

2.2.2. Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák

GONDA XÉNIA, RÓZSA SÁNDOR

Az orvostudomány minden ágában alapvető feladat a beteg problémáinak és állapotának minél részletesebb felderítése, az adott kórkép és a tünetek minél pontosabb feltárása a klinikai kép megértése és azonosítása érdekében, ezt követően pedig ugyanilyen fontos a terápia során a tünetek változásának követése. A pszichiátriában is alapvető a pontos diagnózis, amit ebben az esetben tovább nehezít, hogy szemben számos egyéb szakterülettel, a pszichiátriában nem állnak rendelkezésre olyan egzakt, objektív markerek, melyek referenciatartományhoz vagy határértékekhez való viszonyítása alapján a diagnózis megalkotható. Ehelyett a pszichiátriában, a legtöbbször a páciensek önbeszámolóját alapul véve, a betegségek tünetekre való bontásával kísérlehető meg a diagnózis pontosítása, a betegség és altípusainak meghatározása, illetve a terápia hatékonyságának követése. E tünetek mérésére különféle mérőskálák és kérdőíves eljárások állnak rendelkezésre.

Bár a pszichiátriai diagnosztika számos lépést foglal magában az átfogó klinikai interjútól a kórtörténet áttekintésén át a páciens viselkedésének megfigyeléséig, az egyes betegségekhez tartozó résztünetek feltárásnak fontos módja a pszichodiagnosztikus tesztek alkalmazása, mivel ez lehetőséget teremt a pszichopatológiai jelenségek azonosítására és kvantifikálására is. Így bizonyos tekintetben objektív adatokat biztosít, és hasznos eszköz lehet nem csak a differenciáldiagnosztika, de a klinikai képek tisztázása során is. Ennek elősegítésére számos *sztenderdizált mérőeszközt* dolgoztak ki, melyek általában tesztek, skálák, kérdőívek formájában állnak rendelkezésre. A rendelkezésre álló pszichodiagnosztikai mérőmódszerek egy része valamely konkrét betegség fennállásának vizsgálatára született, a legtöbb kérdőív azonban valamilyen tünetet mér, így nem csak egy adott betegség, de számos egyéb pszichiátriai megbetegedés esetében alkalmazható az adott tünet mérésére. A pszichodiagnosztikai mérőeszközök alkalmazása – a diagnózis mellett – a kezelés hatékonyságának meghatározásában és a prognózis során is fontos.

A tünetek és a diagnózis mellett a pszichiátriában fontos számos egyéb terület felmérése is, így például a *mentális állapot*, az *életminőség* és a betegek *rehabilitációs kapacitásának* feltárása. Erre számos különböző szerző általános, valamint adott betegségek esetében specifikus kérdőíveket kidolgozott. A pszichiátriai ellátásban

emellett sokszor szükséges a személyiség vizsgálata is, mely lényegében olyan személyiségjellemzők átfogó felmérését jelenti, mint a személyre jellemző, tartósan fennálló motivációk, emóciók, attitűdök, vonások és interperszonális stílusok.

Bár a pszichológiai/pszichiátriai *tesztek sztandardizált*, sokszor önkitöltős mérőeszközök, ezek alkalmazása, kiértékelése és az eredmények értelmezése képzettséget és gyakorlatot kíván.

Összességében tehát a pszichológiai tesztek a pszichiátriában munka valamennyi lépése során alkalmazhatók, segítik a differenciáldiagnózist, a farmako- és pszichoterápiák megtervezését és követését, valamint hatékonyságuk vizsgálatát; emellett a *betegnek* is fontos visszajelzést nyújtanak saját problémáikkal, tüneteikkel kapcsolatban. A tesztek a beteg életének vagy tüneteinek olyan területére is felhívhatják a figyelmet, melyek fontosságával a beteg maga sincs tisztában, és melyekre nem rendelkezik rálátással. A tesztek ezen kívül fontos információt is nyújthatnak a beteg érzéseivel, belső képzeletével kapcsolatban, melyek elősegíthetik a terápiát.

Az alábbiakban elsőként a pszichológiai tesztek kidolgozásának és pszichometriai kritériumainak főbb szempontjait ismertetjük, majd pedig rátérünk a főbb módszerek bemutatására. Az ismertetések során igyekeztünk jól áttekinthető csoportokba foglalni az egyes módszereket, és csak olyan mérőeszközöket emeltünk be, amelyek nemzetközileg széles körben elfogadottak és hazai adaptációval rendelkeznek.

A pszichológiai tesztek kidolgozása

A pszichológiai tesztek kidolgozása több lépésből álló folyamat, melynek célja olyan sztandardizált mérőeszközök létrehozása, melyek esetében biztosítható, hogy a kitöltő által elért pontszámot a normatív mintához tudjuk hasonlítani, valamint az is, hogy az adott teszt valóban azt méri, amit segítségével mérni szeretnénk. A pszichológiai tesztek kidolgozása során a kialakított vizsgálóeszközt először olyan, nagyszámú alanyból álló normatív, reprezentatív mintán vizsgálják, melynek segítségével megállapítható, hogy az átlagnépességben milyen átlagos pontszámot várhatunk el. A tesztek kidolgozása során törekedni kell arra, hogy az olyan tételekből álljon, melyet a különböző szociokulturális háttérrel rendelkező

kitöltők könnyen megértene, és fontos az is, hogy kitöltők az egyes tételek alatt azt értsék, amit a teszt kidolgozója próbált megfogalmazni. További elvárás, hogy a kérdések ne legyenek sértőek a kitöltők számára, biztosítva így a minél nagyobb mértékű együttműködést a válaszadás során. A kérdőív vagy vizsgálóeszköz hossza szintén fontos. Egyrészről elegendő számú tételt kell tartalmaznia ahhoz, hogy a kérdéses területet biztonsággal és átfogóan fel tudja mérni, de elég rövidnek is kell lennie, hogy a kitöltők – különösen a pszichiátriai betegségekben szenvedők – valamennyi kérdést megválaszolják.

