

Relapszusprevenció drogfüggőknél: pszichoterápiás és farmakoterápiás lehetőségek

RÁCZ JÓZSEF^{1,2}

¹ Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Alapozó Egészségtudományi Intézet, Addiktológiai Tanszék, Budapest
² Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet, Tanácsadás Pszichológiája Tanszék, Budapest

A szakirodalmi áttekintés a relapszusprevenció módszereivel foglalkozik. A relapszusprevenció a drogfüggők kezelésének kulcsmozzanata a változás transzteoretikus modellje értelmében. Ha a relapszusprevenció eredményes, azzal nemcsak a visszaesést elözzük meg, hanem a kliens kikerülhet a visszaesések circulus vitiosus-ából. A pszichoterápiás relapszusprevenciós módszerek közül a kognitív-viselkedésterápiás módszerek bizonyultak hatékonyak. Ezeknek ma már egy rövidebb formája is kialakult: a kognitív torzítás módosítása. A farmakoterápiás kezelések részben a sóvárgás csökkentése, illetve a pszichoaktív anyag hatásának kiiktatása révén hatnak. Speciális farmakoterápiás kezelést jelent a szorosabb értelemben relapszusmegelőző hatású, nem-absztinencia-orientált kezelés. Itt a cél a szerhasználat ártalmainak csökkentése, akkor is, ha rövidtávon az absztinencia nem elérhető. Így a hagyományostól eltérő, új célcsoportok is kezelésbe vonhatók.

(*Neuropsychopharmacol Hung 2013; 15(4): 232-238*)

Kulcsszavak: drogfüggőség, relapszus, relapszusprevenció, kognitív-viselkedéses terápia, ártalomcsökkentés, farmakoterápia

A Marlatt és Gordon (1985) által kialakított relapszusprevenciós (RP) modell a relapszust nem a terápia kudarcaént fogja fel és nem is tekinti olyan végállapotnak, amikor kliens gyógyulásáról le kell mondanunk. Felfogásukban a relapszus a szenvedélybetegek, így a drogfüggők felépülésének egy állomása, annak velejárója. A cél a relapszus minél hamarabb történő kezelése – figyelembe véve a relapszus sajátosságait –, illetve megelőzése (RP).

A RELAPSZUS ELHELYEZÉSE A VÁLTOZÁS MODELLJÉBEN

Prochaska és DiClemente (1983) viselkedésváltozással kapcsolatos elméletét később nemcsak a szenvedélybetegek viselkedésváltozása, hanem minden viselkedésváltozás esetén relevánsnak találták (Prochaska et al., 2009). Fő megállapításaik szerint a viselkedésváltozás – így drogfüggőknél az absztinencia kialakulása, a felépülés – szakaszokon megy keresztül. Minden szakasz más-más pszichológiai jellemzőkkel bír és eltérő célok kitűzését igényli a terapeutától, valamint

eltérő beavatkozási formák alkalmazását (1. táblázat). A viselkedésváltozás aktuális szakasza és a változás folyamata közötti interakciót kell figyelembe venni az intervenció tervezésekor. A viselkedésváltozás szakaszai körívszerűen is elképzelhetők. A kliens egy nemkívánatos viselkedéssel – esetünkben a droghasználattal vagy a függőséggel – lép be a körfolyamatba, az első stádiumnál (prekontempláció). A droghasználat számára előnyökkel jár, a negatív következmények vagy még nem jelentkeztek, vagy nem kapcsolja azokat össze a droghasználattal (például a szerhasználat miatti koncentrációs problémákat). Függőség esetén a problémák már jelentkeztek, de az egyén nem képes a viselkedésváltozásra (American Psychiatric Association, 2000). A kontempláció szakaszában az egyén felismeri a problémákat – illetve azt, hogy ezek droghasználatával állnak összefüggésben –, gondolkodik is azon, hogy változtasson a szerhasználatán, de aktív lépéseket nem tesz ennek érdekében. A szakasz jellemzője a változás melletti és elleni ambivalencia, a szerhasználat pozitív és negatív hatásainak megítélésében rejlő kettősség. A kliens problémái-

1. táblázat A változásra való készség szakaszai (Prochaska, DiClemente és Norcross, 2009; és Bodrogi, 2011, nyomán)

