

A kliensek prevenciósi szükségleteinek meghatározása - eszköztár*

Rózsa Sándor

Bevezetés

A különböző szerhasználattal összefüggő problémák komplexitása miatt a mérésnek többnyire több területre is ki kell terjednie. A legfontosabb területeket a szociodemográfiai tényezők (pl. életkor), az addikcióval összefüggő jellemzők (pl. súlyosság, visszaesés), az intrapszichés sajátosságok (pl. pszichopatológia, motiváció), a társas és egyéb környezeti feltételek (pl. társas támogatottság) alkotják.

A prevenciósi munkától kezdve, a többszörösen visszaeső kliensek kezeléséig számos olyan mérési cél fogalmazható meg, amelyek sajátos eljárásokat és feltételeket igényelnek. Az addiktológiában főként a következő mérési célokat fogalmazzák meg a leggyakrabban: szűrés és korai felismerés, kliensek motivációjának fokozása, problémafeltárás, diagnózis, kezelési terv kialakítása, kezelési terv hatékonyságának meghatározása (Donovan, 1999).

A jelen tanulmány azokat a pszichológiai mérőmódszereket tekinti át, amelyek mind a hazai, mind a nemzetközi gyakorlatban jól ismertek, valamint a mérőeszközökkel szerzett kutatási eredmények és gyakorlati tapasztalatok a módszerek kiváló alkalmazhatóságát dicsérik. A fejezetnek nem célja, hogy a nemzetközileg ismert több száz mérőeszköz mindegyikét bemutassa, sokkal inkább a már hazánkban is elérhető mérőeszközök megválasztásához szeretne hasznos támpontokat nyújtani a hazai szakemberek számára.

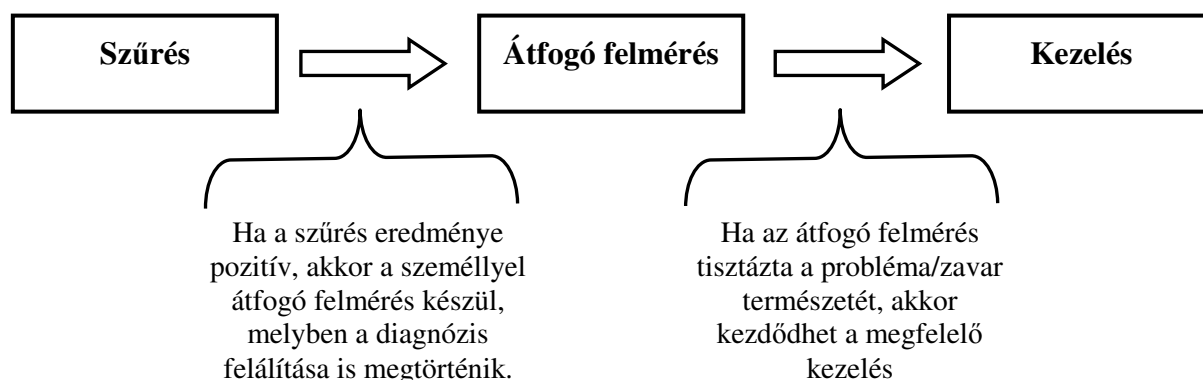
A mérőeszközök megválasztásához hasznos támpontul szolgálhat, ha a mérés lehetséges célja alapján csoportosítjuk az eszközöket. A következőkben az alábbi bontásban kerülnek ismertetésre a terület főbb mérőeszközei: Szűrés és a korai felismerés, Motivációfokozás és a vátozásra való készség, Problémfeltárás, Diagnózis, Személyiségtényezők, Kognitív és motivációs tényezők.

Szűrés és korai felismerés

A szűrőmódszereket általában személyek vagy veszélyeztetett csoportok azonosítására használjuk. Végezhetünk például szűrést szerfüggők, problémákkal küzdő szerhasználók, vagy szert még nem használók, de veszélyeztetett fiatalok azonosítására. A szűrés célja alapvetően meghatározza, hogy milyen típusú mérőeszközt alkalmazzunk.

A szűrést érdemes megkülönböztetnünk a diagnózist is magában foglaló átfogó méréstől és a kezeléstől. Az *1. ábra* a három tényezőn alapuló folyamat kapcsolatát szemlélteti (Allen, 1991).

* A jelen tanulmány alapját a Nemzeti Drogmegelőzési Intézet által szervezett Megelőző – Felvilágosító Szolgáltatások Országos Konferenciáján 2008. november 18-án elhangzott előadás jelenti. A tanulmány átfogó és részletes változata a Demetrovics Zsolt által szerkesztett Addiktológia alapjai II. című könyvben megtalálható.



1. ábra A szűrés, az átfogó felmérés és a kezelés kapcsolata (Allen, 1991 alapján)

A nemzetközi gyakorlatban több tucat olyan önjellemző mérőeszközt használnak, amelyek az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák feltárására alkalmasak. Hazánkban jelenleg a *CAGE*, a *Michigan Alkoholizmus Szűrőkérdőív* (MAST) és az *AUDIT* a leggyakrabban használtak. A Michigan Alkoholizmus Szűrőkérdőív mintájára fejlesztették ki a *Droghasználat Szűrőkérdőívét* (DAST: Drug Abuse Screening Test). A következőkben a négy mérőeszközt részletesen is bemutatjuk.

CAGE

A négy tételből álló *CAGE* skálát az 1970-es években fejlesztették ki, amely az alkoholizmus és az ezzel összefüggő problémák szűrését célozta (Ewing és Rouse, 1970). A *CAGE* betűkombináció négy betűje egy-egy alkoholfogyasztással kapcsolatos problémára utal*. A „C”-betű az angol Cut (abbahagyás) szóra utal, s a problémát feltáró tétel magyarul így hangzik: *Érezte-e valaha, hogy abba kell hagynia az ivást.* Az „A”-betű az Annoyed (bánt, bosszant, zavar) angol szóra utal, amelyet az alábbi tétel térképez fel: *Zavarták-e valaha az emberek azzal, hogy kritizálták az ivását.* A „G” a Guilty (vétkes, bűnös) szóra utal, a problémát feltáró tétel pedig a következő: *Rosznak vagy vétkesnek érezte-e magát az ivásával kapcsolatban.* Végül az „E”-betű az Eye-opener kifejezésre utal, ami azt a problémát takarja, amikor az alkoholfüggő személy már kora reggel ivással kezdi a napot. A tétel magyarul a következőképpen hangzik: *Előfordult-e, hogy ivással kezdte a napot reggel, hogy megerősítse az idegeit vagy megszabaduljon a másnaposságtól.* Általában a kettő vagy annál több pozitív válasz alkoholizmusra, illetve az alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarra utal (Ewing, 1984). A tételeket „igen” vagy „nem” válasszal lehet megítélnie a kitöltőnek, ahol az „igen” válaszok 1 pontot érnek, míg a „nem” válaszok nullát.

A *CAGE* alkalmazásának legfőbb előnye – más önjellemző skálákkal szemben –, hogy rövid, könnyen kitölthető, értékelése egyszerű, s a kérdések kevésbé stigmatizálóak, hiszen a legtöbb esetben áttételesen kérdeznak rá az alkohol okozta problémákra.

A *CAGE* mérőeszköz érvényességét és megbízhatóságát számos klinikai és normatív mintán (Bisson és mtsai., 1999; Chan és mtsai., 1994; Cherpitel, 1999; Ewing, 1984; Liskow

* A *CAGE* szó jelentése angolul kalitka, vagy kalitkába zárt, ami nagyon találóan jelképezi az alkoholfogyasztással küzdő személy gyakori kilátástalanságát, bezártságát és tehetetlenségét.

és mtsai., 1995), illetve fiatalok körében (Heck és Williams, 1995; Nyström és mtsai., 1993) végzett kutatási eredmény támogatja alá.

A reprezentatív hazai vizsgálati mintán (N=1200) végzett eredmények a 4 tételes skála jó megbízhatóságát (Cronbach-alfa: 0,76) és érvényességét (magas együttjárás az AUDIT kérdőívvel) támasztják alá. A CAGE és az AUDIT mérőeszközök alapján történő besorolások során a két mérőeszköz a teljes minta 93,9%-át azonos kategóriába sorolta (Gerevich és mtsai., 2006a).

Michigan Alkoholizmus Szűrőkérdőív (MAST)

A Michigan Alkoholizmus Szűrőkérdőív (MAST, Selzer, 1971) az alkoholabúzus szűrésének egyik leggyakrabban alkalmazott mérőeszköze. A kérdőív 25 igen-nem válaszalternatívák mentén megíthető tételait úgy alakították ki, hogy az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák és az alkoholizmus gyors és hatékony feltárását tegye lehetővé. A kérdőív tételei az alkoholfogyasztás mértéke mellett olyan területekre is rákérdeznek, amelyek fokozott alkoholfogyasztás során problémaként szoktak felmerülni: pl. társas kapcsolatok, foglalkozás, családi problémák, kontrollvesztés.

A MAST mérőeszközt, illetve ezek különböző változatait számos vizsgálati mintán sikerrel alkalmazták: pl. serdülők (Snow és mtsai., 2002), pszichiátriai betegek (Breakey és mtsai., 1998), idősek (MAST-G, Mudd és mtsai., 1993). A mérőeszköznek több rövidített változatát is elkészítették: 9 (Mm-MAST, Kristenson és Trelle), 10 (Pokorny és mtsai., 1972) és 13 (SMAST, Selzer és mtsai., 1975) tételes változatok. Mivel a MAST kérdéseit a teljes élettartamra vonatkozóan teszik fel, így sokszor szükség lehet az aktuális alkoholproblémák feltárására.

Selzer (1971) a MAST tételait 0, 1, 2 vagy 5 ponttal értékelte, attól függően, hogy mennyire mutatják az alkoholabúzus súlyosságát. Ennek megfelelően a mérőeszköz 25 tételén 0–53 pontot lehet elérni. A magasabb pontszám az alkoholfogyasztás súlyosságát jelzi. Általában a klinikusok az alábbi pontozási övezeteket alkalmazzák: 0–4 pont nem alkoholfüggő, 5–6 határeset, lehet, hogy alkoholfüggő, 7 vagy annál több pont esetén alkoholfüggő (Selzer és mtsai., 1975). Skinner (1982a) ajánlása szerint a 7–24 pontot egyértelmű alkoholfogyasztási problémának tekinthetjük, a 25 vagy e fölötti pontszám pedig súlyos alkoholizmust jelez.

AUDIT

Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztjét (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test) az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával az 1980-as évek elején nemzetközi összefogásban fejlesztették ki (Saunders és mtsai., 1993; Allen és mtsai., 1997).

Az AUDIT 10 tételét úgy állították össze, hogy az alábbi három konceptuális terület megbízható felmérését tegye lehetővé: az *alkoholfogyasztás mértéke* (1–3. tétel), *alkoholfüggőség* (4–7. tétel), az *alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatása* (8–10. tétel). Az első nyolc tételt ötfokozatú, míg az utolsó kettőt 3 válaszlehetőséget tartalmazó skálán ítélt meg a kitöltő. A tételek pontozása 0-tól 4-ig terjed (az utolsó két tételre 0, 2 vagy 4 pont adható), így az elérhető maximális pontszám 40 pont. A magas pontszámok a problémák súlyosságának fokozódását mutatják.

Az AUDIT megbízhatóságát valamennyi tanulmány kiválóan találta. A szisztematikus áttekintések alapján a skála belső konzisztenciáját becsülő Cronbach-alfa mutatók átlagértéke 0,80, ami nagyfokú megbízhatóságot jelez (Reinert és Allen, 2002).

A mérőeszközzel szerzett empirikus vizsgálatok eredményei alapján a skálán 8 pontot meghaladó személyeket veszélyeztetett alkoholfogyasztónak tekintetik (Seppa és mtsai., 1995; Bohn és mtsai., 1995; Clements, 1998).