Ugyanilyen fontos a validitás, az érvényesség kérdése is, ami azt jelenti, hogy a teszt valóban azt a tünetet, jelenséget, konstruktumot méri-e, aminek a vizsgálatára kidolgozták. Egy teszt érvényességét számos módon megközelíthetjük. A *tartalmi validitás* mutatja, hogy a skála vagy teszt mennyire fed le egy adott konstruktum valamennyi területét. A *látzatérvényesség* azt tükrözi, hogy az egyes tesztkérdések vagy tételek mennyiben vonatkoznak a vizsgált jelenségkör megnyilvánulásaira, a mérőeszköz ránézésre azt a konstruktumot méri-e, aminek a mérésére szánták. A *kritériumvaliditás és konstruktumvaliditás* szintén arra vonatkozik, hogy a mérőeszköz valóban az adott jelenséget méri-e, azonban az előzővel szemben a vizsgált teszttől független adatok, vagyis a vizsgált jelenség egyéb objektív mutatói és külső kritériumok alapján tükrözik a teszt validitását. A kritériumvaliditás jelzi, hogy a vizsgált teszt pontszáma mennyire korrelál az adott jelenség egy már elfogadott mérőeszközzel kapott pontszámmal, míg a konstruktumvaliditás azt tükrözi, hogy az adott mérőeszköz mennyire fed le valamilyen célkonstruktumot. A *diszkriminációs validitás* mutatja meg, hogy egy adott teszt képes-e egy adott időpontban különféle pácienscsoportok között különbséget tenni, például egy depresszió teszt milyen mértékben képes elkülöníteni az egészséges, illetve enyhe, közepesen súlyos és súlyos depresszióban szenvedőket. A *konkurrens validitás* vizsgálata során a teszt felvételekor más mérőeszközökkel is vizsgáljuk az adott jelenséget, a *prediktív validitás* esetében pedig azt vizsgáljuk, hogy külső jelenség időben később következik majd be.

A validitás mellett hasonlóképpen fontos a pszichológiai tesztek *reliabilitása, megbízhatósága* is, mely azt mutatja, hogy egy adott teszt milyen konzisztensen és stabilan méri az adott konstruktumot. A reliabilitás tekintetében részben azt vizsgáljuk, hogy milyen a skála belső konzisztenciája, mennyire tekinthetők homogénnek a skálát alkotó tételek. Ennek során vizsgálható a különböző tesztfelezések közötti átlagos korreláció a Cronbach-alfa mutató segítségével (mely azt jelzi, hogy a skála mennyiben mér egyetlen tulajdonságot vagy dimenziót, és értéke általában 0,7 felett már elfogadható), vagy alkalmazható a split-half módszer, mely során

két részre osztják a skálát, és a két rész pontértékének korrelációját vizsgálják, de ugyanez mérhető a páros és páratlan tételek közti korreláció vizsgálatával is. A reliabilitás egy másik fajtája a *teszt-reteszt* megbízhatóság, mely azt tükrözi, hogy egy adott skála pontszámai időben mennyiben stabilak és reprodukálhatók, és melynek vizsgálata során a skálát két különböző időpontban veszik fel és korreláltatják a pontszámot. Bár az időbeli stabilitást sok minden befolyásolhatja (pl. a két mérés között eltelt idő, a felmért jellemző) általában a 0,7 fölötti korrelációkkal rendelkező skálákat tekintjük jó időbeli stabilitással rendelkezőnek. Vizsgálható továbbá az *interrater reliabilitás* (az értékelést végzők közötti együttjárás) is, amely azt mutatja, hogy mennyiben függ a tesztpontszám az értékelést végző klinikustól. Ezt a típusú reliabilitást leggyakrabban a Cohen-féle kappa-együttható segítségével fejezik ki, melyet általában 0,6 felett jónak, 0,7 felett kiválóan tekintenek.

A validitás és reliabilitás mellett a diagnosztikus pontosság érdekében alapvető szempont a szenzitivitás és a specificitás is, melyek azt mutatják, hogy a teszt kellő érzékenységgel méri-e az adott konstruktumot, miközben kellő mértékben tud különbséget tenni a kérdéses és más, rokon konstruktumok között. A *szenzitivitás* annak valószínűsége, hogy ha a beteg esetében a teszt eredménye pozitív, akkor valóban fennáll esetében az adott zavar, a *specificitás* pedig annak valószínűsége, hogy aki a teszt alapján negatív eredményt kap, annál a kérdéses zavar nem áll fenn. Nagyon fontos a két mutató egymáshoz való viszonya, mely attól is függ, hogy az adott betegség mennyire gyakori a populációban. Gyakori betegség esetén általában a magas specificitás a jó, ritka betegség esetében pedig a magas szenzitivitás. A kezelés kiváltotta változás detektálásával kapcsolatos szenzitivitás gyakran a hatásméret formájában fejezhető ki, melynek egyik leggyakoribb mutatója a *Cohen d*.

Pszichiátriai betegségek szűrésére használt átfogó skálák, strukturált és félig strukturált interjúk

A pszichiátriai klinikai munka és a kutatások során számos alkalommal szükséges megállapítani, hogy az adott beteg esetében pontosan mely zavar vagy mely komorbid zavarok állnak fenn aktuálisan vagy a korábbi kórtörténetben, valamint hogy kizárjuk valamennyi egyéb pszichiátriai zavar fennállását. E diagnosztikus folyamatot segítik elő a pszichiátriai zavarok szűrésére alkalmazható átfogó *skálák*.

SCID

A DSM-5 megjelenésével átalakultak a DSM kiadványon alapuló strukturált diagnosztikus interjúk is. A

SCID-5-CV (Structured Clinical Interview for DSM-5-~~V~~ Disorders – clinical verion)-, mely a korábbi SCID-I új DSM-5- kritériumoknak megfelelően átdolgozott és rövidített verziója, a DSM-5-ben szereplő, a klinikai gyakorlatban leggyakrabban jelentkező pszichiátriai zavarok szisztematikus diagnózisát vagy kizárását segíti lépésről lépésre (First és mtsai 2016a). A SCID-5-CV-ben szereplő modulok a depressziós és bipoláris zavarokat, a szkizofréniáspektrum és egyéb pszichotikus zavarokat, a szerhasználatzavarokat, a szorongásos zavarokat, obszesszív-kompulzív zavart, poszttraumás stresszzavart, figyelemzavaros/hiperaktivitás zavart és alkalmazkodási zavart fedik le, emellett 17 további DSM-5-ben szereplő zavar szűrésére szolgálnak. A további, DSM-5-ben szereplő, de a klinikumban ritkábban észlelt zavarok a SCID-5-RV (Research Version) illetve a SCID-5-CT (Clinical Trials Version) kiadványokban szerepelnek, melyeket úgy szerkesztettek, hogy megkönnyítsék a kutatás illetve a klinikai vizsgálatok során történő alkalmazást. A korábbi SCID-II helyett a személyiségzavarok felmérésére a SCID-5-PD (Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders) szolgál, mely a DSM-5-ben ~~sze-~~ ~~replő~~ ~~10~~ ~~személyiségzavar~~ diagnózisát segíti az átdolgozott szűrőkérdőív illetve a strukturált interjú segítségével (First és mtsai 2016c). Ezen kívül a SCID-5-AMPD (Alternative Model for Personality Disorders) a személyiségzavarok DSM-5 alternatív modelljére kidolgozott félig strukturált interjú, mely a személyiségzavarok dimenziális megközelítését és diagnózisát teszi lehetővé a korábbi kategorikus megközelítés mellett.