Szakasz	Leírás	Terápiás célok	Terápiás beavatkozások
Prekontempláció	Nem gondol a változásra	A kliens céljainak meghatározása Az önhatékony alátámasztása	Információszolgáltatás Rövid intervenció
Kontempláció	A változással szembeni ambivalencia	A cél és a viselkedés közötti ellentmondás felszámolása Önmotiváló állítások előhívása	Motivációs interjú Rövid intervenció
Determináció	Kognitívan elszánt a változásra	A változásra elszántság megerősítése	Motivációs interjú
Cselekvés	Megkezdte a viselkedésváltozást	Új akadályok felismerése és kezelése	Elvonás menedzsment
Fenntartás	A viselkedésváltozás stabil	A változás stabilitásának biztosítása	Kognitív-viselkedéses terápia (CBT), CBM (Cognitive Bias Modification)
Relapszus	A nemkívánt viselkedés jelentkezése: nagy kockázatú helyzetek; figyelmeztető jelzések	A visszaesés felismerése Az önhatározásra és a változásra való elhatározás új megalapozása Új viselkedési stratégiák (coping) létrehozása	CBT, CBM Relapszus menedzselés RP, pszichoterápiával (CBT) vagy farmakoterápiával
Termináció	A változás stabil	A változás stabilitásának biztosítása	CBT, RP Társas támogatórendszerek biztosítása

nak felismerését és a változás melletti elköteleződését a motivációs interjú (Miller és Rollnick, 1991; Urbán, 2009), illetve a rövid intervenció (például Babor et al., 2007) biztosíthatja. A változásra való elszántságot követi a viselkedésváltozás, a szer használatának abbahagyása. A pszichoaktív anyag, illetve a függőség jellegétől (fizikai és/vagy pszichikai) meghatározott módon ilyenkor az elvonási tünetek menedzselése is terápiás célkitűzés lehet. Ilyenkor a hangsúly az új viselkedést megerősítő pozitív jelzéseken, a viselkedéskontrollon van. A fenntartás szakaszában fordulhatnak elő a visszaesések, amelyek nem megfelelő kezelés esetén az egyént visszajuttatják a prekontempláció szakaszába, és a körfolyamat újraindulhat. A visszaesett szerhasználó nem érzi úgy, hogy neki problémái lennének a szerhasználattal, „megérdemli” az absztinencia után a „kismértékű” droghasználatot. Ha ezeket a problémákat az egyén felismeri, kerül a következő szakaszba és így tovább.

A változás modellje tehát kiemelt jelentőséget tulajdonít a relapszus megelőzésének, illetve menedzselésének, mert ez az a lehetőség, hogy a drogfüg-

gő személy kikerülhet a „circulus vitiosus-szerűen” működő körfolyamatból és megmaradhat a tartós viselkedésváltozás: az absztinencia és a hozzákapcsolódó életstílusbeli változás. Ekkor a folyamat terminációjáról beszélünk, az egyén esetében pedig felépülésről (Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2011). A felépülés olyan változási folyamat, ami elősegíti az egyének egészségét és jóllétét, értelmes életet biztosít az egyének által választott közösségben és az életút nyújtotta lehetőségeik teljességét igyekeznek elérni (Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2011).

A RELAPSZUSPREVENCIÓS MODELL

A Marlatt és Gordon (1985) által kialakított modell fő jellemzője, hogy a relapszust nem „minden vagy semmi” alapon fogja fel (absztinencia vagy relapszus), hanem viselkedési kontinuumot feltételez. Ez elkezdődik már az első, a terápiát követő droghasználat miatti kezelésbevétel előtt és folytatódik a kezdeti droghasználat után is. A modell elsősorban a kognitív-visel-

kedéssel jellemzőket veszi számba és ezekhez terápiás javaslatokat is rendel (Marlatt és Donovan, 2005; Larimer et al., 1999). A modell szerint relapszushoz két tényezőcsoport vezethet: a közvetlen, meghatározó faktorok és a rejtett előzmények.