Az AUDIT diagnosztikai megbízhatóságát összevetették más olyan önjellemző mérőeszközzel is, amelyek szintén az alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarok feltárását célozzák (pl. CAGE, TWEAK, Michigan Alkoholizmus Szűrőteszt). Szinte valamennyi kutatás az AUDIT jobb diagnosztikai megbízhatóságát támasztotta alá (Barry és Fleming, 1993; Bohn és mtsai., 1995; Seppa és mtsai., 1995; Cherpitel, 1995; Clements, 1998).

A mérőeszközt már hazánkban is több mint egy évtizede sikerrel használják a háziorvosi praxisban, a kórházakban és a kutatásokban (Péter, 1995; Varvasovszky és McKee, 2000; Farkas és mtsai., 2009).

Droghasználat Szűrőkérdőív (DAST)

A Droghasználat Szűrőkérdőívet (Drug Abuse Screening Test, DAST) klinikai szűrésre és a kezelési hatékonyság mérésére dolgozták ki. Az önjellemző kérdőív 28 igen-nem válaszalternatívákon megítélendő tételei a szerhasználat különböző következményeit tárják fel, amelyet egy összesített pontszámmal jellemezhetünk. A mérőeszköz a MAST konstrukciós elveit követi, a DAST tételei többnyire az alkoholizmus szűrőkérdőív tételeinek átfogalmazásai.

A mérőeszköz a több szertípus egyidejű használatára vonatkozó kérdést, valamint szerhasználatból fakadó problématerületekre kérdez rá (pl. családi- és társas kapcsolatok, foglalkozás, jogi státusz, fizikai kondíció). A mérőeszköz néhány tételének átfogalmazásával (pl. a munkahely iskolára cserélése) a skálát már serdülők körében is használhatóvá tették (DAST-A). A DAST tételei 0 vagy 1 ponttal értékelhetők, így a skála összértéke 0-tól 28 pontig terjedhet. A magasabb pontszám a fokozott szerhasználati problémák megjelenésére utal.

Különböző pszichiátria betegmintákon kapott eredmények alapján a 6-11 pont közé eső leválasztási kritériumokat tekintik a szerhasználat optimális szűrésére. Ekkor a szenzitivitás és specificitás mutatók egyaránt magasak. 11 vagy annál nagyobb pontszám alkalmazása esetén a mérőeszköz szenzitivitása jelentősen csökken, ugyanakkor sokkal pontosabban azonosítja azokat a személyeket, akik szerhasználattal kapcsolatos zavarokkal nem jellemezhetőek.

A mérőeszköz különböző változataival végzett validitás vizsgálatok a módszer érvényességét támasztják alá. A DAST a drogfogyasztással kapcsolatos problémákra érzékeny, így képes elkülöníteni a drog- és az alkoholfogyasztásból származó problémákat. Ki kell azonban emelnünk, csakúgy minst a Michigan Alkoholizmus Szűrőkérdőív esetében, hogy a tételek tartalmának átláthatósága miatt azokban az esetekben, amikor a személy szeretné elleplezni szerhasználattal összefüggő problémáit, a skála jelentősen torzíthat. Ezt a jellegzetességet a gyakorlati és kutatási alkalmazások során mindenképpen érdemes figyelembe venni.

Motivációfokozás és a változásra való készség

A szűrés és az átfogó felmérés folyamatának közbülső célja, hogy a szerhasználó számára tudatosítsa a problémát, s ha szükség van kezelésre, akkor fokozza a kezelésben való részvétel motivációját.

Az utóbbi évtized kutatási eredményei és gyakorlati tapasztalatai alátámasztották, hogy a viselkedés megváltoztatásának, a változásra való készségnek számos, jól elkülöníthető szakasza van. Prochaska és Di Clemente (1992) elmélete szerint a viselkedésváltozás szakaszai a következők: *prekontempláció* (pl. a változtatás szükségessége még nem merült fel), *kontempláció* (pl. a változás fontolórávétele cselekvés nélkül), *felkészülés* (pl. a változás megtervezése), *cselekvés* (pl. valamilyen viselkedés megváltoztatása), *fenntartás* (pl. az életstílus megváltoztatása az új viselkedés fenntartásának érdekében).

A szerhasználattal küzdelem motivációfokozásának egyik legerőteljesebb módszere a *motivációs interjú*. A Miller és Rollnick (1991) által kidolgozott kliensközpontú, félig-direktív módszer célja a viselkedésváltozás intrinze motivációjának elősegítése. A módszer fontos elemének tekinthető az empátia kifejezése, a vitatkozás és a győzködés elkerülése, a változtatás szándékának támogatása. A motivációs technika főként a kontempláció és a prekontempláció szakaszaiban alkalmazható, amikor a kliens ambivalens a változással szemben, vagy még nem érzi úgy, hogy szerhasználata probléma lenne, nem tarja magát szenvedélybetegnek (Bodrogi és mtsai., 2006).

SOCRATES

A SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) mérőeszköz a változásra való készség 3 területét tárja fel: *Felismerés*, *Ambivalencia* és *Cselekvés* (Miller és Tonigan, 1996). Érdeemes megjegyeznünk, hogy a mérőeszköz hasonlít a DiClemente és Hughes (1990) által kidolgozott URICA (University of Rhode Island Change Assessment) 28 tételű kérdőívhez, de utóbbi tételjei sokkal általánosabbak, nem a szerhasználat speciális jellemzőire vonatkoznak.

A SOCRATES kérdőív jelenlegi, 8. változata 19 tételből áll, amelyet ötfokozatú Likert skálán ítélni meg a kitöltő. A SOCRATES 8A kérdőív tételjeit az alkoholfogyasztással kapcsolatos változásokra, míg a SOCRATES 8D kérdőívét a droggal kapcsolatos változásokra fogalmazták meg.

A mérőeszköz skáláinak megbízhatóságát becsli Cronbach-alfa mutatók a Felismerés és a Cselekvés alskálák esetében jók, az Ambivalencia alskála belső konzisztenciáját néhány kutatásban alacsonynak (0,65 vagy ez alatt) találták (Figlie és mtsai., 2005; Gossop és mtsai., 2007). Ezzel mintegy összefügg, hogy a faktorelemzések sem igazolták minden esetben az eredeti 3 faktoros struktúrát, több vizsgálat eredménye szerint a felismerés és az ambivalencia tételjei nem különülnek el tisztán, a megerősítő faktorelemzések során jobb illeszkedési mutatókat kaptak a 2 faktoros modellel (Maisto és mtsai., 1999, 2003; Figlie és mtsai., 2005; Burrow-Sanches és Lundberg, 2007). Fontos azonban megjegyeznünk, hogy a vizsgálati minták meglehetősen változatosak (pl. serdülők, pszichiátriai betegek, egészségügyi alapellátásban megjelenő betegek), ami a szerteágazó eredményekért felelős lehet.

Problémafeltárás

A szűrés feladata, mint láttuk az, hogy meggyőződjünk arról, létezik-e a szerhasználattal összefüggő probléma a felmért személyek között. A problémafeltárás ezzel szemben a már

létező probléma mértékének, mélyebb tartalmának és a hatékony kezelési terv felállításához szükséges speciális jellemzők feltárását célozza. A mérés ezen fázisa sokkal idő- és eszköz igényesebb, mint a szűrés, így természetesen költségesebb is.

A problémafeltárás szakaszában alkalmazható mérőeszközök közül elsőként a szerhasználattal összefüggő problémák feltárására kifejlesztett Addikció Súlyossági Index (ASI) és ennek serdülő változata az EuroADAD kerül bemutatásra. Ezt követően a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos DSM-IV alapú SCID-I strukturált diagnosztikai interjú szerhasználati modulja kerül ismertetésre. Végezetül olyan problémafeltáró mérőeszközök kerülnek bemutatásra, amelyek olyan kognitív jellemzők megragadását célozzák, mint a szerhasználat következményei, vagy a szerfogyasztással kapcsolatos elvárások.

Addikció Súlyossági Index (ASI)

A Thomas McLellan és munkacsoportja (1980, 1992) által kidolgozott *Addikció Súlyossági Index* (ASI: Addiction Severity Index) az egyik legszélesebb körben használt félig-strukturált interjú, melyet több évtizede alkalmaznak a kábítószer-fogyasztók problémáinak feltárására, a kezelés kimenetelének és hatékonyságának mérésére. Az ASI mintegy 160 kérdése 7 nagy terület problémáit igyekeznek feltárni: 1. Egészségi állapot; 2. Foglalkoztatás és megélhetés; 3. Jogi státusz; 4. Családi és társas kapcsolatok; 5. Alkoholfogyasztás; 6. Drogfogyasztás; 7. Pszichiátriai státusz. Az interjú kb. 30-40 perc alatt felvehető.

A problématerületek áttekintése a megkérdezett személy bizalmának és őszinte válaszainak megnyerése érdekében a semlegesebb szociodemográfiai, valamint az egészségi és foglalkoztatási jellemzőkre vonatkozó kérdésekkel kezdődik, majd olyan személyesebb területeket érint, mint az alkohol- és kábítószer-használat, a családi háttér és a pszichés állapot.

Minden egyes problématerület felvételének végén a megkérdezett és az interjúkészítő külön-külön értékelő skálán jelöli az áttekintett probléma súlyosságát, mindezek mellett az interjúkészítő értékeli a páciens által szolgáltatott információk megbízhatóságát is. A problématerületek súlyossági értékelése a megkérdezett és az interjúkészítő mellett az egyes kérdésekre adott válaszok számszerűsítéséből fakadó objektív pontszámmal is jellemezhető. A 3 forrásból származó értékelés kiváló lehetőséget teremt a páciens problémáinak megbízható értékelésére.

A mérőeszköz alkalmazhatóságára irányuló kutatási eredmények megerősítették, hogy az ASI mind a klinikusok, mind a kutatók számára hasznos eszköz, melynek segítségével a kezelésre jelentkező páciens igényei és problémái felmérhetők, a hatékony kezelési módszer kiválasztását segíti, s mindezek mellett kiválóan alkalmas a kezelés kimenetelének és eredményességének értékelésére is (McLellan, 1992; Hendriks és mtsai., 1989).

A kezelésre jelentkező kábítószer-fogyasztók körére kiterjedő validitás vizsgálatok a mérőeszköz érvényessége mellett szólnak (Hendriks és mtsai., 1989; Kosten és mtsai., 1983; McLellan és mtsai., 1986). Mindezek mellett a nyomonkövetéses vizsgálatok eredményei szerint a félig-strukturált interjúval feltárt problémák mértéke a későbbi kezelés-kimenetel és eredményesség érzékeny mutatójának bizonyult (McLellan és mtsai., 1983ab; Rounsaville és mtsai., 1986).

Az ASI-t már 2001-től a magyar szakemberek számára is elérhető. A hazai vizsgálatok a mérőeszköz megbízhatóságát és kiváló alkalmazhatóságát támasztják alá (Gerevich és mtsai., 2001, 2004, 2005; Rác és mtsai., 2002).

PROBLÉMATERÜLETEK	PÉLDÁK
Egészségi állapot	Életében hányszor került egészségügyi problémák miatt kórházba? Szed-e rendszeresen orvos által felírt gyógyszert valamilyen egészségi probléma miatt?
Foglalkoztatás és megélhetés	Mennyi volt a leghosszabb idő, amit munka nélkül töltött? Hány napot dolgozott Ön az utolsó 30 napban?
Drog- és alkoholfogyasztás	Használt-e már Ön intravénásan kábítószer? Az utolsó 30 napban mennyit költött Ön drogra?
Jogi státusz	Életében hányszor emeltek vádat Ön ellen? Az utolsó 30 napban Ön hány napig foglalkozott illegális pénzszerzéssel?
Családi háttér	Van-e olyan rokona, akinek az Ön megítélése szerint súlyos alkohol-, drog- vagy pszichiátriai problémája volt, és akinek emiatt kezelésre volt vagy lett volna szüksége?
Családi és társas kapcsolatok	Kivel tölti Ön a legtöbb szabadidejét? Az utolsó 30 napban hány napig voltak súlyos konfliktusok a családjával?
Pszichiátriai státusz	Hányszor kezelték Önt bármilyen pszichológiai vagy érzelmi probléma miatt? Volt-e Önnek olyan jelentősebb időszaka, amikor drog- vagy alkoholfogyasztásától függetlenül súlyos szorongásai vagy feszült állapotai voltak?