A SCID-5-CV és SCID-5-PD magyarul is elérhető (First és mtsai 2016b, First és mtsai 2016d), felvételük külön-külön egy-másfél órát vesz igénybe a kórtörténet-től függően. ~~Valamennyi SCID-5 mérőeszközt megfele-~~ ~~lően képzett szakember alkalmazhatja~~

MINI

A MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) olyan rövid strukturált diagnosztikai interjú, amelyet pszichiáter és klinikai pszichológus szakemberek fejlesztettek ki a DSM-IV I. tengelyén és a BNO-10-ben szereplő fő pszichiátriai kórképek felmérésére (Sheehan és mtsai 1998). A MINI felvétele, valamint kiértékelése egyszerű és gyors (kb. 15 perc), elsajátítása nem igényel hosszú tréninget, így a klinikai vizsgálatokban és az epidemiológiai felmérésekben népszerű. A MINI és ennek bővített változata, a ~~MINI~~ ~~Plusz~~, valamint az interjú 6–18 éves korúak számára kidolgozott ~~változata~~ a Gyermekek MINI magyar nyelven is elérhető.

CIDI

A CIDI (Composite International Diagnostic Interview) a WHO által a pszichiátriai zavarok diagnosztiká-

jára kidolgozott strukturált klinikai interjú, melyet első-sorban epidemiológiai kutatások céljára hoztak létre, így klinikai gyakorlattal és képzettséggel nem rendelkező személyek által is felvehető, és felvétele csak rövid időt vesz igénybe (Robins és mtsai 1988). Az eredeti cél szerint a CIDI számos kultúrában alkalmazható, és számos klasszifikációs rendszerben (DSM, BNO) szereplő diagnosztikai kategóriának megfelel.

BPRS

Az egyik legelterjedtebb átfogó pszichiátriai értékelő skála a Rövid Pszichiátriai Értékelő ~~skála~~ (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS), mely a mentális státusz vizsgálata során vehető fel a klinikus által. A BPRS 18 tünetet vizsgál 7 pontos Likert-skálán, felvétele néhány percet vesz igénybe, így könnyen és gyorsan ~~felvehető~~. A BPRS használata kiterjedt klinikai és tudományos bizonyítékokon alapul, és az interrater reliabilitása is meglehetősen magas. A tünetek alapos és egyértelmű leírását tartalmazza, ugyanakkor az eredményeket az értékelést végző klinikus szubjektív ítélete is befolyásolhatja. Hátránya, hogy kitöltése során a klinikus csak az interjú alatt megfigyelték alapján értékeli a páciens (Overall és Gorham 1962).

ISCA

Az Interview Schedule for Children and Adolescents (Sherrill és Kovacs 2000) többféle verzióban kidolgozott félig strukturált, tünetekre fókuszáló pszichiátriai interjú 8–17 éves ~~gyerekek a fejlődési~~ pszichopatológia vizsgálatahoz. A mérőeszköz 5 részből, valamint a jelenlegi állapot általános súlyosságát mérő tételből áll. A különböző részek az anamnézis alapján feltárt tüneteket és jeleket (69 tétel az olyan fő tünetekkel kapcsolatban, mint a depressziós, mániás vagy hipomán hangulat, szorongás, kognitív vagy neurovegetatív zavarok, viselkedési problémák, fejlődési nehézségek), mentális státuszt, a viselkedési megfigyeléseket, a szakember benyomásait, és a történet által feltárt fejlődési mérföldköveket vizsgálják. A tünetek súlyosságát skálákkal rögzítik. A mérőeszköz több változata elérhető a jelenleg illetve korábban fennálló zavarok, valamint a köztes funkció vizsgálatára illetve utánkövetés céljára.

MMPI-2

A fentebbi mérőeszközökkel ellentétben az MMPI-2 nem a DSM-ben vagy a BNO-ban szereplő főbb pszichiátriai zavarokat vagy azok tüneteit vizsgálja, hanem azokat a személyiség-összetevőket, amelyek alapján az egyes pszichiátriai betegségekre jellemző profil megrajzolható. A ~~Minnesota~~ ~~függvényezés~~ ~~személyiség~~leltár (MMPI) 1943 óta a világ egyik legszélesebb körben használt klinikai pszichológiai mérőeszköze, amit több mint 140

nyelvre fordítottak le (Butcher és mtsai 1992). Magyarországon is elérhető a módszer új változata, az MMPI-2, és ennek serdülő változata, az MMPI-A. Az eredeti mérőeszköz több mint 100 tételét átalakították, az új tételek olyan területeket tapogtatnak le, mint az általános egészségi állapot, társas attitűdök, öngyilkossági hajlam, A-típusú viselkedés, fóbiák, szerhasználat, általános neurológiai állapot. Az MMPI-2 írásban vagy elektronikusan kitölthető objektív személyiségteszt, strukturált formában 567 standardizált kérdést tartalmaz, a válaszok alapján számolt skálák pontértékét normatív csoportok értékeihez hasonlítjuk, azt vizsgálva, hogy ettől a személy milyen irányban és milyen mértékben tér el. Az MMPI-2 skálák és skálakonstellációk értelmezésével kapcsolatban jelentős szakirodalom áll rendelkezésre. Az MMPI-2 több mint 100 skálát és alskálát tartalmaz. Mivel a klinikai mintákon történő alkalmazás során a kapott eredmények érvényessége kulcsfontosságú, így az MMPI-2 a legtöbb validitás skálát tartalmazó kérdőív. A 10 validitásskála (pl. F, L, Fb, VRIN, K, S) a szimulációs és disszimulációs törekvések, valamint a társas kívánatosság kiszűrésére kiválóan alkalmas. Az MMPI-2, csakúgy mint korábbi változata, 10 klinikai alskála segítségével vizsgálja a legfontosabb pszichopatológiai tünetterületeket.