Nagykockázatú helyzetek

A modell középponti tényezői a nagykockázatú helyzetek. Ezekben a helyzetekben az egyén önkontrollja veszélybe kerül és megnő a visszaesés valószínűsége. Ezek a helyzetek a relapszust kiváltó közvetlen tényezőcsoportokhoz tartoznak. A modell által azonosított *nagykockázatú helyzetek*:

- Negatív érzelmi állapotok: például düh, szorongás, depresszió, frusztráció, unalom. Elsősorban intraperszonális tényezők tartoznak ebbe a csoportba.
- Interperszonális helyzetek: például konfliktusok negatív érzelmi állapotokhoz, majd visszaesésekhez vezethetnek.
- Társas hatások: közvetlen vagy közvetett verbális vagy nonverbális rábeszélés a szerhasználatra, indirekt nyomásgyakorlás, például amikor az egyén olyan helyzetben van, ahol sokan drogoznak.
- Pozitív érzelmi állapotok: például ünnepek, droghoz kötődő ingereknek való kitettség (például filmekben bemutatott droghasználat), nonspecifikus sóvárgás (lásd később).

Coping: ugyan a RP modell középponti elemei a nagykockázatú helyzetek, könnyen belátható, hogy nem ezek, hanem az egyén viselkedése vezet a relapszushoz, tehát a helyzetekre adott válasza. Ha az egyén megtanulja kezelni a nagykockázatú helyzeteket, azaz olyan coping stratégiákat alakít ki, amellyel kezelhetővé vagy elkerülhetővé teszi ezeket a helyzeteket, akkor a relapszus valószínűsége csökken. A helyzetek hatékony kezelése a továbbiakban az egyén önhatékonyt, a személyes kontrollba vetett hitét is pozitívan befolyásolja.

Kimeneti elvárások: droghasználók esetében is megfigyelhető, hogy a szerhasználat közvetlen, azonnali hatásaira koncentrálnak és a későbbi, negatív következményekkel kevésbé foglalkoznak. Nagy-kockázatú helyzetekben különösen veszélyes lehet az ilyen gondolatok felbukkanása, hiszen akkor a droghasználat újramegjelenése nagyon valószínűvé válik. Ilyenkor az egyén úgy érezheti, hogy a droghasználat segít elkerülni vagy legyőzni például a negatív érzelmi állapotait (ami lehet az „öngyógyítás”, „öngyógyszerés” egy formája).

Abstinencia megsértési effektus: a visszaesés és a korábbi szintű, rendszeres szerhasználat közötti

különbség legjobban ezzel a tényezővel magyarázható. Helyesebb lenne ebben az esetben lapszusról, mint relapszusról beszélni, hiszen a RP modell szerint a relapszusnak nem szükségszerű következménye a rendszeres szerhasználat visszatérése. A magyar nyelvben a „megcsúszás” és a „visszaesés” szavakkal fejezzük ki ezt a különbséget. Azok az emberek, akik a visszaesést saját személyes kudarcukként fogják fel és büntudatot vagy más negatív érzést éreznek, folytathatják a szerhasználatot, elkerülendő az ilyen negatív érzéseket. Mások teljes kudarcként foghatják fel a visszaesést, amikor a „kontroll” már túlmegy az ő személyes lehetőségein („ilyen vagyok, így születtem”). A tapasztalatok szerint azok tudnak hatékonyabban megbirkózni a visszaeséssel, akik azt egy tanulási folyamat átmeneti kudarcaként fogják fel; még nem elég hatékony a coping stratégiájuk, hogy megküzdjenek a kiváltó okkal. Ugyanakkor, mivel egy tanulási folyamatként fogják fel a visszaesést (illetve a fenntartás stádiumát), igyekeznek tanulni a hibáikból – illetve megfelelő pszichoterápiás vagy gyógyszeres támogatás mellett képesekké válnak tanulni a hibájukból –, és egy következő alkalommal már másképpen viselkednek. Ekkor nem alakul ki a korábbi, rendszeres szerhasználat.

