a metadonkezelés szakmai irányelveit. Ezeket a szakmai irányelveket 1999-ben a Kollégium újratárgyalta és megerősítette. 2001 elejéig a metadonkezelést alkalmazó drogambulanciák ezeket a szakmai irányelveket követték. 2001 februárjában a Szakmai Kollégium Ad hoc Metadon Bizottsága az állásfoglalást átdolgozta és azt a testület új formában fogadta el.

Az országgyűlés határozatában 2000 decemberében egyhangúlag (ellenszavazat nélkül) fogadta el az Ifjúsági és Sportminisztérium koordinálásában kidolgozásra került Nemzeti

I. Történeti áttekintés

stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására című javaslatot. A Stratégia a helyettesítő kezelések (metadon, buprenorfin, LAAM) megvalósítását, egyéb alacsony-küszöbű szolgáltatások és ártalomcsökkentő programok elindításával és kiterjesztésével párhuzamosan rövid távú célkitűzésként tartalmazza. A Stratégia célkitűzése „rövid távon régióként minimum egy fenntartó kezelési centrum létrehozása és működtetése” (Nemzeti Stratégia..., 2000.)

Hosszú éveken keresztül a metadon tartalmú Depridol tableta nem volt törzskönyveztve opiátfüggőség diagnózisban. 2000 novemberében az Országos Gyógyszerészeti Intézet T-7691/01 szám alatt forgalomba hozatali engedélyt adott ki Metadon-EP 5 mg és Metadon-EP 20 mg nevű tablettára, amelyek indikációja kifejezetten az opiátfüggőség.

Bár nem nagy számban, de magyar nyelven is megjelentek összefoglaló cikkek, tanulmányok, illetve készültek előadások és kéziratok javaslatok a fenntartó metadonkezeléssel kapcsolatosan (Szűcs, 1993; Gerevich, Pallaghy és Arató, 1994; Demetrovics, Rácz, Rigó és Szemelyácz, 1997; Funk és Kassai, 1998; Demetrovics és Garajszki 1998; Honti, 2000), illetve tágabban az ártalomcsökkentés témakörében (Rácz, 2000; Gerevich, 2001).

Összefoglalás

Mindazonáltal a metadonkezelés a mai napig sok szakmai, illetve bürokratikus akadályba ütközik hazánkban. A Funk Sándor ellen néhány évvel ezelőtt indított eljárás, csakúgy, mint a fenntartó metadonkezelés 2000 októberében – az akkor hivatalban lévő országos ÁNTSZ tisztifőorvos által – történő betiltása, illetve a metadonkezelést folytató Drogambulanciák vezetői ellen tett feljelentése több szempontból negatívan hatott a fenntartó kezelésre. A szubsztitúciós kezelések direkt akadályozása, s ezáltal az akár több éve folyó kezelések megszakításával való veszélyeztetés mellett az ilyen események kihatnak a kliensek bizalmára, kezelési motivációjára. A jelenlegi törvényi szabályozás mellett ezek a hatások fokozottan érvényesülhetnek. Ezen események és a hozzájuk kapcsolódó média híradások egyik további káros következménye lehet, a fenntartó kezelés lakosság általi elfogadásának csökkenése, a társadalom elutasító, elítélő attitűdjének felerősödése. Utóbbi szempont annál is lényegesebb, hiszen a nyugat-európai és amerikai tapasztalatok egyértelműen arra figyelmeztetnek, hogy a metadon központok sikeres működtetésének egyik fontos feltétele a programok a lakosság általi, s különösen a környéken élők részéről történő befogadása (EMCDDA, 2000b).

IRODALOM

- ALCABES, P., BENIOWSKI, M., GRUND, J-P. C. (1999). Needle and syringe exchange in Poland and the Former Soviet Union: a new approach to community-impact studies. *Journal of Drug Issues*, 29. 861-880.
- BALL, A. L., RANA, S., DEHNE, K. L. (1998). HIV Prevention Among Injecting Drug Users: Responses in Developing and Transitional Countries. *Public Health Reports*, Suppl. 1. 113. 170-181.
- BENIOWSKI, M. (1998). The Use of Methadone in the Treatment of Drug Addiction in Poland. *News Letter of the Central-Eastern European Harm Reduction Network*. Issue 2.
- CHEN, K. K. (1948). Pharmacology of Methadone and Related Compounds. *Annals: New York Academy of Sciences*, 83-97.
- COOPER, J. R. (1992). Ineffective Use of Psychoactive Drugs: Methadone is no exception. *Journal of the American Medical Association*, 267:281-282.
- DEHNE, K. (1999). (ed.) *The Determinants of the AIDS Epidemic in Eastern Europe*. Report from Monitoring the AIDS Pandemic (MAP). UNAIDS, Geneva.
- DEHNE, K. L., GRUND, J-P. C., KHODAKEVICH, L., KOBYSCHKA, Y. (1999). The HIV/AIDS Epidemic Among Drug Injectors in Eastern Europe: Patterns, Trends and Determinants. *Journal of Drug Issues*, 29: 729-776.
- DEMÉTRÓVICS ZS. (2001). Az absztinencia és alternatívái a drogfogyasztók kezelésében és a drogpolitikában. *Café Babel* (megjelenés alatt)