Derogatis-féle tünetlista (SCL-90-R)

A Derogatis (Derogatis és Cleary 1977) által szerkesztett tünetlista széles körben használatos önkítöltő kérdőív, mely a legkülönbözőbb pszichés tünetek fennállásának és súlyossági fokának mérésére alkalmas. A 90 tételből álló tünetlista a következő 9 skálából áll: szomatizáció, kényszeresség, interperszonális érzékenység, depresszió, szorongás, ellenségesség, fóbia, paranoia, pszichotizmus, valamint egyik skálába sem sorolt hozzáadott tételek csoportja. A hozzáadott tételek csoportjába olyan, több pszichés zavarban is gyakori tünet került, melyek egyértelműen egyik skálába sem voltak elhelyezhetők. A kérdőív értékelésekor három globális index kiszámítására is lehetőség van: Globális súlyossági index (GSI), Pozitív tünet-distressz-index (PSDI), Pozitív összes-tünet (PST). A kérdőív 90 állítását 5 fokú skálán értékelik, mely 0-tól (egyáltalán nem) 4-ig (nagyon) terjed, az alapján, hogy mennyire zavarta az adott tünet a vizsgálati személyt az elmúlt egy hétben. Az időbeli kiterjedést 7–14 nap között szokták meghatározni. A kérdőív kitöltése átlagosan 12–15 percet vesz igénybe.

Gyermekviselkedési kérdőív (CBCL)

A Gyermekviselkedési kérdőív a gyermek és serdülőkorúak emocionális és viselkedészavarainak feltárására és mérésére kifejlesztett, többdimenziós mérőeszköz, amelyet Thomas Achenbach (Achenbach 1985) gyermekpszichiátriai gondozásra szorult gyermekek tüneteinek

összeállításával és osztályozásával dolgozott ki. A kérdőívnek szülői, tanári és önkítöltős változata is vannak. A kérdőív két jól elkülönülő részre bontható. Az első rész, melyet összefoglaló néven kompetencia skáláknak nevezünk, a gyermek aktivitását, társas tevékenységeit és kognitív képességeit tárja fel, míg a második rész a probléma vagy tünetlistát tartalmazza. A probléma-listából faktor-elemzés segítségével a következő skálákat származtatták: visszahúzódas, szomatikus panaszok, szorongás/depresszió, társas problémák, gondolkodási zavarok, figyelemzavarok, deviancia és agresszió. A későbbiekben DSM-orientált skálákat is fejlesztettek: affektív, szorongásos, pervazív fejlődési és oppozíciós problémák, valamint figyelemzavar/hiperaktivitás.

Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ)

A 25 teteles mérőeszköz a gyermekkori viselkedési problémák egyik legnépszerűbb nemzetközileg elismert szűrőmódszere, amelyet már több mint 40 nyelvre lefordítottak. A kérdőívnek 3 változata van, amelyek lehetőséget biztosítanak a szülői vagy gondozói/tanári jellemzések segítségével a 2–4 és 4–17 éves gyerekek problémáinak feltérképezésére, valamint 11–17 éves korúak körében a mérőeszköz önjellemző változata is használható. A mérőeszköz tételei a következő 5 skálát alkotják: érzelmi tünetek, viselkedési problémák, hiperaktivitás, kortárskapcsolati problémák és proszociális jellemzők. A mérőeszköz hazai alkalmazhatóságát több vizsgálat is alátámasztotta (Birkás és mtsai 2008, Gerevich és Bácskai 2012, Kasik és Gál 2014, Turi és mtsai 2011). A mérőeszközt kidolgozó Robert Goodman professzor az SDQ weboldalán (<http://www.sdqinfo.org>) folyamatosan frissített tartalommal számol be a mérőeljárás legújabb eredményeiről, változatairól és a rendelkezésre álló normákról, kiértékelési módokról. Az SDQ magyar nyelvű változata (sok más nyelvi változattal) és kiértékelése a fenti weboldalról szintén letölthető.

Tünetbecslő skálák és betegségvizsgáló kérdőívek

Az átfogó szűrőkérdőívek mellett leggyakrabban az egyes betegségek vagy konkrét tünetek mérésére alkalmas skálákat alkalmazzuk, egy adott pszichiátriai zavar fennállásának vagy súlyosságának vizsgálatára, esetleg tüneti képének tisztázására.

Hangulatzavarok és hangulati tünetek vizsgálata során alkalmazható kérdőívek

Depresszióskálák

A klinikumban számos különféle elméleti háttérrel és különféle céllal kidolgozott depresszióskála áll rendelkezésre. Az egyes skálák közti választás az adott vizsgálat

célján, a skálát alkotó tételek tartalmán (pl. testi tüneteket, érzelmi és kognitív komponenseket egyaránt tartalmazó tételek, pozitív és negatívan megfogalmazott tételek) és a klinikai tapasztalatokon alapulhat. Az egyes skálák nem egyformán érzékenyek az egyes depressziós tünetekre és a depresszió különböző altípusaira, valamint a depressziós tünetek változására. Emellett előfordulhat, hogy egy skála tételei csak a súlyosabb depressziót mérik pontosan, az enyhébbekre pedig kevésbé érzékenyek, így kevésbé alkalmasak a tünetek változásának jelzésére olyan betegek esetében, akiknél a bevezető **tü-netek** enyhék.

A depressziós tünetek változásának követésére a **Beck depresszió kérdőív** (BDI) és a **Zung önkitöltő depresszió skála** kevésbé alkalmas, ez utóbbi inkább az altípusok elkülönítésében hasznos. A skálák eltérő eredményeket hozhatnak vagy torzíthatnak amiatt is, mert eltérő hangsúlyt helyeznek a szomatikus, illetve pszichológiai tünetekre. A depresszióskálák esetében nagyon fontos lenne egyrészt, hogy valamennyi altípus esetében megbízhatóan mérjék a depressziót, valamint hogy képesek legyenek az altípusok elkülönítésére is, erre azonban a jelenleg rendelkezésre álló depresszió-kérdőívek nem alkalmasak, a különféle altípusok esetében eltérő érzékenységgel mérnek. Egyetlen depresszióskála sem képes a depresszió teljes heterogenitásának megragadására és valamennyi altípus egyformán hatékony azonosítására. A **Hamilton depresszióskála** (HAM-D) és a **Beck depresszió kérdőív** újabb változata (BDI-II) az atípusos és melankóliás depressziót egyaránt jól feltárja, azonban sokkal kisebb arányban szerepelnek ezzel kapcsolatos tételek az eredeti BDI-ben és a **Zung depresszióskálában**, a Montgomery–Asberg depresszióskála (MADRS) pedig egyáltalán nem tartalmaz ilyen tételt.