Rejtett előzmények

A RP modellben ebbe a csoportba a relapszushoz kevésbé direkt úton vezető előzmények tartoznak (Larimer et al., 1999). Ilyenek például az életstílussal, életvezetéssel kapcsolatba hozható tényezők, mint a megnövekedett stressz. Olyan kognitív tényezők is szerepet kaphatnak, mint a visszaesés tagadása, racionalizációja vagy a szer használata iránti késztetés vagy a sóvárgás. Ezek a tényezők megnövelik az egyén sebezhetőségét: arra vonatkozóan, hogy nagykockázatú helyzetbe kerüljön, illetve hogy azt ne tudja leküzdeni (vagy azzal megküzdni). Marlatt és Gordon (1985) megkülönbözteti a hirtelen fellépő késztetést (urge) és a hosszabb távon jelentkező sóvárgást (craving). Mindkettő esetében a fiziológiai folyamatok mellett kognitív, illetve környezeti tényezőket is azonosítottak: kondicionált reakciókat, a szer hatásának elvárásával kapcsolatos pozitív gondolatokat. A kognitív-viselkedéses pszichoterápia szerint az „addiktív hiedelmek” a leggyakrabban az örömkereséssel, a problémamegoldással, a nyugalommal vagy a meneküléssel kapcsolatosak (Beck et al., 1993; Bodrogi, 2011). Ezek az addiktív hiedelmek nagykockázatú helyzetekben aktiválódva megnövelik a szerhasználat megjelenésének valószínűségét.

A RELAPSZUSPREVENCIÓ PSZICHOTERÁPIÁS ÉS FARMAKOTERÁPIÁS LEHETŐSÉGEI

Pszichoterápiás lehetőségek

A RP során a pszichoterápiás – pszichoeducációs intervenciók célja a nagykockázatú helyzetekkel való megküzdés és az önhatékonyság növelése, a szerhasználat vagy a visszaeséssel kapcsolatos mítoszok és hiedelmek hatásának csökkentése, a lapszus menedzsment és a kognitív restrukturálás (Larimer et al., 1999; Marlatt és Donovan, 2005; Vidrine et al., 2012; Witkiewitz és Marlatt, 2004). A beavatkozások első lépése a RP modell megtanítása a klienseknek; a pszichoeducáció több ponton is megjelenik, például a nagykockázatú helyzetek vagy a coping fogalmában.

A nagykockázatú helyzetek azonosítása és az azokkal történő megküzdés: korábbi lapszusok, relapszusok elemzése segítségével, a visszaeséssel kapcsolatos álmok és fantáziák megbeszélésén keresztül fel lehet mérni azokat a helyzeteket, illetve az előfordulásuk valószínűségét, amelyekkel a kliens találkozhat. Miután a nagykockázatú helyzeteket azonosították, a klienst meg lehet tanítani arra, hogy mik azok a veszélyeztető jelzések, amelyek arra utalnak, hogy ilyen helyzetbe lép vagy ilyen helyzet kezd kialakulni. Az intervenció ezután arra irányul, hogyan tudja elkerülni a nagykockázatú helyzetet, illetve, ha már belekerült, hogy tud megszabadulni onnan. Az intervenciók másik típusa a kliens coping stratégiáira irányul: mennyire hatékonyak ezek a nagykockázatú helyzetekben, illetve mire van szükség, milyen tanulási folyamatokra, hogy ezek megváltozzanak az adaptív coping stratégiák irányában.

Egy másik megközelítés a kliensek önhatékonyságára fókuszál. Itt a cél az, hogy a kliens képes legyen az önkontrollra, önmaga szabályozására és arra, hogy a nehéz helyzeteket visszaesés nélkül kezelje. Az önhatékonyság szempontjából az egyik legfontosabb terápiás hatótényező a kliens – terapeuta kapcsolat: a szokásos „paternalisztikus”, „felülről – lefelé” irányuló és egyoldalú interakciók helyett a cél a partneri viszony kialakítása a két szereplő között. Tatarsky (2002) ártalomcsökkentő pszichoterápiáról beszél az ilyen helyzetek kapcsán: itt a kliens – terapeuta egyenrangú, kooperatív kapcsolata mellett a pszichoterápia célja is eltér a hagyományos absztinencia-orientált modelltől. Az ártalomcsökkentő pszichoterápia „megengedi” a kliensnek, hogy egyetlen cél (az absztinencia) helyett a szerhasználat csökkentése (de nem feltétlenül és nem első lépésben a szerhasználat elhagyása) érdekében dolgozzon a terápiás folyamatban. A Marlatt-