2. táblázat Az Addikció Súlyossági Index problématerületei és néhány példakérdése

EuroADAD

Hazánkban az European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD, Serdülőkori problémák értékelő interjúja) tekinthető az ASI-nak megfelelő, serdülők számára kidolgozott és validált módszernek (Bácskai és mtsai., 2001). Az EuroADAD olyan strukturált klinikai interjúmódszer, amelyet a klinikai diagnosztikai munkában, a program-értékelésben és a kutatómunkában egyaránt lehet hasznosítani. Az EuroADAD-ot a 12–24 éves életkor között lévő fiatalokkal lehet felvenni, amely a kliensek kezelési szükségleteinek feltérképezéséhez nyújt értékes támpontokat. A mérőeszköz segít a problémák feltárásában és a kezelés megtervezésében, valamint a kezelés kimenetelére irányuló kutatások megvalósításában. A mérőeszköz felső korhatára többnyire a fiatal élethelyzetétől függ. Ha a fiatal a szülőkkel él, nem vezet saját háztartást, és iskolába jár, akkor érdemes az EuroADAD-ot használni.

A mérőeszköz eredeti változatát (ADAD) Alfred Friedman és Arlene Terras fejlesztették ki amerikában. Az interjú európai változatát (EuroADAD) David Oberg és európai kutatócsoportja készítette el (Friedman és mtsai., 2002).

A 40–60 perc alatt felvehető 120 kérdésből álló interjú, hasonlóan az ASI-hoz 7 problématerület feltárását célozza: 1. Egészségi állapot; 2. Iskola; 3. Társas kapcsolatok; 4. Család; 5. Pszichológiai állapot; 6. Jogi helyzet; 7. Alkohol- és drogfogyasztás. Minden problématerület súlyosságát a klinikus 10 fokozatú skálán, míg a kliens 4 fokozatún értékeli.

Az EuroADAD egy visszajelzőlappal is kiegészült, amit a klinikusok számára fejlesztettek ki abból a célból, hogy az EuroADAD a klinikai gyakorlatban – pl. a kliens adatainak dokumentációja, esettanulmányok, kezelési-terv – még jobban használható legyen. A visszajelzőlap segít abban, hogy a kliens számára egyszerű és konzisztens értékelés készüljön, az interjú tömör összefoglalását nyújtsa, valamint alapot adjon strukturált visszajelzésre.

Hazánkban több vizsgálati mintán is készültek felmérések az EuroADAD alkalmazásával. A kutatások eredményei és a gyakorlati tapasztalatok a mérőeszköz jó alkalmazhatóságát és megbízhatóságát támasztják alá (Gerevich és mtsai., 2006c; Báry és mtsai., 2007).

Diagnózis

A szűrés, a problémafeltárás és a motivációfokozás mellett, a mérések további fontos céljaként a szerhasználattal kapcsolatos zavarok diagnózisát érdemes hangsúlyoznunk. A különböző betegségek definícióin és osztályozásán alapuló diagnózis olyan tudományos módszer, amely központi szerepet játszik az orvoslásban. A diagnózis általában olyan különböző információk integrálásának eredményeként áll elő, mint például élettörténeti adatok, kórelőzmény, diagnosztikai interjú, pszichológiai tesztek, laboratóriumi vizsgálatok.

Jelenleg két átfogó, széles körben használatos és kategoriális megközelítésen alapuló diagnosztikai rendszert különböztethetünk meg, az Amerikai Pszichiátriai Társaság által jóváhagyott DSM-IV-et (APA, 1994; Animula, 1997) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO, 1993; Animula, 1996) által kiadott BNO-10-et. A két osztályozási rendszer a szerhasználat zavarait, a függőséget (depencia) és a káros használatot (abúzus) hasonló ismérvekkel osztályozza. A 3. táblázat a DSM-IV pszichoaktív szerfüggőség kritériumait szemlélteti. Láthatjuk, hogy a szerfüggőséget különböző tünetek (pl. tolerancia, megvonás, szerhasználattal kapcsolatos idő) együttjárásaként definiáljuk. Természetesen a diagnózis felállításához nem kell minden tüntenek egyidejűleg, vagy azonos mértékben fennállnia.

A DSM-IV és a BNO-10 diagnosztikai rendszerek többnyire kategoriális megközelítésen alapulnak (egy tünet van vagy nincs), de akadnak dimenzionális megközelítést alkalmazó rendszerek is, illetve bizonyos körülmények között a kritériumok pozitív tüneteinek száma alapján egyfajta dimenzionalitás elérhető a DSM-IV és a BNO-10 rendszerek esetében is.

A DSM-IV és a BNO-10 diagnosztikai rendszerek a függőség és az abúzus szerhasználati zavarok mellett olyan szer okozta zavarokat is megkülönböztethet, mint például az intoxikáció és a megvonás.

A következőkben két olyan hazánkban is használatos strukturált diagnosztikai interjút mutatunk be (SCID és M.I.N.I.), amelyek tartalmazznak olyan modult, ami a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok diagnózisának felállítását teszi lehetővé.

Tünetek	A szerhasználat maladaptív módja, amely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy zavarhoz vezet, legalább 3 az alábbiakból, bármikor ugyanabban a 12 hónapos időszakban:
1. Tolerancia , amelyet a következők valamelyike jellemez:	A. A szer jelentősen fokozott mennyiségének az igénye, intoxikáció vagy a kívánt effektus elérése érdekében. B. A szer azonos adagjának folyamatos használata esetén csökken a hatás.
2. Megvonás , amit a következők egyike jellemez:	A. A szerrel kapcsolatban jellegzetes megvonásos szindróma (megfelel a megvonás A. és B. kritériumainak a megfelelő szereknél). B. Ugyanolyan (vagy közel hasonló) szer bevétele a megvonásos tünetek csökkentésére vagy elkerülésére.
3. Fokozott szerhasználat	A szert gyakran nagyobb adagokban vagy hosszabb időszakig szedik, mint eredetileg szándékozták.
4. Kontrollvesztés	Állandó kívánság vagy sikertelen kísérletek a szerhasználat abbahagyására vagy kontrollálására.
5. Szerhasználattal kapcsolatos idő	Jelentős idő és aktivitás irányul a szer megszerzésére (pl. több orvos látogatása vagy hosszú utazás megtétele), a szer használatára (pl. lánc-dohányzás) vagy a hatásaitól való megszabadulásra.
6. Tevékenységek feladása	Fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenységek feladása vagy csökkentése a szerhasználat miatt.
7. Szerhasználat fenntartása még problémák esetén is	A szerhasználat folytatása olyan állandó vagy visszatérő fizikai vagy pszichológiai problémák ellenére, amiről tudja, hogy valószínűleg a szerhasználat okozza vagy súlyosbítja (pl. kokai használata a kokain okozta depresszió felismerése ellenére, vagy folyamatos ivás annak ellenére, hogy az alkoholfogyasztás a gyomorfekélyt rosszabbítja).

3. táblázat A pszichoaktív szerfüggőség kritériumai a DSM-IV szerint (Animula, 1997)

SCID-I és SCID-II

A SCID-I és SCID-II olyan strukturált klinikai interjúk, melyek segítségével a DSM-IV I-es és II-es tengelyén található pszichiátriai kórképek és a személyiségzavarok diagnosztizálhatók (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders, First és mtsai., 1997ab).

A SCID-I hat, viszonylag önálló modulra oszlik (A-F), amelyeken általában sorban kell végighaladni, de a sorrend változtatható is, és egyes modulok kihagyhatók. A modulok a következők: hangulatzavar-epizódok (A), pszichotikus tünetek (B), pszichotikus zavarok (C), hangulatzavarok (D), pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok (E), szorongásos és egyéb zavarok (F/ egyéb zavarok: alkalmazkodási zavar, szomatizációs zavar és differenciálatlan szomatiform zavar, hypochondriasis, test-dysmorphiás zavar, anorexia nervosa, bulimia nervosa).

Az diagnosztikai interjút általában a pszichés zavarokban szenvedők problémáinak feltárására, diagnosztikájára és szűrésére, a hatékony kezelés megválasztására és a kezelési terv kialakítására, valamint különböző mérőmódszerek összehasonlító elemzésére használják. A SCID-I felvételének ideje a vizsgálati személy állapotától függően 45–90 perc. Serdülőkorúak és felnőttek esetében egyaránt használható.

A SCID-II a DSM-IV II-es tengelyén található személyiségzavarok diagnózisát segítő strukturált interjú. Az eszköz a következő személyiségzavarokat térképezi fel: elkerülő, dependens, kényszeres, passzív-agresszív, depresszív, paranoid, szkizotip, szkizoid, hisztrionikus, nárcisztikus, borderline, antiszociális, máshová nem osztályozható. Kategorikus (van/nincs) és dimenzionális (a személyiségzavar kritériumainak számán alapuló) értékelést is lehetővé tesz. Az interjút egy önjellemző személyiség-kérdőív egészíti ki, amely – ha a szakember a vizsgálati személlyel előzetesen kitölteti – nagyban segíti és gyorsítja az interjú folyamatát. A SCID-II interjút általában a pszichés zavarokban szenvedők személyiségprofiljának vizsgálatára és szűrésére, a hatékony kezelés megválasztására és a kezelési terv kialakítására, valamint különböző mérőmódszerek összehasonlító elemzésére használják. A SCID-II felvételének ideje a vizsgálati személy állapotától függően 40–60 perc. Serdülőkorúak és felnőttek esetében egyaránt használható.

A SCID-I E moduljában a pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok (függőség és ártalmas használat) értékelését végezzük. E zavarok a szerhasználati viselkedéssel kapcsolatos problémákat fedik le. Azokat a pszichiátriai tüneteket, melyek pszichoaktív szernek a központi idegrendszerre kifejtett közvetlen élettani hatásához köthetők, a szer okozta zavaroknál diagnosztizáljuk a SCID egyéb fejezeteiben, a tünetek típusa függvényében. A pszichoaktív szer okozta hangulatzavart az A modulban, a pszichoaktív szer okozta pszichotikus zavart a C modulban, a pszichoaktív szer okozta szorongásos zavart pedig az F modulban értékeljük. A SCID az alkoholt a többi szertől külön kezeli, mivel használata legális és szélesebb körben elterjedt, továbbá a legtöbb alkoholfogyasztónak nincsenek a szer használatával kapcsolatos problémái (First és mtsai., 1997a).

A SCID-I a szerek 7 csoportját különbözteti meg: 1. alkohol; 2. nyugtatók, altatók és szorongásoldók; 3. kannabisz-félék; 4. stimulánsok; 5. opiátok; 6. kokain; 7. hallucinogének. Az interjúvoló ezen szercsoportok esetében meghatározza, hogy a kliens életében vaj az elmúlt hónap során előfordult-e bármely szer esetében függőség vagy abúzus. Mivel az alkoholfogyasztása gyakori, így az interjú első része az alkoholfüggőség és abúzus feltárására irányul. Ha a függőség aktuálisan fennáll, akkor a az interjút készítő szakember ennek súlyosságát értékelheti: csekély, közepes, súlyos.

Az alkohollal kapcsolatos zavarok értékelése szűrőkérdésekkel kezdődik, amelyek azt segítenek eldönteni, hogy problematikus-e annyira a személy alkohollal kapcsolatos viselkedése, hogy indokolt legyen értékelni az alkoholfüggőség és az alkohol ártalmas használatának tételeit, avagy klinikailag nem jelentősek a tünetek, és nincs szükség további vizsgálatra.