A depresszióskálák között önkitöltő és klinikus által értékelt eszközöket egyaránt találunk. Vizsgálatok szerint a klinikusok által kitöltött skálák pontosabbak, de enyhébb esetekben az önkitöltős skálák érzékenyebbek a változásra. A klinikus által értékelt skálák különösen akkor hasznosak, ha olyan testi komorbiditás áll fenn, melyek miatt fontos a szomatikus tünetek tisztázása.

A nagy mintás népegészségügyi vizsgálatokban is gyakran alkalmaznak depresszióskálákat (pl. szűrésre, prevalencia becslésekre). Az ilyen módszerektől sokszor jó diagnosztikai megbízhatóságot várnak (szenzitivitás, specificitás), de ugyanakkor a mérés jellege miatt rövidnek és a normatív mintán is jól alkalmazhatónak kell lenniük. Az ilyen rövid mérőeszközöktől gyakori elvárás, hogy ne csak negatívan megfogalmazott állításokból álljanak (mint pl. a BDI vagy HAM-D), hanem pozitívan megfogalmazott tételt is tartalmazzanak (amit természetesen a kiértékelés során fordított pontozással értékelnek).

Külön problémát jelenthet az időskori depresszió vizsgálata, mivel ez igen eltérő klinikai képpel jelentkezik. Egyes tünetek kevésbé jellemzőek, emellett gyakoribbak a testi komorbiditások, melyekre különösen a HAM-D egyes tételei nagyon érzékenyek. A kognitív tételek jelezhetnek időskori kognitív hanyatlást, ráadásul a demencia gyakran megnehezíti a tételek megértését is. Időskorú betegek esetében ezért speciális skálák javasoltak, például a Geriátriai **depresszió skála** (GDS) (Yesavage 1988), amely önkitöltős mérőeszköz, és 4, 15 és 30 tételes változatban is létezik.

Az időskori depressziót vizsgáló skálák mellett egyéb speciális populációk esetében is alkalmazható depresszióskálák is rendelkezésre állnak. A 10 tételből álló Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) a gyermekágyi lehangoltság és a gyermekágyi depresszió előfordulását képes feltárni. A szokásos depresszív tünetek feltérképezése mellett a skála szorongásos és szuicid veszély meglétére utaló tüneteket is tartalmaz (Cox és mtsai 1987).

Gyerekek és kamaszok esetében is eltérő mérőeszközök szükségesek, mivel a depresszió tünetei itt is rendkívül változatosak lehetnek, és eltérhetnek a felnőttekre jellemző tünetektől. A fiatalok körében alkalmazható mérőeszközök alapját többnyire a felnőttekre kifejlesztett módszerek jelentették. A 16 tünetet megragadó Children Depression Rating Scale (CDRS) (Poznanski és mtsai 1979) alapját a Hamilton depresszióskála jelentette, amit szintén a klinikus értékelt. A hazai kutatásokban és klinikai gyakorlatban széles körben alkalmazott 27 teteles önjellemző Gyermek depresszió kérdőív (Kovács, 1985; Rózsa és mtsai 1999) kidolgozásának alapja pedig a Beck depresszió kérdőív volt. Érdemes megjegyezni, hogy az életkor és a depresszió altípusa mellett az iskolázottság és a kulturális különbségek is befolyásolhatják a skálák alkalmazását.

Hamilton depresszióskála (HAM-D)

Az egyik legrégebbi és a klinikai gyakorlatban, valamint a gyógyszervizsgálatokban egyaránt a legelterjedtebb mérőeszköz a 17 teteles **Hamilton depresszióskála** (HAM-D 17) (Hamilton 1960). A kérdőívet a klinikus tölti ki, és rendelkezésre áll a kitöltést segítő interjú is. A kitöltés a páciens állapotától függően nagyjából 10 percet vesz igénybe. A skála 21 tételből áll, azonban az utolsó 4 tétel (depersonalizáció, derealizáció, paranoid tünetek, kényszeres tünetek, napszaki ingadozás) általában nem vesszük figyelembe a pontszám kiszámításánál, mivel ezek vagy nem gyakoriak, vagy nem a depresszió súlyosságát tükrözik; ugyanakkor a klinikai kép árnyalásában fontos szerepet játszanak. Az egyes tételekre adott pontszámok az adott tünet súlyosságát tükrözik. A 17 teteles skála összpontszáma 0-tól 52-ig pontig terjed, ahol a magasabb pontszám súlyosabb depressziót jelent. Bár Hamilton nem jelölt ki pontos diagnosztikai ponthatárokat, általánosan elfogadott, hogy a 7-nél alacsonyabb pontszámot elérő személyeket nem, a 7 és 17 pontszám közöttieket közepes, a 18 és 24 pont közé esőket súlyos, míg a 25 pontot, vagy ennél többet elérő sze-

mélyeket nagyon súlyos depressziósnak tekintjük. Beck és munkatársai (Beck és mtsai 1986) ettől eltérő pontozási rendszert vezettek be: 0 és 7 között nincs, 8 és 15 pont között minor, míg a 16 pont vagy efölött major depresszió valószínűsíthető.

A skála pszichometriai jellemzői jók, a skálán elért pontszámok általában szorosan korrelálnak más depresszióskálákkal (Rózsa és mtsai 2003).