féle RP megközelítés egyik fontos eleme szintén az absztinencia-orientáltság helyett (a „minden vagy semmi” elv helyett) a célok rugalmas rendszerének érvényesítése a RP során (Marlatt és Gordon, 1985; Marlatt és Donovan, 2005). Az önhatékonyság növelésének másik útja a viselkedésváltozás lebontása részcélokra és rész-szakaszokra. Így, ahelyett, hogy a végső célra (az absztinenciára) fókuszálna a terápia, a kliens számára átláthatóbb és teljesíthetőbb szakaszokkal dolgozik a kliens – terapeuta páros (Vidrine et al., 2012). Fontos, hogy a terapeuta az elért eredményekről folyamatos visszajelzéseket adjon!

A RP következő eleme a szerhasználatához kapcsolódó „mítoszok” és társas hiedelmek azonosítása, majd megcáfolása. Ezek a társas hiedelmek a szerhasználat pozitív hatásait hangsúlyozzák, illetve „előírják”, hogy bizonyos helyzetekben „kötelező” a szerhasználat (például szórakozáskor vagy elektronikus zenei eseményeken). A szerhasználó ilyenkor a hosszabb távú negatív következményeket vagy például a drogfogyasztás illegitimitását nem veszi figyelembe, ezek fölött „átsiklik”.

A RP számol az esetlegesen bekövetkező lapszusokkal („megcsúszásokkal”) is: megfelelő menedzsment stratégiákat és vészforgatókönyveket dolgoznak ki a kliens számára, hogy ilyen helyzetekben mire számíthat (absztinencia megsértési effektus, büntudat, szégyen) és mit kell tennie (felkeresnie a terapeutáját). A kognitív-viselkedéses terápiák is elsősorban a kognitív és vagy a viselkedéses megküzdés valószínűségét növelik (Bodrogi, 2006; Perczel Forintos, 2006). Az addiktív hiedelmeket a kliens önmonitorozása (naplózása) segíthet azonosítani: milyen helyzetekben lépett fel sóvárgás, milyen gondolatai voltak ekkor, történt-e droghasználat, és ha igen – vagy ha nem – milyen érzések alakultak ki benne. Az addiktív hiedelmek azonosításával lehetőség nyílik azok átstrukturálására is.

Az utóbbi években megjelentek rövid idejű kognitív beavatkozások is, mint például a szerhasználók észlelésbeli és viselkedéses kognitív hibáit, torzításait (bias) módosító eljárás (cognitive bias modification, CBM: Wiers et al., 2011). Alkoholos italt ábrázoló képeknél automatikus megközelítő vagy elkerülő viselkedés lép fel: alkoholbetegek jellemzően gyorsabb megközelítő viselkedést mutatnak. Ha ezt az észlelésre és a válaszreakcióra koncentrált tréninggel módosítják, akkor az alkohol-elkerülő automatikus viselkedésnek terápiás hatása van (Wiers et al., 2011; 2013).

A pszichoterápiás hatásvizsgálatok arra irányulnak, hogy egyes klienscsoportoknak (például gyorsan vagy lassan reagáló szerhasználók) milyen speciális intervenciók felelnek meg (Stulz et al., 2010).

Farmakoterápiás lehetőségek: a sóvárgás csökkentése

A sóvárgás csökkentése vagy a pszichoaktív szer hatásának csökkentése-kiiktatása antagonistá hatású készítmény alkalmazásával (Stahl, 2008) az absztinenciát, illetve annak tartós fennmaradását célozza meg.

Naltrexon: alkoholfüggőknél számoltak be a gyógyszer előnyös tulajdonságairól (Kranzler és Van Kirk, 2001; Napiera et al., 2013; Pettinati et al., 2006; Rösner et al., 2010). *Bupirion:* Winhusen és mtsai (2012) kokainhasználók kezelése során, így a RP során is a bupirion előnyös tulajdonságairól számoltak be: eredménynek az absztinenciát tekintették. McRae és mtsai (2004, 2006) opiátfüggőknél, illetve marihuánahasználóknál is beszámoltak a szer hatásairól, Malec és mtsai (1996) pedig alkoholfüggőknél találtak eredményeket. *Baclofen:* Napiera, Herrold és de Wiet (2013) összefoglalójukban opiát-alkohol- és nikotindependenciában hangsúlyozzák a szer alkalmazhatóságát. Spanagel és Vengeliene (2013) összefoglalójukban több szer hatását vizsgálták alkoholfüggők esetében: disulfiram, naltrexon, acamprosate és nalmefene. Véleményük szerint e szerek, illetve kombinációik hozzájárulhatnak a gyógyszeresen támogatott RP-hoz.