- DEMETROVICS ZS., GARAJSZKI ZS. (1998). Metadonfenntartó kezelés hatékonyságának vizsgálata: változások a társas kapcsolati hálóban. Az ártalomcsökkentés néhány szempontja. *Szenvedélybetegségek (Addictologia Hungarica)*, 6(1):9-21.
- DEMETROVICS ZS., RÁCZ J., RIGÓ P., SZEMELYÁ CZ J. (1997). A methadon fenntartó terápiájával kapcsolatos javaslatok. Kézirat, Balatonfüred.
- DOLE, V. P., NY SWANDER, M. (1965). A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction: A Clinical Trial With Methadone Hydrochloride. *Journal of the American Medical Association*, 193. 8:80-84.
- DOLE, V. P., NY SWANDER, M. E., KREEK, M. J. (1966). Narcotic Blockade. *Archives of Internal Medicine*, Oct. 304-309.
- DOLE, V. P., NY SWANDER, M. E. (1967). Heroin Addiction – A Metabolic Disease. *Archives of Internal Medicine*, 120. July, 19-24.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2000a). 2000 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. EMCDDA. Lisbon, Portugal. (összefoglalóan I. Szenvedélybetegségek, 2001. 9. 1. 53-57.)
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (2000b) Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union, EMCDDA Insights Series No 3. EMCDDA. Luxembourg. (összefoglalóan I. Szenvedélybetegségek, megjelenés alatt)
- FUNK S., KASSAI FARKAS Á. (1998). Methadonnal kapcsolatos javaslatok a Pszichiátriai Szakmai Kollégium Addiktológiai Szakcsoportja részére. *Szenvedélybetegségek (Addictologia Hungarica)*, 6:125-126.
- GEREVICH J. (1994). Az európai és magyarországi droghelyzet: hasonlóságok és különbségek. In: Gerevich J. (szerk.) *Drog és Politika. Egészséges Ifjúságért Alapítvány*, Budapest.
- GEREVICH J. (2001). Drogok használatával összefüggő pszichiátriai problémák és betegségek. In: Füredi J. (szerk.) *A Pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina, Budapest. 325-343.
- GEREVICH, J., BÁC SKAI, E. (1994). Drug Problems and Drug Policy: A Hungarian Point of View. *European Addiction Research*, 1:50-60.
- GEREVICH J., PALLAGHY S., ARATÓ G. (1994) A metadonkezelés biológiai és klinikai vonatkozásai. *Psychiatria Hungarica*, 6:567-582.
- GRUND, J. P. (1998). "Koknar" Production in Odesa, Ukraine. Manuscript.
- GRUND, J-P. C., NOLIMAL, D. (1995). A Heroin Epidemic in Macedonia. Report to the Open Society Institute, New York and the Open Society Institute, Macedonia. The Lindesmith Center, New York.
- HARTNOLL, R. L., MITCHESON, M., BATTERSBY, A., BROWN, G., ELLIS, M., FLEMING, P., HEDLEY, N. (1980). Evaluation of Heroin Maintenance in Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*, 37. Aug. 877-884.
- HONTI J. (2000). Az ártalomcsökkentés módszere az opiátfogyasztók körében. In: Ritter I. (szerk.) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. ISMertető sorozat 12. Ifjúsági és Sportminisztérium*, Budapest. 223-225.
- HONTI, J., RUMJANTSEVA, T., CHEBOTARENCO, N., ZYGADLO, M., BENIOWSKI, M., SUBATA, E. (1999). Networking on harm reduction in the CEE region. A possible approach to influence local drug policies. Paper presented at the National HIV Prevention Conference. Atlanta, USA.
- HONTI, J., SHARANG, A., JIRESOVA, K., NANU, M., SUBATA, E., BENIOWSKI, M., DEHNE, K. (2000). Division in HIV Epidemic in the Central-Eastern European and Former Soviet Union Region, and its Effect on Regional Networking. Paper presented at the 3rd International HIV Prevention Works Symposium, July 8-9, 2000 Durban, South-Africa.
- HONTI, J., ZELENAI, K. (1999). Steps on the Methadone Path. Paper Presented at the 10th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Geneva, Switzerland.
- ISBELL, H., WIKLER, A., EDDY, N. B., WILSON, J. L., MORAN, C. F. (1947). Tolerance and Addiction Liability of 6-dimethylamino-4-4diphenyl-heptanon-3 (Methadone). *Journal of the American Medical Association*, 135. Dec. 6. 888-894.
- KASTELIC, A., KOSTNAPFEL RIHTAR, T. (1998). Treatment of Addicts to Prohibited Drugs in the Republic of Slovenia. News Letter of the Central-Eastern European Harm Reduction Network. Issue 2.
- METZGER, D. S., NAVALINE, H., WOODY, G. E. (1998). Drug Abuse Treatment as AIDS Prevention. *Public Health Reports*, Suppl. 1. 113:97-106.
- MOSKALEWICZ, J., SIEROSLAWSKI, J., SWIATKIEWICZ G., ZAMECKI, K., ZIELINSKI, A. (1999). Prevention and management of drug abuse in Poland. Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland.
- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (1997). NIH Consensus Development Conference on Effective Medical Treatment of Heroin Addiction. November 17-19, 1997. Bethesda, Maryland.
- NEMZETI STRATÉGIA A KÁBÍTÓ SZER-PROBLÉMA VISSZASZORÍTÁSÁRA. A KORMÁNY KÁBÍTÓ SZER-ELLENES STRATÉGIAJÁNAK KONCEPCIONÁLIS ALAPJAI (2000). Ifjúsági és Sportminisztérium.
- NIH CONSENSUS CONFERENCE (1998). Effective Medical Treatment of Heroin Addiction. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. *Journal of the American Medical Association*, December 9. 280. 22. 1936-1943.
- PAKSI B., DEMETROVICS ZS. (1999). A drogepidemiológia jelenlegi helyzete Magyarországon. Helyzetértékelés, célok, problémák és lehetőségek a Nemzeti Drogstratégia kapcsán. *Szenvedélybetegségek (Addictologia Hungarica)*, 1. 14-27.
- PAYTE, J. T. (1991). A Brief History of Methadone in the Treatment of Opioid Dependence: A Personal Perspective. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23:103-107.
- PRESTON, A. (1996). *The Methadone Briefing*. Island Press, London.
- RÁCZ J. (2000). Az opiátfogyasztók ambuláns ellátásának működése Magyarországon. In: Ritter I. (szerk.) *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. ISMertető sorozat 12. Ifjúsági és Sportminisztérium*, Budapest. 213-222.