Elterjedtsége ellenére számos hiányosság merül fel a HAM-D 17 skálával kapcsolatban. Nem fedi le a major depresszív zavarhoz tartozó valamennyi tünettartományt, elsősorban a neurovegetatív tünetekre nem tér ki, ugyanakkor a depressziótól eltérő konstruktumokat, például az irritabilitást és a reménytelenséget mérő tételeket is tartalmaz, emellett a különböző eltérő súllyal szerepelnek a különböző tünetterületek (az inszomnia 6 pontig értékelhető, míg fáradtság csak 2 pontig). A HAM-D 17 tünetéből 3 vonatkozik az inszomniára, így nagyobb klinikai hatást tükröz olyan antidepresszívumok esetében, amelyek javítják az alvást. Hasonlóképpen a HAM-D pontszám emelkedhet a kezelés során olyan gyógyszerek esetében, melyek mellékhatásai alvászavarok, gasztrointesztinális mellékhatások, agitáltság vagy nyugtalanság (SSRI, SNRI), így nem látszik a javulás. Emellett a HAM-D esetében az olyan pszichés és szomatikus mellékhatások, mint a szorongás, agitáció, szexuális diszfunkció, szájszárazság vagy hasmenés jobban befolyásolják a pontszámot, mint más skálák esetében. Ez a HAM-D jól ismert torzítása.

Beck depresszió kérdőív (BDI)

A Beck depresszió kérdőív szintén gyakran alkalmazott önkítöltő depresszió skála a klinikai gyakorlatban, melyet eredetileg az analitikusan orientált terápiák esetében pszichoterápia hatékonyságának követésére dolgoztak ki. Az eredeti kérdőív (Beck és mtsai 1961) 21 tételből áll, melyeket 0–3-ig pontoznak a tünet súlyossága alapján. A skála azóta több változtatáson is átesett a DSM kritériumoknak megfelelően. A jelenleg használt BDI-II új tételeket is tartalmaz (agitáció, értéktelenség, koncentrációs nehézség, energiahány), míg egyes eredeti tételek kikerültek belőle (testsúlyvesztés, testkép változása, munkahelyi problémák, szomatikus tünetekkel való foglalkozás), így a BDI-II továbbra is 21 tételből áll (Beck és mtsai 1996). Emellett a jobb érthetőség érdekében a tételeket is átfogalmazták, és a vizsgált időtartamot két hétre emelték. BDI-II esetében 0–13 pont minimális depressziót, 14–19 pont enyhe depressziót, 20–28 pont mérsékelt depressziót, 29–63 pont pedig súlyos depressziót jelez.

A BDI-II igen jó belső konzisztenciával, valamint megfelelő specificitással és szenzitivitással rendelkezik. Teszt-reteszt validitása szintén megfelelő. Konvergens validitása széles értékek között mozog. A BDI elsősorban a depres-

zióval kapcsolatos attitűdöket és kogníciókat mér, melyek viszonylag stabilak időben, így e skála kevésbé érzékeny a tünetek javulására, emellett kevésbé érzékeny az elsősorban szomatikus tüneti dominanciával jelentkező depressziók detektálására.

A mérőeszköz magyar nyelvű rövidített változatát Kopp Mária és munkatársai (Kopp és mtsai 1990) fejlesztették ki, melyet főként népegészségügyi vizsgálatokban alkalmaztak. A rövid változat pszichometriai jellemzői jók (Rózsa és mtsai 2001).

Gyermekdepresszió kérdőív (CDI)

A kérdőívet az 1980-as évek elején a magyar származású amerikai pszichiáter Kovács Mária a már meglévő Beck depresszió kérdőív tapasztalatai alapján fejlesztette ki (Kovács 1985). A 27 tételből álló, egyenként 3 válaszlehetőséget tartalmazó tünetorientált skálát a 7–18 éves korú gyermekek depressziós zavarainak feltárására tervezték. A pontozás a három választási lehetőségtől függően 0-tól 2 pontig történik, ahol a magasabb pontszám a depressziós tünetek fokozott előfordulására utal. A tételek a legkülönbözőbb depressziós tünetek leírásai: gyakori hangulatváltozások, önértékelési és a társas viselkedésben megnyilvánuló zavarok, testi panaszok. A kérdőív összpontszáma 0-tól 54 pontig terjedhet. A 27 tételből 14 a tünetmentesség felől halad a fokozott depressziós tünet felé, míg a kérdőív többi tételeinél ez fordított irányú. A gyermek feladata, hogy minden egyes tételből válassza ki és jelölje be azt az egyet, ami legjobban leírja a viselkedését, vélekedését az elmúlt két hétben. A mérőeszköz mind egyéni, mind csoportos kitöltési módban használható.

Mongomery-Asberg depresszióskála (MADRS)

A Montgomery-Asberg depresszióskálát (MADRS) (Montgomery és Asberg, 1979) a 70-es években dolgozták ki a triciklusos antidepresszívum terápia során fellépő változások követésére, és a mai napig széles körben alkalmazzák a klinikumban és a gyógyszervizsgálatokban egyaránt. Tíz tételből áll, és a klinikus tölti ki. Unidimenzionális skála, mely elsősorban a depresszió pszichológiai tüneteire fókuszál, és kevesebb figyelmet szentel a depresszió szomatikus tüneteinek. Belső konzisztenciája, validitása és interrater reliabilitása igen magas, azonban a felvevő végzettsége az eredményt jelentősen befolyásolja. Diagnosztikus ponthatárok: 30–35 pont felett súlyos depresszió, 10 alatt remisszió.

Zung önkítöltő depresszióskála

A Zung önkítöltő depresszióskálát (Zung 1965) nem sokkal a Beck depresszió kérdőív megjelenését követően dolgozták ki, és a tünetek szélesebb spektrumát fogja át, egyaránt kitér a depresszió pszichológiai, affektív, kognitív, viselkedéses és szomatikus tüneteire. A 20 tételből

álló önkítöltő depresszióskála egyes tételeit 0–4 között kell értékelni a súlyosság vagy a tünet gyakorisága alapján, az elmúlt hét során tapasztaltaknak megfelelően. A tételek pontszámát egyszerűen össze kell adni (a tételek fele fordított). A 70 feletti pontszám jelez depressziót. A klinikai gyakorlatban napjainkban kevesebbet alkalmaznak. Validitása jó, de a többi skálával kevésbé korrelál, legjobban enyhe és közepesen súlyos depresszióban mér. A depressziós tünetek időbeli változásának követésére kevésbé alkalmas, érzékenyen differenciál azonban az egyes depresszió altípusok között.