Farmakoterápiás lehetőségek: absztinencia-orientált versus ártalomcsökkentő kezelések

Ha a RP csak gyógyszeres támogatással valósítható meg, akkor ezt célszerű alkalmazni és a betegek bizonyos csoportjánál le kell mondani az absztinencia – rövid távú – eléréséről.

Spanagel és Vengeliene (2013) ezt az elvet hangsúlyozva rámutatnak, ha opiátfüggők esetében az agonista kezelés RP-s hatású, akkor más addikciónál is lehet ugyanezt a logikát követni. A nem absztinencia-orientált terápiás próbálkozások ugyanakkor egy új – vagy más – kliens csoportot, illetve azok eddig kielégítetlen terápiás szükségleteit is megcélozzák (Mann et al., 2013).

Opiáthasználók esetében az agonista hatású készítmények hatása jól ismert, számos Cochrane-review tekinti át az eredményességüket (például Amato et al., 2011). Ilyen készítmények a metadon (Mattick et al., 2009), a buprenorfin (Ducharme et al., 2012; Soyka, 2011), a buprenorfin/naloxon kombináció (például Demetrovics et al., 2009; Petke et al., 2011; Soyka, 2011), illetve a heroin (Ferri et al., 2011). Bart (2012) irodalmi áttekintésében az agonista terápiát hatékonynak találta opiátfüggők esetében: csökkent

a relapszusveszély, csökkent a sóvárgás, csökkent a szerhasználat és nőtt a terápiás retenció, valamint javultak a szociális aktivitással kapcsolatos mutatók. Kokainhasználók (Mariani és Levin, 2012) és amfetaminhasználók (Perez-Mana et al., 2012) pszichostimulánsokkal történő kezelése szintén ezt az előzőekben bemutatott modellt követi. Kialakult klinikai praxisról azonban még nem beszélhetünk ezekben az esetekben. Kannabiszfüggőknél dronabinol (szintetikus delta-9-tetrahidrokannabinol) alkalmazása esetén (Levin et al., 2011) nagyobb retencióról és kisebb elvonási tünetekről számoltak be. A dronabinol alkalmazása is az agonista RP terápiás modellt követi. Nikotinfüggőségénél a nikotinhelyettesítő kezelés (Stead et al., 2012) és a parciális agonista hatású vareniklin (Cahill et al., 2012; Mills et al., 2012) hatékonynak bizonyult a RP-ban.

Rövidítések

CBM: kognitív torzítás módosító tréning

CBT: kognitív-viselkedéses terápia

RP: relapszusprevenció

Levezetési cím: Prof. Dr. Rácz József, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Alapozó Egészségtudományi Intézet, Addiktológiai Tanszék, 1088 Budapest, Vas u. 17.
e-mail: raczj@se-etk.hu, racz.jozsef@ppk.elte.hu

IRODALOM

- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., & Vecchi, S. (2011). Psycho-social combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 10:CD004147.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders DSM-IV-TR*, 4th edn (Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Babor, T.F., McRee, B.G., & Kassebaum, P.A. (2007). Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abuse*, 28,3:7–30.
- Bart, G. (2012). Maintenance medication for opiate addiction: the foundation of recovery. *J Addict Dis*, 31,3:207-25.
- Beck, A. T., Write, F., Newman, C.C. & Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Guilford Press, New York.
- Bodrogi, A. (2006). Az addikciók kognitív viselkedésterápiája. In: Mórotz, K. és Perczel Forintos, D. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 583-610.
- Bodrogi, A. (2011). Az alkoholiszmus kognitív viselkedésterápiás megközelítése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66. 1. 141–156.
- Cahill, K., Stead, L.F. & Lancaster, T. (2012). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 4:CD006103.
- Demetrovics, Zs., Farkas, J., Csorba, J., Németh, A., Mervó, B., Szemelyácz, J., Fleischmann, E., Kassai-Farkas, Á., Petke, Zs., Oroján, T., Rózsa, S., Rigó, P., Funk, S., Kapitány, M., Kollár, A. & Rácz, J. (2009). Early Experiences with Suboxone main-