I. Történeti áttekintés

RÁCZ J., VINGENDER I. (1999). A főbb addikciók (alkoholizmus, dohányzás, drogabúzus) szerepe Magyarországon a morbiditásban-mortalitásban és a népesség fogyatkozásában. Statisztikai elemzés az Országgyűlés tájékoztatására, 1998. Országos Alkohológiai Intézet, Budapest.

RHODES, T., STIMSON, G. V., CROFTS, N., BALL, A., DEHNE, K. L., KHODAKEVICH, L. (1999). Drug Injecting, Rapid HIV Spread, and the "Risk Environment": Implications for Assessment and Response. AIDS, 13(suppl A):S259-S269.

RHODES, T., BALL, A., STIMSON, G. V., KOBYSHCHA, Y., FITCH, C., POKROVSKY, V., BEZRUCHENKOVACHUK, M., BURROWS, D., RENTON, A., ANDRUSHCHAK, L. (é.n.). HIV Infection Associated With Drug Injecting in the Newly Independent States. Eastern Europe: The Social and Economic Context of Epidemics. Manuscript.

RITTER I. (2000) (szerk.) Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről. ISMertető sorozat 12. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.

SPEAR, B. (1969). The Growth of Heroin Addiction in the United Kingdom. British Journal of Addiction, 64:245.

SUBATA, E., GRUND, J. P., HONTI, J. (2000). Chapter 4: Eastern Europe In: International Review of Agonist Pharmacotherapy for Drug Dependence. WHO Document, Manuscript.

SUBATA, E. (1998). Major Changes in the Methadone Legislation in Lithuania. News Letter of the Central-Eastern European Harm Reduction Network. Issue 2,

SUBATA, E. (1999). Drug Treatment in the Baltic Countries. European Addiction Research, 5:138-144.

SZÚCS A. (1993). A Methadon-munkabizottság jelentése. Kecskemét. Kézirat.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1997). Smoking, Drinking and Drug Taking in the European Region. Copenhagen.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1999). Principles for Preventing HIV Infection among Drug Users. Copenhagen. [magyarul l. Addictologia Hungarica, 7:388-393.]

Demetrovics Zsolt

1034 Budapest,

San Marco u. 31.