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

A 20 tételből álló, önjellemző mérőeszközt a depresszió tüneteinek (pl. étvágytalanság, reménytelenség, pesszimizmus, kimerültség) feltárására Radloff (Radloff 1977) dolgozta ki. A klinikai kutatások megerősítették, hogy a módszer diagnosztikai megbízhatósága jó, a depressziós tünetek klinikai feltárására – csakúgy, mint a Beck depresszió kérdőív – kiválóan alkalmas. A 16 negatív és 4 pozitív tartalmú skála megbízhatóságát és érvényességét számos normatív és klinikai mintán végzett kutatás támasztja alá. A nemzetközi kutatási eredmények alapján általában a 16 pont vagy annál magasabb értéket szokták a klinikailag jelentős depressziós övezetnek tekinteni (McDowell és Newell 1996). Hazánkban a mérőeszközt normatív és klinikai betegcsoportok körében is sikerrel alkalmazták (Torzsa és mtsai 2009).

Mánia és hipománia vizsgálatára alkalmazható kérdőívek

A bipoláris zavar diagnózisa során igen fontos, hogy a depressziós és mániás/hipomániás epizódokat nem csak az akut tünetek fennállása során kell szűrni, de retrospektíven, az epizódok közötti időszakokban is, emellett fontos az epizódok között fennálló szubklinikus reziduális tünetek vizsgálata is. Bipoláris zavarban szenvedő betegek esetében vizitkor mindkét típusú epizódot vizsgálni kell, és figyelmet kell fordítani a kevert epizódok fennállására is.

Young-mánia-értékelő-skála (YMRS)

A Young Mánia Értékelő Skála (YMRS) (Young és mtsai 1978) a klinikumban és a gyógyszervizsgálatok során legelterjedtebb mérőeszköz. 11 tételből áll, melyek 0–4-ig, illetve néhány esetben 0–8-ig pontozhatók. A vizsgálat 15–20 percet vesz igénybe, az összpontszám 0–60 lehet. A teszt jól lefedi a mánia fő területeit, érzékeny a változásra, azonban az enyhe hipomániás tünetekre nem.

HCL-32, Hipománia-tünetlista

A bipoláris depresszió diagnosztikája mindig nehéz feladat major depressziós epizód miatt felvételre kerülő betegek esetében, hiszen alapvető annak eldöntése, hogy az adott depresszív epizód hosszmetszetben unipoláris vagy bipoláris betegség része-e, mivel e két betegség eltérő kezelést igényel, és a fel nem ismert bipolaritás unipoláris depresszióként való kezelése rontja a beteg állapotát. A bipoláris I betegség korábbi mániás epizód hiányában nagyrészt az anamnézis gondos feltárásával és az adott depressziós epizód jellegének vizsgálatával érhető tetten, bipoláris II zavar esetében azonban a diagnózis sokszor akkor is nehéz, ha volt korábban hipomániás epizód, mivel ennek sokszor a betegek és a hozzátartozók sincsenek tudatában. Ennek feltárásában alapvető a Hipománia-tünetlista (HCL-32) kérdőív (Angst és mtsai 2005). A kérdőívet Angst és kollégái dolgozták ki és számos országban elérhető validált változatban. Az első két kérdésben a kérdőív azt vizsgálja, hogyan érzi magát a beteg önmagához és másokhoz képest, majd 32 pontban kell jellemezni, hogy emelkedett vagy energiával teli állapotban milyennek éli meg önmagát. 6 további tétel pedig ezen állapotok környezetre és mindennapi életre gyakorolt hatását, valamint gyakoriságát vizsgálják. Ha a középső részben szereplő 32 tétel közül a beteg legalább 14-re igennel felel, akkor az első két kérdésre adott választól függetlenül valószínűsíthető az anamnézisen a hipománia.

Szorongásos zavarok

A szorongásos tünetek és zavarok sokfélék lehetnek, emellett számos egyéb pszichiátriai betegség során is szükségessé válhat a szorongás vizsgálata. Így a szorongás és a szorongásos betegség mérése nem ugyanaz, és fontos a szorongásos állapot mérése során a szorongás elkülönítése más betegségektől és más tünetektől (pl. hipochondriázis). A szorongásban megnyilvánuló feszült várakozás fókuszának feltárása segíthet a szorongásos zavarok differenciáldiagnosztikájában.

Beck szorongásskála

A szorongás vizsgálata és mérése során legelterjedtebb sztenderd mérőeszköz a Beck Szorongásskála (Beck és Steer 1993). Célja a szorongás súlyosságának mérése és elkülönítése egyéb komorbid állapotoktól, például a depressziótól. A kérdőív 21 tételből áll, 5–10 perc alatt kitölthető, Likert-skála segítségével az egyes tételek pontozása 0–3 pont között történik. Az összpontszám 0–63 lehet, a 0–7 pont minimális szorongást, 8–15 pont enyhe szorongást, 16–25 pont mérsékelt szorongást, 26 pont felett pedig súlyos szorongást jelez. A skála igen nagy hangsúlyt fektet a szorongás szomatikus tüneteire. Nagyon sok vizsgálat áll rendelkezésre a skála alkalmazásá-

val kapcsolatban, kiváló belső konzisztenciával, megfelelő teszt-reteszt reliabilitással, jó konvergens validitással, a depresszióval szemben jó diszkrimináns validitással rendelkezik, és érzékeny mérőeszköz a pánikzavar szűrésére.

Hamilton szorongáskála (HAM-A)

A Hamilton Szorongáskála (HAM-A) (Hamilton, 1959) az egyik leggyakrabban alkalmazott, klinikus által kitöltött félig strukturált interjú az általános szorongásos tünetek mérésére. A skála 14 konkrét tünetcsoportra (pl. feszültség, alvászavar, légzési tünetek) vonatkozó tételből áll, melyeket azok súlyossága alapján 0-4 között pontozhatunk. A teszt felvétele mintegy 15-30 percet vesz igénybe. Két alskálát pontoz, a pszichés és a szomatikus szorongást, emellett az összpontszám vizsgálható. 16 pont feletti értéke generalizált szorongásos zavart jelez. A mérőeszköz jó belső konzisztenciával, kiváló teszt-reteszt és jó interrater reliabilitással rendelkezik.