Az egyéb pszichoaktív szerekkel (nem alkohollal) kapcsolatos zavarok értékelésénél az első feladat annak a szercsoportnak a beazonosítása (már amennyiben van ilyen), amelyről leginkább valószínűsíthető, hogy kapcsolatban áll az egyéb pszichoaktív szerrel kapcsolatos zavarral. Ezért először fölmérjük a szerhasználat jellemzőit, minden szercsoportra vonatkozóan. Ez úgy történik, hogy megmutatjuk a páciensnek a kérdésküldetben szereplő szerjegyzéket, és megkérdezzük, hogy mely szereket használta már. Megkérdezzük a páciensztől, hogy azokat a szereket, amelyeket megjelölt, melyik időszakban használta a legintenzívebben, illetve a használat jellegzetességeit.

A SCID-I felvételét magyarul kézikönyv, interjúfüzet és értékelőfüzet segíti. Az interjúfüzet segítséget nyújt abban, hogy a DSM-IV kritériumokra vonatkozó kérdéseket tartalmaz, amit az interjúvoló feltehet a kliensnek. A kliens válaszait értékelőfüzetben lehet

rögzíteni, amely könnyű áttekintést biztosít a különböző kritériumok érvényesüléséhez. A 2. ábra a SCID-I Értékelőfüzetében található alkoholabúzus kritériumait szemlélteti.

A SCID-I és SCID-II strukturált diagnosztikai interjúak széles körben alkalmazzák a DSM-IV alapú diagnózisok megalkotására. A SCID-I Pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok moduljának érvényességét és alkalmazhatóságát (felnőtt és serdülő mintán egyaránt) számos kutatási eredmény ámasztja alá (pl. Martin és mtsai., 1995; Kranzler és mtsai., 1996; Fennig és mtsai., 1996; Martin és mtsai., 2000). Magyarországon Demetrovics és munkacsoportja (2009) közel 100 opiátfüggőt mértek fel többek között a SCID-I és SCID-II interjúval.

E. ALKOHOLLAL ÉS EGYÉB PSZICHOAKTÍV SZEREKKEL KAPCSOLATOS ZAVAROK

E7
41. o.

E1	Volt olyan időszak, amikor túlzott mértékben fogyasztott alkoholt VAGY egyértelműen voltak alkohollal kapcsolatos problémái.	? - +	E1
		E17 43. o.	

AZ ALKOHOLABÚZUS KRITÉRIUMAI

	A. A szer használatának maladaptív módja, amely klinikailag jelentős károsodáshoz vagy zavarhoz vezet; és az alábbi módok közül legalább egyféleképp megnyilvánult egy 12 hónapos időszak alatt:		
E2	(1) a személy nem képes eleget tenni alapvető munkahelyi, iskolai vagy otthoni kötelezettségeinek <i>Megjegyzés:</i>	? - +	E2
E3	(2) alkoholfogyasztás olyan helyzetekben, amikor az fizikailag veszélyes <i>Megjegyzés:</i>	? - +	E3
E4	(3) alkoholfogyasztással kapcsolatos ismételt jogi problémák <i>Megjegyzés:</i>	? - +	E4
E5	(4) folyamatos alkoholfogyasztás olyan problémák ellenére is, amelyeket az alhol hatása okozott vagy súlyosbított <i>Megjegyzés:</i>	? - +	E5
E6	LEGALÁBB EGY ABÚZUS TÉTEL „+” ÉRTÉKELÉST KAPOTT	? - +	E6
		E17 43. o.	

2. ábra Az alkoholabúzus jelölése a SCID-I Értékelőfüzetéből

M.I.N.I.

A M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) egy olyan rövid strukturált diagnosztikai interjú, amelyet pszichiáter és klinikai pszichológus szakemberek fejlesztettek ki a DSM-IV és BNO-10 pszichiátriai zavarok felmérésére (Sheehan és mtsai., 1998). A M.I.N.I. felvétele, valamint kiértékelése egyszerű és gyors (kb. 15 perc), elsajátítása nem igényel komoly tréninget, így a klinikai vizsgálatokban és az epidemiológiai felmérésekben népszerű.

A M.I.N.I. két modulja (J. és K.) foglalkozik az alkohol és a nem-alkohol típusú pszichoaktív szer által okozott függőséggel és abúzussal. Az egyes modulok szűrőkérdése alapján dönthető el, hogy a függőség vagy az abúzus kritériumait lekérdezzük-e. Az alkoholabúzus és a függőség szűrőkérdése így hangzik: „Az elmúlt 12 hónapban előfordult Önnel 3 vagy több alkalommal, hogy 3 óra alatt 3 vagy ennél több alkohol tartalmú italt fogyasztott?” Igen válasz esetén először az alkoholfüggőség, majd az alkoholabúzus kritériumainak lekérdezése történik. Ha a szűrőkérdésre adott válasz „nem”, akkor tovább léphetünk a következő modulra. Az alkoholfüggőség és az abúzus kritériumai a DSM-IV és a BNO-10 kritériumai alapján alapulnak, hasonlóak, mint amit a SCID-I-nél már bemutatunk. Az alkoholfüggőség 7 tünetéből háromnak kell teljesülnie ahhoz, hogy az alkoholfüggőséget diagnosztizálhassunk. Az alkoholabúzusnál a 4 tünetből egynek kell teljesülnie az abúzus diagnózisának felállításához.

A M.I.N.I. következő modulja (K) a nem-alkohol típusú pszichoaktív szer által okozott dependencia és abúzus diagnosztizálását teszi lehetővé. A modul lekérdezése hasonló az alkoholnál leírtakéhoz. Először a 7 csoportba (stimulánsok, kokain, narkotikumok, hallucinogének, marijuana, tranquillánsok, egyéb) gyűjtött szerekre kell eldöntenie a kliensnek, hogy melyik szerből vagy szerekből használt az elmúlt 12 hónapban. Ha a kliens megnevez valamilyen szert, akkor ennek mentén történik a függőség és az abúzus kritériumainak lekérdezése. Ha a kliens több szert is megnevez, akkor a leginkább használatos szer lekérdezése történik.

A M.I.N.I. és ennek bővített változata a M.I.N.I. Plusz hazánkban is népszerű. A mérőeszközzel szerzett hazai vizsgálatok az interjú érvényességét és alkalmazhatóságát dicsérik (Balázs és mtsai., 1998, 2000, 2001).

Személyiségtényezők

Temperamentum és Karakter Kérdőív (TCI)

A Robert Cloninger amerikai pszichiáter által kidolgozott pszichobiológiai modell a személyiség hét alapvető dimenzióját különbözteti meg (Cloninger, 1994). Az Újdonságkeresés, az Ártalomkerülés, a Jutalomfüggőség és a Kitartás alkotják a temperamentum-dimenziókat, míg az Önirányítottság, az Együttműködés és a Transzcendencia-élmény a karakterdimenziókat.

Cloninger integratív személyiségmodelljét az alkoholfogyasztók osztályozására is felhasználta. Az újdonságkeresés és az ártalomkerülés kombinációjaként két fő alkoholista típust, mint a kontinuum két végpontját különböztetett meg. Az alacsony újdonságkereséssel, magas ártalomkerüléssel és magas jutalomfüggőséggel leírt *I. típusú alkoholfogyasztókra* a kontrollálatlanság és a rendszeres alkoholizálás, valamint a mértéktelen italozás későbbi életkorban való megjelenése volt jellemző. Ezzel szemben a *II. típusba* sorolt, magas újdonságkereséssel, alacsony ártalomkerüléssel és alacsony jutalomfüggőséggel jellemezhető

alkoholistákat a korai (18 éves kor előtti) kezdet, az antiszociális magatartás, az epizodikus ivás és az alkoholfogyasztás miatti aggodalom hiánya jellemezte (Cloninger, 1987b).

Számos kutatás az elmélet érvényességét más területre (pl. kávéfogyasztás, dohányzás, drogfogyasztás) is kiterjesztette (Wills és mtsai., 1994; Pomerleau és mtsai., 1992; Masse és Tremblay, 1997; Evren és mtsai., 2007). A kutatások szinte egybehangzóan alátámasztották, hogy az újdonságkeresés a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás fontos prediktora. Az ártalomkerülést illetően az eredmények ellentmondóbbak, de valószínűsíthető, hogy ez a temperamentum-jellemző jelentős szerepet játszik az alkoholfüggőség kialakulásában (Sher és mtsai., 1995).

A bioszociális személyiségmodell mérésére kifejlesztett kérdőív érvényességére és más mérőeszközökkel való kapcsolatára irányuló kutatási eredmények szerint az újdonságkeresés szoros együttjárást mutat a Zuckerman-féle szenzoros élménykereséssel, az Eysenck-féle Személyiségkérdőív, illetve a McCrae és Costa-féle Ötfaktoros Kérdőív extroverzió dimenziójával, valamint a Tellegen-féle Többdimenziós Személyiségkérdőív impulzivitás skálájával. Az ártalomkerüléssel, a fent említett kérdőívek neuroticizmusra, illetve negatív affektivitásra vonatkozó skálái mutattak magas korrelációt. A jutalomfüggőség az extroverzióval (különösen a szociabilitás aspektusával) pozitív, a pszichoticizmus dimenzióval pedig negatív korrelációt mutatott (Zuckerman és Cloninger, 1996; Cloninger, 1987a; Ball és mtsai., 1997; Gutiérrez és mtsai., 2001).

A mérőeszközzel végzett hazai vizsgálatok eredményei összességében megegyeznek a fentiekkel bemutatottakkal. A 101 szerhasználó páciens esetében a drogfogyasztás mértéke és az újdonságkeresés szignifikáns pozitív, míg az önirányultság és a kitartás negatív együttjárást mutatott. Az alkohol és a különböző kábítószeresek első kipróbálásának idejét a legjobban az újdonságkeresés mértékéből tudtuk bejósolni, de ugyancsak fontos jellemzőnek mutatkozott az alkohol és a cannabis-származékok első használatában a Kitartás dimenzió is (Gerevich és mtsai., 2002).

A fentiekben bemutatott kutatási eredmények alapján a Temperamentum és Karakter Kérdőívet megbízható és valid mérőeszköznek tekinthetjük, amely alkalmas a szerhasználat háttérében rejlő személyiségjellemzők feltérképezésére, a különböző szerhasználó csoportokra jellemző személyiségmintázatok leírására, valamint a kezelés motivációs tényezőinek felmérésére és a kezelési kimenetel bejósolására. Mindezek alapján a kérdőív által felmért személyiségjellemzők a szűrés, a diagnosztika és a hatékony kezelési terv kidolgozásának fontos részét képezhetik.

MMPI-2

A Minnesota Többtényezős Személyiség-kérdőív (MMPI) olyan átfogó önjellemző mérőeszköz, amely a személyiség- és a pszichológiai zavarok feltárására alkalmas. A mérőeszköz legújabb változatát (MMPI-2) 1989-ben publikálták (Butcher és mtsai., 1989/2009), Magyarországon pedig 2009-ben kerül bevezetésre. Az 567 tételből álló MMPI-2 mérőeszköznél több új tételt és skálákat is bevezettek, valamint a korábbi változat tételeiből többet átfogalmaztak. Az MMPI-2 mintájára létrehozták ennek serdülő változatát a 478 tételes MMPI-A kérdőívet. Az új mérőeszközök skálái pszichometriailag kimunkáltabbak, a kitöltés érvényességének feltárására újabb validitás skálákat vezettek be.

Az MMPI-2 és az MMPI-A mintegy száz skálája közül a következőkben a szerhasználat szempontjából legfontosabb újonnan bevezetett skálákat tekintjük át: *MacAndrew Átdolgozott Alkoholizmus Skála* (MAC-R), az *Addikció Elismerése Skála* (AAS) és *Addikciós Potenciál Skála* (APS). Bár a fenti skálák a serdülő változatban (MMPI-A) is megtalálhatóak, de ezekkel jóval kevesebb empirikus vizsgálatot végeztek, mint a felnőtt változattal.