- tenance therapy in Hungary. *Neuropsychopharmacol Hung*, 9,4:249-257.
10. Ducharme, S., Fraser, R., & Gill, K. (2012). Update on the clinical use of buprenorphine: in opioid-related disorders. *Can Fam Physician*, 58,1:37-41.
 11. Ferri, M., Davoli, M., & Perucci, C.A. (2011). Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database Syst Rev*. 7;(12):CD003410.
 12. Kranzler, H., Van Kirk, J. (2001). Efficacy of naltrexone and acamprosate for alcoholism treatment: a meta-analysis. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 25, 1334-1341.
 13. Larimer, M.E., Palmer, R.S. & Marlatt, G.A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health* 23,2, 151-160.
 14. Levin, F.R., Mariani, J.J., Brooks, D.J., Pavlicova, M., Cheng, W. & Nunes, E.V. (2011). Dronabinol for the treatment of cannabis dependence: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Drug Alc Dep* 116, 142-150.
 15. Malec, E., Malec, T., Gagné, M.A. & Dongier, M. (1996). Buspirone in the treatment of alcohol dependence: a placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 20:307-12.
 16. Mann, K, Bladström, A, Torup, L, Gual, A, & van den Brink, W.(2013). Extending the treatment options in alcohol dependence: a randomized controlled study of as-needed nalmefene. *Biol Psychiatry*. 15;73,8:706-13.
 17. Mariani, J.J. & Levin, F.R. (2012). Psychostimulant treatment of cocaine dependence. *Psychiatr Clin North Am.* 35,2:425-39.
 18. Marlatt, G. A. & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*, 2nd Ed. New York: Guilford Press.
 19. Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press, New York.
 20. Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 8;(3):CD002209.
 21. McRae, A.L., Sonne, S.C., Brady, K.T., Durkalski, V. & Palesch, Y. (2004). A randomized, placebo-controlled trial of buspirone for the treatment of anxiety in opioid-dependent individuals. *Am J Addict* 13,1:53-63.
 22. McRae, A.L., Brady, K.T. & Carte, R.E. (2006). Buspirone for treatment of marijuana dependence: a pilot study. *Am J Addict* 15,5:404.
 23. Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press, New York.
 24. Mills, E.J., Wu, P., Lockhart, I., Thorlund, K. & Puhan, M., Ebbert J.O. (2012). Comparisons of high-dose and combination nicotine replacement therapy, varenicline, and bupropion for smoking cessation: a systematic review and multiple treatment meta-analysis. *Ann Med.* 44,6:588-97.
 25. Napiera, C., Herrold, A.A. & de Wiet, H. (2013): Using conditioned place preference to identify relapse prevention medications. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, in press.
 26. Perczel Forintos, D. (2006). A kognitív terápia standard módszerei. In: Mórotz, K. & Perczel Forintos, D. (szerk.): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 241-274.
 27. Perez-Mana, C., Castells, X., Torrens, M., Capella, D. & Farre, M. (2012). Efficacy of psychostimulant drugs for amphetamine abuse or dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009695>. Art. No. CD009695.
 28. Petke, Zs., Mészáros J., Vingender, I., Demetrovics, Zs., Farkas, J., Kovács, Zs., Menczel, Zs., Havasi, A., Simor, P. & Rácz, J. (2011). Early dropout after one month of buprenorphine/naloxone therapy. *New Medicine (Borgis)*15,2:72-75.
 29. Pettinati, H.M., O'Brien, C.P., Rabinowitz, A.R., Wortman, S.P., Oslin, D.W., Kampman, K.M. & Dackis, C.A. (2006). The status of naltrexone in the treatment of alcohol dependence: specific effects on heavy drinking. *J. Clin. Psychiatry* 26, 610-625.
 30. Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51,3,390-395.
 31. Prochaska, J. O., Di Clemente & C. C., Norcross, J. C. (2009). Valódi újrakezdés. Hatlépcsősprogram ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére. *Ursus Libris*, Budapest.
 32. Rösner, S, Hackl-Herrwerth, A, Leucht, S, Vecchi, S, Srisurapanont, M, & Soyka, M.(2010). Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 8,12:CD001867.