A MacAndrew Alkoholizmus Skálát (MAC) MacAndrew (1965) dolgozta ki alkoholproblémákkal kezelt férfiak és alkoholproblémától mentes pszichiátriai férfibetegek MMPI válaszáinak összehasonlításával. Weed és munkatársainak (1995) a MAC-R tételeken végzett faktorelemzése azt mutatja, hogy a tételek az alkoholizmus több dimenzióját is el tudják különíteni: pl. kognitív károsodás, iskolai beilleszkedési zavarok, egészségkárosító magatartás, társas kapcsolatok, veszélykeresés, maszkulinitás. Fontos megjegyezni, hogy a kutatási eredmények azt igazolják, hogy a MAC-R olyan személyiségjellemzőket térképez fel, amelyek a szerabúzzsal szorosan együttjárnak (pl. veszélykereső magatartás), de nem kizárólagosak. Mindezek mellett a MAC-R kérdőívet nem feltétlenül tekinthetjük olyan módszernek, amely előre bejósolná a szerhasználati problémákat (Graham, 2000). Ennek ellenére az MMPI-2 skálái közül általában ez a skála adja a legszorosabb együttjárásokat a klinikailag jelentős szerhasználati problémákkal.

Az Addikciós Potenciál Skálát (APS) Weed és munkatársai (1992) dolgozták ki 3 csoport, kábítószerfüggőség kezelésére szolgáló program résztvevői, pszichiátriai betegek és az MMPI-2 normatív mintájában szereplő kitöltők MMPI-2 válaszáinak összehasonlítása alapján. A 39 tételes APS tartalma változatos, amely nem kapcsolódik nyíltan a kábítószerhez vagy a szerabúzzushoz.

Az Addikció Elismerése Skálát (AAS) szintén Weed és munkatársai (1992) dolgozták ki. A 13 tétel tartalma elsődlegesen az alkohol és más pszichoaktív szerek használatához, illetve ezek abúzusához kapcsolódik. Weed és munkatársai szerint a 60-as T-értéknél nagyobb eredmények arra utalnak, hogy a személy nyíltan elismeri, hogy szerabúzzus problémái vannak. A skálán magas pontszámot elérő személyeknek nagy valószínűséggel szerabúzzus problémái vannak, ezzel szemben az alacsony AAS pontszámokat nehéz értelmezni.

Az MMPI-2 négy olyan direkt kérdést is tartalmaz, amely a szerhasználatra vonatkozik: 264. Mértéktelenül fogyasztok szeszesítalt; 489. Drog- vagy alkoholproblémám van; 511. Hetente egyszer vagy többször valamilyen szer hatására feldobott vagy részeg leszek; 544. Azt mondják, alkoholproblémám van, de én ezzel nem értek egyet. A kérdések megfogalmazása miatt általában további kérdésekkel érdemes tisztázni, hogy ezek a problémák pontosan mikor álltak fenn, és jelenleg vannak-e problémák ezeken a területeken.

Szenzoros Élménykeresés Kérdőív

A szenzoros élménykeresést olyan személyiségvonásnak tekinthetjük, amely összefüggésbe hozható a folytonosan új, összetett, változatos, izgalmas és érzelmileg intenzív élmények keresésével (Zuckerman, 1979, 1994; Kulcsár, 1983). Számos kutatás támasztja alá azt, hogy a szenzoros élménykeresés jó prediktora a különböző kábítószeres használatának, valamint ezek korai kipróbálásának (pl. Segal és mtsai., 1980; Teichman és mtsai., 1989). Ezeket a kutatási eredményeket a különböző típusú szerhasználó mintákon, életkori csoportoknál (pl. serdülők, főiskolai hallgatók, felnőttek) és különböző kultúrákban is szinte valamennyi esetben megkapták. A Szenzoros Élménykeresés Skálán elért magas pontszám a szerhasználat mellett számos más viselkedéssel is kapcsolatba hozható: pl. szerencsejátékokban történő kockázatvállalás, változatosság a szexualitásban, veszélyes sportok és hobby keresése, gyorshajítás. A pszichobiológiai elméleten nyugvó konstruktum genetikailag jól meghatározott és számos biológiai korrelátumát bizonyították: pl. tesztoszteron, mono-amino-oxidáz (MAO), endorfin.

Mivel az eredeti konstruktumot Zuckerman 1964-ben dolgozta ki, így a mérőeszköz az elmúlt évek során számos változáson ment keresztül. A jelenlegi V. változat (SS Form-V) 40 tételből áll, amely további négy alszkálára bontható: 1. Izgalom és kalandkeresés; 2. Gátolatlanág; 3. Élménykeresés; 4. Unalomtűrés. A skála összpontszáma a 4 alszkála pontszámainak összevonásából számítható ki. Az Izgalom és kalandkeresés tételei a veszélyes

tevékenységekben való részvétel vágyát, a fizikai kockázatvállalást jelenítik meg, amelyek az arousal emelésére alkalmasak. A Gátolatlanság alskála kérdései főként hedonikus tevékenységekre vonatkozó kérdések: pl. nagy társas összejöveteleken való részvétel, kábítószerhasználat, szexualitás. Az Élménykeresés alskála tételei a szokatlan élmények iránti vonzódást térképezi fel: pl. zene, a konformitást elutasító életstílus. Az Unalomtűrés alskála a folyamatosan ismétlődő, monoton tevékenységek intoleranciáját méri.

A mérőeszköz 40 kényszerválasztásos tételből áll, ami azt jelenti, hogy minden egyes tétel esetében két állítás közül kell választania a kitöltőnek azt, amellyel leginkább egyetért:

- a.) Gyakran szeretnék hegymászó lenni.
- b.) Nem tudom megérteni azokat, akik hegymászással kockáztatják az életüket.

A Szenzoros Élménykeresés Skála hazai változatát Kulcsár Zsuzsanna fordította, aki átfogó tanulmányban ismertette a szenzoros élménykeresés biológiai korrelátumait (Kulcsár, 1983). Az elmúlt évtizedekben a mérőeszközt számos vizsgálatban alkalmazták (pl. Babocsay, 2002; Farkas és mtsai., 2009), többek között Demetrovics (2007c) kábítószerhasználók körében, Urbán és munkatársai (2008) pedig középiskolásoknál, az alkoholfogyasztási szokások bejósolásánál. A mérőeszköz rövidített, serdülőkre átdolgozott változatát az Aszmann Anna vezetésével végzett „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” című kutatásokban is sikerrel alkalmazták (Aszmann, 1997, 2003; Aszmann és Németh, 2000). A ZKPQ-III kérdőívnek is elkészült a hazai változata, s a mérőeszközzel végzett előzetes kutatási eredmények a kérdőív skáláinak megbízhatóságát és érvényességét támasztják alá (Rózsa és Nagy, 1996).

IOWA Gambling Task

Az Iowa Gambling Task (IGT) egy olyan módszer, ami az azonnali jutalom előnyben részesítésének képességét vizsgálja, szemben a hosszabb távon történő gyarapodással (Bechara és mtsai., 1994; 1999). A résztvevőknek 4 kártyapakliból (összesen 100 kártya) kell kártyákat választaniuk, úgy, hogy nyereségességre törekedjenek. Minden egyes kártya kiválasztása után megjelenik a kártyához rendelt nyereség és/vagy veszteség. Minden kártyapakliban azonos számú nyereséges és veszteséges kártya található. Két kártyapakli választása azonban hosszabb távon előnytelen (magas rizikó, A és B): ezek a kártyapaklik a nyerő kártyák esetében magas jutalmat tartalmaznak, a veszteséges kártyák azonban ezt a nyereséget jelentősen meghaladják. Összességében a veszteség jóval súlyosabb, mint a nyereség. A másik két kártyapakli a hosszabb távon előnyös, kifizetődő stratégiát tartalmazza (alacsony rizikó, C és D) alacsony nyereség és alacsony veszteség mellett. Összességében azonban a nyereség magasabb a veszteségeknél. Egészséges kontroll személyek a kezdeti kipróbálás után hamar megtanulják, hogy az alacsony rizikót jelentő kártyapaklikból válasszanak, hiszen így a nyereségüket hosszab távon maximalizálják.

Az Iowa Gambling Task felmérésére kidolgozott számítógépes program során a vizsgálati személynek a számítógép egerének segítségével kell kiválasztania a kártyapaklit, miután megjelenik a kártyalap, amely nyereséget és/vagy veszteséget tartalmaz (3. ábra).

Az Iowa Gambling Task biztosított megfelelő vizsgálati háttérrel a Damasio által megalkotott szomatikus marker hipotéziséhez. Damasio szerint, amikor döntést hozunk, problémát oldunk meg, rendkívül nagy számú alternatíva között kell választanunk, melyek közül pusztán költség-haszonelemzéssel kiválasztani a megfelelőt elég hosszadalmas lenne. Itt jönnek segítségünkre a szomatikus markerek. „A szomatikus markerek a másodlagos érzelmek által generált érzések sajátos esetei. Ezeket az érzelmeket és érzéseket tanulás révén összekapcsoljuk bizonyos szcenáriók előre jelezhető, jövőbeni kimenetével. Amikor egy

negatív szomatikus jelölő együtt jár egy bizonyos jövőbeni kimenettel, a kombináció vészcsengőként működik. Ha ehelyett egy pozitív szomatikus markert kapcsolunk össze a dologgal, ez vonzó erőjelzés lesz” (Damasio, 1996). Az alternatívák számát e rendszer redukálja feldolgozható mennyiségűvé, jelentősen megnövelve ezzel a döntések, következtetések sebességét. Mind a szociális szféra választásainál, mind elvontabb területeken – mint a matematika – ezek a mechanizmusok érvényesülnek, még az intuíciónál is. A markerek idegrendszeri hátterét a prefrontális lebeny bizonyos területei adják, természetesen az elsődleges és másodlagos érzelmek idegrendszeri hátterével együtt. Az érzelmek tehát nélkülözhetetlen irányítók mind a kognitív működésünkben, mind az integrált emberi tevékenység számára.

Iowa Kártyateszt

Korábbi összeg: 2500
Jelenleg elért összeg: 1350



Össznyereség:

Összveszteség:



1. Kártyapakli



2. Kártyapakli



3. Kártyapakli



4. Kártyapakli

Nyereség: +100

Veszteség: -1250

A folytatáshoz kattintson ide

Az eddig választott kártyák száma: 9 / 100

3. ábra Az IOWA Gambling Task számítógépes program szemléltetése

Az IOWA Gambling Task módszernek több, az internetről ingyenesen letölthető számítógépes programja is van. Az elmúlt években hazánkban is több kutató csoport alkalmazta (Bódi és mtsai., 2005; Huller és mtsai., 2008).

Kognitív és motivációs tényezők

Alkoholfogyasztás Következményei Kérdőív (DrInc)

Az alkoholfogyasztás következményeinek megértése központi fontosságú az alkoholproblémák megértésében. Mindezek mellett az egyén számára kedvezőtlen

következmények jelenléte, az alkoholabúzus és a függőség kezelésének hasznos támpontja is lehet.

Az alkoholfogyasztás következményeit felmérő kérdőívet (Drinker Inventory of Consequences, DrInc) Miller és munkatársai (1995) a MATCH projekt PMRG, 1993) keretében dolgozták ki. A mérőeszköz 50 tétele az alkoholfogyasztásból fakadó problémák 5 nagy csoportját térképezi fel: fizikai, interperszonális, szociális felelősség, intraperszonális, impulzuskontroll. Ezen kívül a kérdőív tartalmaz 5 ellenőrző tételt is, amelyek nem a problémára fókuszáló kérdések, hanem azokat a problémás ivókat kívánják leleplezni, akik tagadó válaszokat adnak a problémák hártásának érdekében. Mivel a skála főként a negatív következményeket vizsgálja, így a kérdőív az alkoholproblémák súlyosságának becslésére is alkalmas eszköz. A tételeket 4 fokú skálán lehet értékelni: soha; egyszer vagy néha; hetente egyszer vagy kétszer; majdnem minden nap.