 33. Soyka, M. (2012). Buprenorphine and buprenorphine/naloxone soluble-film for treatment of opioid dependence. *Expert Opin Drug Deliv.* 9,11,1409-17.
 34. Spanagel, R. & Vengeliene, V. (2013). New pharmacological treatment strategies for relapse prevention. *Curr Top Behav Neurosci.* 13:583-609.
 35. Stahl, S.M. (2008). *Stahl's essential psychopharmacology. Neuroscientific basis and practical applications*. 3rd edition. Cambridge University Press, New York.
 36. Stead, L.F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K. & Lancaster, T. (2012): Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 11:CD000146.
 37. Stulz, N., Gallop, R., Lutz, W., Wrenn, G.L. & Crits-Christoph, P. (2010). Examining differential effects of psychosocial treatments for cocaine dependence: An application of latent trajectory analyses. *Drug Alc Dep*106, 164-172
 38. Substance Abuse and Mental Health Service Administration (2011). *Recovery Defined. A Unified Working Definition and Set of Principles*. http://otconnections.aota.org/more_groups/practice_areas/psych_rehab_ot/b/psych_rehab_ot-blog/archive/2011/06/02/samhsa-blog-recovery-defined-a-unified-working-definition-and-set-of-principles.aspx hozzáférés: 2013.05.30.
 39. Tatarsky, A. (2002). *Harm reduction psychotherapy. A new treatment for drug and alcohol problems*. Jason Aronson Inc., Northvale, New Jersey.
 40. Urbán, R. (2009). A motivációs interjú. In: Demetrovics, Zs. (szerk.): *Az addiktológia alapjai III. Eötvös Kiadó, Budapest, 277-294.*
 41. Vidrine, J.I., Reitzel, L.R. & Figueroa, P.Y. (2012). Motivation and Problem Solving (MAPS): Motivationally Based Skills Training for Treating Substance Use. *Cogn Behav Practice*. DOI: 10.1016/j.cbpra.2011.11.001
 42. Wiers, R.W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E.S. & Lindenmeyer, J. (2011). Retraining Automatic Action Tendencies Changes Alcoholic Patients' Approach Bias for Alcohol and Improves Treatment Outcome. *Psychological Science* 2011 22: 490. DOI: 10.1177/0956797611400615
 43. Wiers, R.W., Gladwin, T.E., Hofmann, W., Salemink, E. & Ridderinkhof, K.R. (2013). Cognitive Bias Modification and Cognitive Control Training in Addiction and Related Psychopathology Mechanisms, Clinical Perspectives, and Ways Forward. *Clinical Psychological Science* 1: 192. DOI: 10.1177/2167702612466547
 44. Winhusen, T., Brady, K.T., Stitzer, M., Woody, G., Lindblad, R., Kropp, F., Brigham, G., Liu, D., Sparenborg, S., Sharma, G., VanVeldhuisen, P., Adinoff, B. & Somoza, E. (2012). Evaluation

of buspirone for relapse-prevention in adults with cocaine dependence: An efficacy trial conducted in the real world. *Contemporary Clinical Trials* 33 993–1002.

45. Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, 224–235.

Relapse prevention in drug addicts

The literature review deals with methods of relapse prevention. Relapse prevention is the key in the treatment of clients with drug addictions according to the transtheoretical model of change. If relapse prevention is more effective then not only the relapse would be prevented, but the client would leave the *circulus vitiosus* of relapses. Among psychotherapies cognitive behavioural methods are proven effective. Shorter forms of cognitive therapies are also available: for example, cognitive bias modification. Pharmacotherapy partly decreases craving of the clients or ceases the effects of psychoactive substances. Specific pharmacotherapeutic methods prevent relapses in a non-abstinent treatment design. Here the goal is not the abstinence in a short time, but the reduction of harms associated with drug use. In this way, a new target group of drug users can be involved in treatment.

Keywords: drug addiction, relapse, relapse prevention, cognitive behavioural therapy, harm reduction, pharmacotherapy