A mérőeszköz instrukciója lehetővé teszi, hogy az alkoholfogyasztás következményeit az egész élettartamra, vagy az elmúlt 3 hónapra vonatkozóan kérdezzük le. Az eredmények interpretációjához normák állnak rendelkezésre, és kidolgoztak egy rövidített probléma-indexet is (SIP: Short Index of Problems) olyan esetekre, amikor a felvételre kevés idő áll rendelkezésre. Ez a skála 15 tételből áll; az eredeti skálák tételeiből 3-3 került be a rövidített változatba. Érdeemes megjegyezni, hogy a mérőeszköznek létezik web-alapú változata is (más mérőeszközzel is kiegészítve), így olyan személyekből képzett normáról is beszámoltak, akik csak az interneten keresztül fordultak segítségért alkoholfogyasztásuk miatt (Hester és Squires, 2008).

A mérőeszköz jó pszichometriai adottságai és kiváló alkalmazhatósága miatt, elkészítették ennek kábítószerre vonatkozó változatát is: Inventory of Drug Use Consequences (InDUC). Az empirikus eredmények alapján a mérőeszköz a kábítószerhasználók körében is jól működik (Tonigan és Miller, 2002; Gillaspay és Campbell, 2006).

Összességében elmondható, hogy a DrInc és az InDUC rendkívül megbízható és valid, kutatási és klinikai közegben egyaránt hasznos mérőeszköznek bizonyultak.

A DrInc mérőeszköznek van magyar nyelvű változata, amelynek tesztelése nagy elemszámú (N=529) egyetemi hallgatói mintán történt (Farkas, 2007). A mérőeszközzel szerzett pszichometriai eredmények összességében jók, bár néhány skála belső konzisztenciája alacsony. Feltehető azonban, hogy ez a sajátosság a speciális csoport alkoholfogyasztási jellemzőinek a következménye.

Alkoholfogyasztás Motivációi Kérdőív (DMQ-R)

Az alkohol vagy kábítószerfogyasztás motivációinak feltárása a kezelési terv felállításának fontos részét képezheti. Például abban az esetben, ha egy alkoholfüggő személy arról számol be, hogy azért fogyaszt alkoholt, mert csak így tud megküzdeni a stresszel, és kivédeni azt, hogy rossz hangulat legyen, akkor minden bizonnyal a kezelésnek stresszkezelésre érdemes összpontosítania.

A nemzetközi szakirodalomban számos olyan mérőeszköz található, amely speciális szerhasználati motivációkra kérdez rá: pl. marihuána, dohányzás. Az alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációk feltárásának legnépszerűbb mérőeszközét Cooper és munkatársai (1992) dolgozták ki. A mérőeszköz 15 tétele az alábbi 3 dimenzió köré szerveződik: Megküzdési motivációk, Fokozás motivációi, Társas motivációk. A későbbi serdülő és felnőtt mintákon végzett empirikus kutatások alapján Cooper (1994) módosította kérdőívét. A módosított változat (DMQ-R) 20 tétele 4 dimenziót alkot:

- Megküzdés: internális, negatív megerősítés;
- Fokozás: internális, pozitív megerősítés;

- Társas: externális, pozitív megerősítés;
- Konformitás: externális, negatív megerősítés.

A kérdőív 20 tétele alkoholfogyasztás súlyosságától függetlenül térképezi fel az ivási motivációkat. Mindegyik dimenzió 5 kérdést tartalmaz, melyeket a kitöltőnek egy 6 fokozatú skálán kellett értékelnie. Az instrukcióban megfogalmazott időintervallum változtatható: pl. az elmúlt év, vagy az elmúlt hónap. A 4 különböző motiváció speciális osztályozási lehetőséget is biztosít. A motivációkat megkülönböztethetjük aszerint, hogy az alkoholfogyasztás az érzelmi (internális) vagy társas jóllét (externális) érdekében történik. Az internális és externális típusú motivációkat azonban tovább bonthatjuk aszerint, hogy az alkoholfogyasztás hatása pozitív vagy negatív megerősítésen keresztül érvényesül.

A DMQ-R mérőeszköz faktorszerkezetét több vizsgálati mintán (pl. svájci és magyar serdülők) is sikerrel reprodukálták (MacLean és Lecci, 2000; Kuntsche és mtsai., 2006; Urban, Kokonyei és Demetrovics, 2008). A mérőeszköznek Kuntsche és munkatársai elkészítették a rövidített változatát, amit Magyarországon a Sziget Fesztiválon résztvevő fiatalok körében alkalmaztak (Kelemen és mtsai., 2008).

Alkohol Következményeinek Elvárása Kérdőív (AOE)

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos pozitív és negatív elvárásokat feltáró mérőeszközt (Alcohol Outcome Expectancy Questionnaire, AOE) Leigh és Stacy (1993) fejlesztette ki. A 34 tételű kérdőív 4 pozitív és 4 negatív elvárásokat feltáró skálát tartalmaz. A pozitív elvárásokat mérő skálák a következők: Társas serkentés, Szórakozás, Szexualitás és Feszültségoldás. A negatív aspektusokat mérő skálák az alábbiak: Negatív társas következmények, Negatív érzelmi következmények, Negatív testi következmények, Negatív kognitív következmények.

A megadott instrukció alapján kell értékelni az egyes tételeket aszerint, hogy alkoholfogyasztás esetén mennyire valószínű az adott esemény bekövetkezése. A válaszadás 6 fokú skálán történik: soha, nagyon valószínűtlen, nem valószínű, valószínű, nagyon valószínű teljesen biztos. A két összesített skála (pozitív és negatív elvárások) reliabilitása a rendelkezésre álló empirikus eredmények alapján magas: 0,88 és 0,97 közöttiek. Az egyes skálákra vonatkoztatott Cronbach-alfa mutató értékei pedig 0,67 és 0,92 között mozogtak (Leigh és Stacy, 1993; Farkas, 2007; Urban és mtsai., 2008). A mérőeszközt kidolgozó szerzők vizsgálatában az 1 hetes teszt-reteszt időbeli stabilitása 0,87.

A hazi mintán kapott eredmények jók, a mérőeszköz alkalmazhatósága mellett szólnak (Farkas, 2007; Urban és mtsai., 2008;). Urbán, Czeglédi és munkatársai (2008) 428 serdülő végzett hazai vizsgálatai alapján azt találták, hogy a mérőeszköz faktorszerkezete megegyezik az amerikai mintán kapott eredményekkel. Egy másik kutatásukban (N=707) igazolták, hogy a pozitív elvárások a szenzoros élménykeresés és az alkoholfogyasztás motivációi közötti mediálól tényezőnek tekinthető. Mindezek mellett a pozitív elvárások és az alkoholfogyasztás motivációi együttesen is olyan mediátorok, amelyek a szenzoros élménykeresés és az alkoholfogyasztás között fejtik ki hatásukat (Urban és mtsai., 2008).

Alkoholfogyasztás Előnyei Skála (PBDS)

Az 5 tételből álló Alkoholfogyasztás Előnyei Skálát (Perceived Benefit of Drinking Scale, PBDS) Petchers és Singer (1987, 1990) dolgozták ki, amely az alkohol- és drogfogyasztás okainak egyszerű és gyors felmérésére szolgál. A mérőeszközt főként serdülők és fiatal

felnőttek körében alkalmazzák, s rövidege miatt nyomonkövetéses vizsgálatokban is jól alkalmazható. A nyomonkövetéses kutatásokban sokszor az alkohol- és drogfogyasztás prediktoraként használatos (Werner és mtsai., 1994a). A skála 5 tételét igen vagy nem válaszlehetőségek mentén kell megítélnie a kitöltőnek. A mérőeszköz tételei a következők:

Az alkoholfogyasztás segít abban, hogy a problémáimról megfeledkezzem.

Az alkoholfogyasztás segít abban, hogy barátságos legyek.

Az alkohol segít, hogy elfogadjam magam.

Az alkoholfogyasztás segíti az ellazulásom.

Az alkoholfogyasztás hozzásegít ahhoz, hogy ivócimborákat szerezzek.

A PBDS megbízhatósága és validitása jó (Petchers és mtsai., 1988; Petchers és Singer, 1990; Werner és mtsai., 1994b). Mivel a skála közvetlenül nem az alkoholfogyasztás mintázatának, vagy negatív hatásának feltárására irányul, így 3 vagy annál több igen válasz esetén érdemes az alkoholfogyasztásból fakadó problémákat mélyebben, részletesen feltárni.

A mérőeszköz tételei átfogalmazhatóak kábítószerfogyasztásra is.

A skálát hazánkban a magyar népesség addiktológiai problémáira irányuló országos reprezentatív felmérés (OLAAP) keretében Paksi Borbála és munkatársai közel 3.000 fős reprezentatív mintán alkalmazták.

Sóvárgás Kérdőívek

A szer iránti sóvárgás gyakran megfigyelhető a szerfüggők körében. A szer iránti vágyakozás mértékének feltárása fontos szerepet játszik a kutatásokban és a kezelésben egyaránt. A sóvárgás mértékének feltárása segít felbecsülni a páciens szerfüggőségét, a hatékony kezelési módszer megválasztását és az ismételt mérésekkel lehetővé teszi az állapot monitorozását. A következőkben két olyan sóvárgás kérdőívet mutatunk be, amelyek megbízhatóságát és érvényességét nemzetközi és hazai empirikus eredmények igazolják.

Az *Alkohol Sóvárgás Kérdőívet* (Alcohol Urge Questionnaire, AUQ) Bohn és munkatársai (1995) fejlesztették ki. A 8 tételből álló önjellemző skála olyan aktuális állapotbecslést tesz lehetővé, amely számszerűsíti a kitöltő alkohol utáni vágyakozását. A tételket 7 fokozatú Likert skálán kell megítélnie a kitöltőnek. A skála 4 tétele az alkoholfogyasztás utáni vágyakozásra vonatkozik (pl. Semmi sem lenne most jobb, mint inni egyet), 2 tétel az alkoholfogyasztás pozitív hatására utal (pl. Most egy ital mindent tökéletessé tenne), és 2 tétel az alkoholnak való ellenállásra (pl. Ha lehetőségem lenne inni egyet, nem hiszem, hogy ellen tudnék állni).

A mérőeszközzel végzett kutatások a 8 tételű skála magas belső konzisztenciáját (0,91–0,93) jelzik (Bohn és mtsai., 1995; Drummond és Phillips, 2002; Rosenberg és Mazzola, 2007). A tételeken végzett megerősítő faktorelemzések egybehangzóan bizonyítják a skála unidimenzionalitását (Drummond és Phillips, 2002; MacKillop, 2006). A mérőeszközt kidolgozók azt találták, hogy a skálán elért pontszám mérsékelt pozitív együttjárást mutat az alkoholfüggőség súlyosságával, és negatív az absztinencia idejével.

A *Heroin Sóvárgás Kérdőívet* Tiffany és munkatársai (előkészületben) 230 heroin használó személy empirikus adatainak feldolgozásával alkották meg (Schuster és mtsai., 1995). A 45 tételű kérdőív állításait 7 fokozatú skálán kell értékelnie a kitöltőnek. A tételek a következő területeket ölelik fel: vágyakozás a heroin használatára (pl. Annyira vágyom a heroinra, hogy már szinte érzem a hatását); a heroin használat szándéka (pl. Amint lehet, heroinot fogok használni), a pozitív hatás anticipálása (pl. Elégedett lennék, ha most lenne bennem heroin), a visszahúzóadás oldása, feldobottság (pl. Kevésbé érezném magam

fáradtnak, ha most heroint használnék), a használat kontrolljának hiánya (pl. Ha lenne itt heroin, nehezen tudnám megállni, hogy használjam).

A faktorelemzés során a szerzők 4 dimenziót kaptak; az így nyert skálák belső konzisztenciája 0,69 és 0,83 között volt. A teljes főskála Cronbach-alfa mutatója magas: 0,94.

Mindkét mérőeszköznek elkészült a magyar nyelvű fordítása, átfogó pszichometriai elemzésük folyamatban van (Demetrovics és mtsai., 2009).

Irodalom

- Allen, J. P. (1991). The interrelationship of alcoholism assessment and treatment. *Alcohol Health and Research World*, 15, 178–185.
- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., Babor, T. (1997) A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 613–619.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. APA, Washington DC.
- Animula (1996). *A BNO–10 Zsebkönyv DSM–IV meghatározásokkal*. Budapest.
- Animula (1997). *A DSM-IV Diagnosztikai Kritériumai*. Zsebkönyv, Budapest.
- Aszmann, A. (1997). Iskolásgyermekek egészségmagatartása. 1986-1993. Anonymus Kiadó.
- Aszmann, A. (2003). Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat, „Nemzeti Jelentés” 2002, OGYEI, Budapest.
- Aszmann, A., Németh A (2000). Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása. Országos Tisztiorvosi Hivatal.
- Babocsay, Á. (2002). *Relationship between sensation seeking and mass media usage*. Unpublished doctoral dissertation. Eötvös Loránd University, Hungary.
- Bácskai, E., Gerevich, J., Rózsa, S. (2001). *Európai Addikció Súlyossági Index*. Oktatási Kézikönyv. Drogambulanciák Szakmai Szövetsége Tanácsa.
- Balázs, J., Bitter, I. (2000). A M.I.N.I. Plusz kérdőív kritérium validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 15(2), 134-144.
- Balázs, J., Bitter, I., Hideg, K., Vitrai, J. (1998). A M.I.N.I. és a M.I.N.I. Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatria Hungarica*, 13(2), 160-168.
- Balázs, J., Kiss, K., Szádóczky, E., Bolyós, Cs., Laczkó, K., Szabó, J., Bitter, I. (2001). A M.I.N.I. Plusz és a DIS kérdőív validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(1), 5-11.
- Ball, S. A., Tennen, H., Poling, J. C., Kranzler, H. R., Rounsaville, B. J. (1997). Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 545–553.
- Barry, K. L., Fleming, M. F. (1993). The Alcohol Use Disorders: Identification test (AUDIT) and the S-MAST-13 predictive validity in a rural primary care sample. *Alcohol and Alcoholism*, 28, 33–42.
- Báry, E., Holovits, Zs., Matuszka, B., Molnár, O., Palotás, Sz., Szantner, J. (2007). A különböző hatásmechanizmusú drogok fogyasztóinak vonásagressziója. Az előadás elhangzott a Magyar Addiktológiai Társaság VI. Országos Kongresszusán. Siófok. Absztrakt kötet 9. oldal.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50, 7–15.
- Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R., Lee, G.P. (1999). Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *The Journal of Neuroscience*, 19, 5473–5481.
- Bisson, J., Nadeau, L., Demers, A. (1999). The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey. *Addiction*, 94, 715–722.

- Bódi, N., Janka, Z., Kéri, Sz., Must, A., Szabó, Z., Szász, A. (2005). A prefrontális cortex neuropszichológiai vizsgálata major depresszív zavarban. *Psychiatria Hungarica*, 20(6), 412–416.
- Bodrogi, A., Harangozó, J. Bulyáki, T., Girdis, E., Fallon, I. R. H. (2006). Szenvedélybetegek közösségi rehabilitációjának módszertana. In.: *Kísérletek a szenvedélybetegek közösségi ellátásának kialakítására Magyarországon*. Módszertani segédlet. Szerk.: Berényi András. - Debrecen : Forrás Leleki Segítők Egyesülete.
- Bohn, M. J., Babor, T. F., Kranzler, H. R. (1991). Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abusers: Problems of drug dependence. Proceedings of the 53rd Annual Scientific Meeting, The Committee on Problems of Drug Dependence, Inc., DHHS Publication No. (ADM) 92-1888. NIDA Research Monograph, vol. 119. (pp. 233). Rockville, MD7 Department of Health and Human Services.
- Bohn, M. J., Babor, T. F., Kranzler, H. R. (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal Studies on Alcohol*, 56(4), 423–432.
- Breakey, W. R., Calabrese, L., Rosenblatt, A., Crum, R. M. (1998). Detecting alcohol use disorders in the severely mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 34(2), 165–174.
- Burrow-Sanchez, J. J., Lundberg, K. J. (2007). Readiness to change in adults waiting for publicly funded substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 32(1), 199–204.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. M., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press. Magyarul: *MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory –2. Kézikönyv*. OS Hungary. Budapest.
- Chan, A. W., Pristach, E. A., Welte, J. W. (1994). Detection of alcoholism or heavy drinking by the CAGE in primary care outpatients and the general population. *Substance Abuse*, 6, 123–135.
- Cherpitel, C. J. (1999). Screening for alcohol problems in the U.S. general population: A comparison of the CAGE and TWEAK by gender, ethnicity, and services utilization. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 705–711.
- Clements, R. (1998). A critical evaluation of several alcohol screening instruments using the CIDI-SAM as a criterion measure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 985–993.
- Cloninger, C. R. (1987a). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573–588.
- Cloninger, C. R. (1987b). Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism. *Science*, 236, 410–416.
- Cloninger, C. R. (1994). Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4, 266–273.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117–128.
- Damasio, A. R. (1996). *Descartes tévedése - Érzelem, értelem és az emberi agy*. Aduprint Kiadó, Budapest.
- Demetrovics Zs. (2007c). *Drog, család, személyiség. Különböző típusú drogok használatának személyiségpszichológiai és családi háttere*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Demetrovics Zs., Rácz J., Csorba J., Fleischmann E., Szemelyácz J., Kassai-Farkas Á., Németh A., Oroján T., Rózsa S., Rigó P., Funk S., Farkas J., Mervó B., Petke Zs., Kapitány M. (2009). *Kezdeti tapasztalatok a Suboxone magyarországi bevezetésével*. Az előadás elhangzott a Magyar Pszichiátriai Társaság XV. Vándorgyűlésén. Debrecen, 2009. január 28–31.
- Derogatis, L. R. *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the Revised version*. John Hopkins University, School of Medicine, Baltimore. 1977.
- Donovan, D. M. (1999). Assessment strategies and measures of addictive behaviors. In B. S. McCrady, & E. E. Epstein (Eds.). *Addictions - a comprehensive guidebook* (pp. 187-215). New York: Oxford University Press.
- Drummond, D. C., Phillips, T. S. (2002). Alcohol urges in alcohol-dependent drinkers: further validation of the Alcohol Urge Questionnaire in an untreated community clinical population. *Addiction*, 97, 1465–1472.
- Evren, C., Evren, B., Yancar, C., Erkiran, M. (2007). Temperament and Character Model of Personality Profile of Alcohol- and Drug-Dependent Inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 48(3), 283–288.

- Ewing, J. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905–1907.
- Farkas, J. (2007). *A nagyívás pszichológiai hátterének vizsgálata. Fiatalok kicsapongó alkoholfogyasztásának motivációi*. Szakdolgozat. ELTE PPK, Személyiség és Egészségpszichológiai Tanszék.
- Farkas, J., Németh, Zs., Rózsa, S., Demetrovics, Zs. (2009). *A nagyívás motivációs hátterének vizsgálata*. Az előadás elhangzott a Magyar Pszichiátriai Társaság XV. Vándorgyűlésén. Debrecen, 2009. január 28–31.
- Fennig, S., Naisberg-Fennig, S., Craig, T. J. (1996). Comparison of clinical and research diagnoses of substance use disorders in a first-admission psychotic sample. *American Journal of Addiction*, 5, 40–48.
- Figlie, N. B., Dunn, J., Laranjeira, R. (2005). Motivation for change in alcohol dependent outpatients from Brazil *Addictive Behaviors*, 30(1), 159–165.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (1997a). User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I). Washington, DC, American Psychiatric Press. Magyarul: SCID-I Strukturált klinikai interjú a DSM-IV I-es tengelyén található zavarok diagnosztizálására (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I). Kézikönyv. OS Hungary.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. (1997b). User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Washington, DC, American Psychiatric Press. Magyarul: SCID-II Strukturált klinikai interjú a DSM-IV II-es tengelyén található személyiségzavarok felmérésére (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders). Kézikönyv. OS Hungary.
- Friedman A., Terras A., Öberg D. (2002) The European Version of the Adolescent Assessment Dialogue – EuroADAD Version 1.0. Philadelphia/Maastricht.
- Gerevich, J., Bácskai, E., Kó, J., Rózsa, S. (2001). Az Addikció Súlyossági Index (ASI) magyarországi reliabilitás és validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(3), 292–307.
- Gerevich, J., Bácskai, E., Kó, J., Rózsa, S. (2005). Reliability and Validity of the Hungarian Version of the European Addiction Severity Index. Results of a Multi-Focal Research Project. *Psychopathology*, 38, 301–309.
- Gerevich, J., Bácskai, E., Rózsa, S. (2002). A Temperamentum és Karakter Kérdőív alkalmazhatósága drogfogyasztók körében. Egy multicentrikus kutatás első eredményei. *Psychiatria Hungarica*, 17(2), 182–192.
- Gerevich, J., Bácskai, E., Rózsa, S. (2004). Hungarian adaptation of the European Addiction Severity Index. *Journal of Substance Use*, 9(3): 1–7.
- Gerevich, J., Bácskai, E., Rózsa, S. (2006c). A serdülőkori problémák értékelő interjúja. (EuroADAD) magyarországi bevezetése. Egy multicentrikus kutatás eredményei. Az előadás elhangzott a Magyar Pszichiátriai Társaság VI. Nemzeti Kongresszusán. 2006. február 1–4. Budapest. *Psychiatria Hungarica*, XX. 2005/Supplementum, 28. o.
- Gerevich, J., Rózsa, S., Bácskai, E. (2006a). Az alkohollal kapcsolatos zavarok szűrése: a CAGE hazai adaptációja. *Psychiatria Hungarica*, 21(1), 77–83.
- Gillaspy, J. A., Jr., Campbell, T. C. (2006). Reliability and Validity of Scores from the Inventory of Drug Use Consequences. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 27(1) 17.
- Gossop, M., Duncan, S. John, M. (2007). Readiness for change and drug use outcomes after treatment. *Addiction*, 102(2), 301–308.
- Graham, J. R. (2000). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (3rd ed.). New York: Oxford Press.
- Gutiérrez, F., Torrens, M., Boget, T., Martin-Santos, R., Sangorrin, J., Perez, G., Salamero, M. (2001). Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(2), 143–147.
- Heck, E. J., Williams, M. D. (1995). Using the CAGE to screen for drinking-related problems in college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 282–286.
- Hendriks, V. M., Kaplan, C. D., van Limbeek, J., Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and Validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 133–141.

- Huller, E., Fiáth, T., Kovács, F., Nemszilaj, A., Rózsa, S. (2008). Az Iowa Gambling Task alkalmazásával szerzett hazai tapasztalatok fogvatartottak körében. Az előadás elhangzott a Pszichológiai Társaság XVI. Országos Tudományos Nagygyűlésén. Nyíregyháza. 2008. május 22–24.
- Kelemen, A., Kiss, J., Németh, Zs. 2008. *SZIGET 2007. A Szigetlátogatók kockázati magatartása.* Kutatási jelentés. 2008. március. Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- Kosten, T. R., Rounsaville, B. J., Kleber, H. D. (1983). Concurrent validity of the Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 606–610.
- Kranzler, H. R., Kadden, R. M., Babor, T. F. (1996) Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction*, 91, 859-868.
- Kristenson, H., Trell, E. (1982). Indicators of alcohol consumption: Comparisons between a questionnaire (Mm-MAST), interviews and serum gamma-glutamyl transferase (GGT) in a health survey of middle-aged males. *British Journal of Addiction*, 77, 297–304.
- Kulcsár, Zs. (1983). Szenzoros élménykeresés. Biológiai korrelátumok és implikációk a pszichiátriai sérülékenységről. *Pszichológia*, 1, 69–85.
- Kuntsche, E. N., Knibbe, R., Gmel, G., Engels, R. (2006). Replication and Validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised (DMQ-R, Cooper, 1994) among Adolescents in Switzerland. *European Addiction Research*, 12, 161–168.
- Leigh, B. C., Stacy, A. W. (1993). Alcohol Outcome Expectancies: Scale Construction and Predictive Utility in Higher Order Confirmatory Models. *Psychological Assessment*, 5 (2), 216–229.
- Liskow, B., Campbell, J., Nickel, E. J., Powell, B. J. (1995). Validity of the CAGE questionnaire in screening for alcohol dependence in a walk-in (triage) clinic. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 277–281.
- MacAndrew, C. (1965). The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Quarterly Journal of Studies of Alcohol*, 26, 238–246.
- MacKillop, J. (2006). Factor Structure of the Alcohol Urge Questionnaire Under Neutral Conditions and During a Cue-elicited Urge State. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(8), 1315–1321.
- MacLean, M. G., Lecci, L. (2000). A comparison of models of drinking motives in a university sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 83–87.
- Maisto, S. A., Chung, T. A., Cornelius, J. R., Martin, C. S. (2003). Factor structure of the SOCRATES in a clinical sample of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(2), 98–107.
- Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., O'Connor, M., Kelley, M. E. (1999). Factor structure of the socrates in a sample of primary care patients - A multisite outpatient and aftercare clinical sample of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 24(6), 879–892.
- Martin, C., Kaczynski, N., Maisto, S., Bukstein, O. Moss, H. (1995). Patterns of DSM-IV alcohol abuse and dependence symptoms in adolescent drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 672-680.
- Martin, C., Pollock, N., Bukstein, O. Lynch, K. (2000). Inter-rater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 173-176. Erratum: (2000) *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 323.
- Masse, L. C., Tremblay, R. E. (1997). Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use drinking adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 62–68.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199–213.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P. (1986). Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: is there improvement and is it predictable? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 101–120.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., Druley, K. A., O'Brien, C. P. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 168, 26–33.

- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., O'Brien, C. P., Druley, K. A. (1983a). Predicting response to alcohol and drug abuse treatment, role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620–625.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Luborsky, L., O'Brien, C. P., Druley, K. A. (1983b). Increased effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment 'matching'. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 17, 597–605.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York, The Guilford Press.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81–89.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S., Longabaugh, R. (1995). The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. Project MATCH Monograph Series, Vol. 4. Rockville, MD: NIAAA.
- Mudd, S. A., Blow, F. C., Hill, E. M., Demo-Dananberg, L., Young, J. P., Iacob, A. (1993). Differences in symptom reporting between older problem drinkers with and without a history of major depression. *Alcohol and Clinical Experimental Research*, 17, 489.
- Nyström, M., Perasalo, J., Salaspuro, M. (1993). Screening for heavy drinking and alcohol-related problems in young university students: The CAGE, the Mm-MAST and the Trauma Score Questionnaires. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 528–533.
- Petchers, M. K., Singer, M. I., Angelotta, J. W., Chow, J. (1988). Revalidation and expansion of an adolescent substance abuse screening measure. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 25–29.
- Petchers, M., Singer, M. I. (1987). Perceived benefit of drinking scale: Approach to screening for adolescent alcohol use. *Journal of Pediatrics*, 110, 977–981.
- Petchers, M., Singer, M. I. (1990). Clinical applicability of a substance abuse screening instrument. *Journal of Adolescence and Chemical Dependence*, 1, 47–56.
- Péter, Á. (1995). Az alkohollal kapcsolatos problémák számbavétele WHO-AUDIT segítségével háziorvosi praxisokban. *Szenvedélybetegségek*, 3, 337–349.
- Pokorny, A. D., Miller, B. A., Kaplan, H. B. (1972). The brief MAST: A shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST). *American Journal of Psychiatry*, 129, 342–345.
- Pomerleau, C. S., Pomerleau, O. F., Flessland, K. A., Basson, S. M. (1992). Relationship of TPQ scores to smoking variables in female and male smokers. *Journal of Substance Abuse*, 4, 143–153.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Rácz, J., Pogány, Cs., Máthé-Árvay, N. (2002). Az EuropASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 57(4), 587–603.
- Reinert, D. F., Allen, J. P. (2002). The alcohol use disorders identification test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 2, 272–279.
- Rosenberg, H., Mazzola, J. (2007). Relationships among self-report assessments of craving in binge-drinking university students. *Addictive Behaviors*, 32, 2811–2818.
- Rounsaville, B. J., Kosten, R. R., Weissman, M. M., Kleber, H. D. (1986). Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 43, 739–745.
- Rózsa, S., Nagy, J. (1996). A BFQ és a ZKPQ hazai adaptációjának első eredményei. Magyar Pszichológiai Társaság XII. Országos Tudományos Nagygyűlése. 1996. május 22-25. Budapest. Poster. Előadás-kivonatok, 269. o.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-11. *Addiction*, 88, 791–803.
- Schuster, C. R., Greenwald, M. K., Johanson, C. E., Heishman, S. J. (1995). Measurement of drug craving during naloxone-precipitated withdrawal in methadone-maintained volunteers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3(4), 424–431.

- Segal, B., Huba, G. J., Singer, J. L. (1980). *Drugs, daydreaming and personality: A study of college youth*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653–1658.
- Selzer, M. L., Vinokur, A., van Rooijen, L. (1975). A self-administered Short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Study on Alcoholism*, 36, 117–126.
- Seppa, K., Makela, R., Sillanaukee, P. (1995) Effectiveness of the Alcohol Use disorders Identification Test in occupational health screenings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(4), 999–1003.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, Suppl 20, 22-33.
- Sher, K. J., Wood, M. D., Crews, T. M., & Vandiver, P. A. (1995). The Tridimensional Personality Questionnaire: Reliability and validity studies and derivation of a short form. *Psychological Assessment*, 7, 195–208.
- Skinner, H. A. (1982a). Guidelines for using the Michigan Alcoholism Screening Test. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Snow, M., Thurber, S., Hodgson, J. M. (2002). An adolescent version of the Michigan alcoholism screening test. *Adolescence*, 37(148), 835–840.
- Teichman, M., Barnea, Z., Rahav, G. (1989). Sensation seeking, state and trait anxiety, and depressive mood in adolescents substance users. *The International Journal of the Addictions*, 24, 87–89.
- Tonigan, J. S., Miller, W. R. (2002). The Inventory of Drug Use Consequences (InDUC): Test-retest stability and sensitivity to change. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 165–168.
- Urbán, R., Czeglédi, E., Kovács, K., Kelemen, A. (2008). A szenzoros élménykeresés összefüggése az alkoholfogyasztással és az alkohollal kapcsolatos elvárásokkal középiskolások körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63(3), 499–518.
- Urban, R., Kokonyei, G., Demetrovics, Z. (2008). Alcohol outcome expectancies and drinking motives mediate the association between sensation seeking and alcohol use among adolescents. *Addictive Behaviors*, 33(10), 1344–1352.
- Varvasovszky, Zs., McKee, M. (2000). Problem drinking among hospitalized patients in Hungary. *Alcohol and alcoholism*, 35, 6, 574–579.
- Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58, 389–404.
- Werner, M. J., Walker, L. S., Greene, J. W. (1994a). Longitudinal evaluation of a screening measure for problem drinking among female college freshmen. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 148(12), 1331–1337.
- Wills, T. A., Vaccaro, D., McNamara, G. (1994). Novelty-seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *Journal of Substance Abuse*, 6, 1–20.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Geneva.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, Hillsdale, New Jersey.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral Expressions and Biosocial Bases of Sensation Seeking*. USA, Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. (1996). Item revisions in the Sensation Seeking Scale Form V (SSS-V). *Personality and Individual Differences*, 20(4), 515.

A mérés célja	Terület	A mérőeszköz megnevezése	A mérőeszköz típusa	A felvétel ideje (perc)	Referencia	A mérőeszköz elérhetősége
Szűrés	Alkoholfogyasztás	CAGE	Önjellemző, 4 tétel	2	Ewing és Rouse, 1970	Jelen tanulmány; Gerevich és mtsai., 2006a
Szűrés	Alkoholfogyasztás	MAST	Önjellemző, 25 tétel	10	Selzer, 1971	http://www.euuzlet.hu/kalkulatorok/alkohol.html
Szűrés	Alkoholfogyasztás	AUDIT	Önjellemző, 10 tétel	8	Saunders és mtsai., 1993	Gerevich és mtsai., 2006b
Szűrés	Droghasználat	DAST	Önjellemző, 28 tétel	10	Skinner, 1982b	A jelen tanulmány szerzőjétől
Motivációfokozás és a változásra való készség	Alkohol- és drogfogyasztás	SOCRATES	Önjellemző, 19 tétel	10	Miller és Tonigan, 1996	A jelen tanulmány szerzőjétől
Problémafeltárás	Alkohol és drogfogyasztás	ASI	Interjú, 160 kérdés	30–40	McLellan és mtsai., 1980, 1992	Addiktológiai Kutató Intézet; Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Drogambulancia Alapítvány
Problémafeltárás	Alkohol és drogfogyasztás (serdülők)	EuroADAD	Interjú, 120 kérdés	40–60	Friedman és mtsai., 2002	Addiktológiai Kutató Intézet
Diagnózis	Pszichopatológia	SCID-I és SCID-II	Interjú, 450, 250 kérdés	45–90, 40–60	First és mtsai., 1997ab	OS Hungary Tesztfejlesztő
Diagnózis	Pszichopatológia	M. I. N. I.	Interjú, 120 kérdés	20	Sheehan és mtsai., 1998	https://www.medical-outcomes.com
Személyiségmérés	Általános személyiségjellemzők	TCI	Önjellemző, 240 tétel	20	Cloninger, 1994	A jelen tanulmány szerzőjétől
Személyiségmérés	Pszichopatológia, Általános	MMPI-2 és MMPI-A	Önjellemző, 576, 478	75, 60	Butcher és mtsai.,	OS Hungary Tesztfejlesztő

	személyiségjellemzők		tétel		1989/2009	
Személyiségmérés	Élménykeresés	Szenzoros Élménykeresés Kérdőív (SSS-V)	Önjellemző, 40 tétel	15	Zuckerman, 1979, 1994	Babocsay, 2002
Személyiségmérés	Pszichopatológia	Derogatis-féle Tünetlista (SCL-90- R)	Önjellemző, 90 tétel	15	Derogatis, 1977	A jelen tanulmány szerzőjétől
Személyiségmérés	Kognitív impulzivitás	IOWA Gambling Task (IGT)	Számítógépes program	10	Bechara és mtsai., 1994; 1999	http://pebl.sourceforge.net ; http://users.fmg.uva.nl/rgrasman/javascript/2005/09/iowa-gambling-task.html ; http://www3.parinc.com
Kognitív és motivációs tényezők	Alkoholfogyasztás	Alkoholfogyasztás Következményei Kérdőív (DrInc)	Önjellemző, 50 tétel	15	Miller és mtsi., 1995	Jelen tanulmány szerzőjétől
Kognitív és motivációs tényezők	Alkoholfogyasztás	Alkoholfogyasztás Motivációi Kérdőív (DMQ-R)	Önjellemző, 20 tétel	10	Cooper, 1994	Farkas, 2009; Urbán és mtsai, 2008
Kognitív és motivációs tényezők	Alkoholfogyasztás	Alkohol Következményeinek Elvárása Kérdőív (AOE)	Önjellemző, 34 tétel	12	Leigh és Stacy, 1993	Farkas, 2009; Urbán és mtsai, 2008
Kognitív és motivációs tényezők	Alkoholfogyasztás	Alkoholfogyasztás Előnyei Skála (PBDS)	Önjellemző, 5 tétel	3	Petchers és Singer, 1987, 1990	Jelen tanulmány
Kognitív és motivációs tényezők	Alkoholfogyasztás	Alkohol Sóvárgás Kérdőív (AUQ)	Önjellemző, 8 tétel	4	Bohn és mtsi., 1995	A tanulmány szerzőjétől
Kognitív és motivációs tényezők	Heroinfogyasztás	Heroin Sóvárgás Kérdőív (HCQ)	Önjellemző, 45 tétel	15	Tiffany és mtsi., 1993 (előkészületben)	Demetrovics és mtsai, 2009