Spielberger-féle állapot- és vonásszorongás kérdőív (STAI)

A STAI 40 tételét a két konstrukció felmérésére alkották meg: állapot- és vonásszorongás. Húsz tétel az állapotszorongás feltérképezését célozza, amely olyan egyszerű állítások négyfokozatú Likert-skálán történő megítéléséből áll, mint például „feszültnék érzem magam” vagy „aggódóm”. A skála instrukciója nyomatékosítja, hogy a kitöltőnek az aktuális állapotát kell értékelnie, azt, hogy éppen most hogyan érzi magát. Az ugyancsak 20 tételből álló vonásszorongás-skála instrukciója már arra utal, hogy a kitöltőnek általánosságban kell megítélni a kérdéseket: általában hogyan érzi magát. A skálában olyan tételek szerepelnek, mint például: „úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk.” Vagy: „nincs önbizalmam”. A több mint 30 nyelvre lefordított mérőeszköz megbízhatóságát és érvényességét számos nemzetközi és hazai vizsgálati eredmény támasztja alá. A mérőeszköz pszichometriai jellemzőinek további javítása érdekében 1980-ban az eredeti változat (STAI-X) több tételét is finomították, illetve lecserélték, az így kapott változatot STAI-Y-nak nevezték.

Kórházi szorongás és depresszió skála (HADS)

A 14 tételű Kórházi szorongás és depresszió skálát (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (Zigmond és Snait, 1983) nem pszichiátriai betegpopuláció hangulatának felmérésére fejlesztették ki. Mind a szorongást, mind a depressziót 7-7 tétel ragadja meg. A tételeket négyfokozatú skálán kell a kitöltőnek értékelnie (0-3 pont), így a szorongás és a depresszió skálán egyaránt 21 pont érhető el maximálisan. Az elért pontszám-

öveket általában az alábbiak mentén értékelik: normál (0-7 pont), enyhe (8-10 pont), közepes (11-14 pont), súlyos (15-21 pont). A két skála összegét (0-42 pont), mint az érzelmi distressz mérőszámát szokták interpretálni. Mivel a HADS pozitívan megfogalmazott tételeket is tartalmaz, csökkentve ezzel a válaszbeállítást és az egyetértési hajlandóságot, így normatív mintákon is jól alkalmazható. A több mint 600 fős hazai onkológiai betegmintán végzett kutatási eredmények alapján a kérdőív megbízhatósága és érvényessége jó (Muszbek és mtsai 2006).

Észlelt stressz kérdőív (PSS)

A Cohen és munkatársai (Cohen és mtsai 1983) által kidolgozott 14 tételű kérdőív azokra a gondolatokra és érzésekre kérdez rá, melyek az adott személy stresszészlelését jellemzik. A kérdések egy hónapos időszakra vonatkoznak, melyek ötfokú Likert-skálán (0-4) pontozandók. Két rövidített változata is van. A 10 tételű változat (PSS10) pszichometriai tulajdonságai gyakorlatilag megegyeznek a 14 tételű változatéval, így a vizsgálatok jelentős részében ezt a verziót használták, de az egészen rövid, mindössze 4 tételű kérdőív (PSS4) mérési tulajdonságai is jók. A kérdőív hazai adaptációját Stauder és Konkoly Thege (Stauder és Konkoly Thege 2006) végezték el stresszkezelő programra jelentkezők válaszaik alapján.

Egyéb szorongásos spektrumzavarok vizsgálatára szolgáló kérdőívek

Pánikzavar és agorafóbia

Pánikzavar és agorafóbia vizsgálata során a cél az elkülönítés más szorongásos zavaroktól, valamint a gyógyszerrel kiváltotta pánik jellegű mellékhatásoktól. A pánikzavar differenciáldiagnosztikájára részben a SCID segítségével történhet. A pánikzavar tüneti képének és súlyosságának vizsgálatára a Pánikzavar súlyossága skála (Panic Disorder Severity Scale, PDSS) alkalmazható (Shear és mtsai 1997), mely 7 tételben méri a rohamok súlyosságát és az ezek során átélt szenvedést, az anticipátoros szorongás súlyosságát, az agorafóbiát kiváltó helyzetekkel kapcsolatos félelem erősségét és ezen helyzetek kerülését, valamint a munka és a társas-szociális funkció károsodását. Az egyes tételeket 0-4-ig pontozzák. A vizsgálóeszközt klinikus tölti, ez nagyjából 10-15 percet vesz igénybe, 8 felett jelez pánikzavart. A skála létezik önkitöltős formában is (PDSS-SR), mely előzetes szűrésre alkalmazható, és 8 feletti pontszám diagnosztikus kivizsgálást tesz szükségessé.

Szociális szorongás zavar

A szociális szorongás zavar vizsgálatára alkalmazható a Liebowitz szociális szorongáskála (Liebowitz 1987),

mely 2 részből álló interjú az egyes társas helyzetek kiváltotta félelem és az ezek elkerülésére tett **erőfeszítések**, illetve az ezzel kapcsolatos teljesítmény mérésére. A vizsgálatot eredetileg a klinikus végzi, és mintegy harminc percet vesz igénybe. A skála 24 0-tól 3-ig értékelt tételből áll, melyből 11 a társas helyzetekkel kapcsolatos szorongást, 13 pedig a teljesítménnyel kapcsolatos szorongást tárja fel. Az egyes tételeket először aszerint kell értékelni, hogy hogyan érzi magát a páciens az adott helyzetben, majd ezt követően annak alapján, hogy mennyire kerüli a helyzetet. A vizsgálat alapján számos index számolható, a generalizált altípus esetében a teszt cut-off értéke 50–60 pont, az adott egyes altípusok esetében pedig 30 pont. A teszt önkitöltős formában is rendelkezésre áll (Rytwinski és mtsai 2009).

Generalizált szorongás zavar

A zavar vizsgálata során az aggodalom számos aspektusát kell feltárni, valamint, hogy a tünetek milyen gyakran jelentkeznek, a beteg milyen mértékben érez ezek felett kontrollt, és milyen mértékben alkalmaz ezek következtében elkerülő stratégiákat. Legelterjedtebben a **Hamilton szorongásskála** segítségével vizsgálható.

Kényszerbetegség

A kényszerbetegség igen sokszínű klinikai képpel megnyilvánulhat, amit a tesztek alkalmazása során nem szabad szem elől téveszteni. A kényszerbetegség vizsgálatára a klinikumban és a klinikai gyógyszervizsgálatokban legelterjedtebben a Yale–Brown **obszesszív-kompulzív skálát** alkalmazzák (Y-BOCS), mely két részből áll, egy tünetlistából és egy tünete súlyosság-skálából (Goodman és mtsai 1989). A klinikus tölti ki. Az első rész egy interjú, mely 64 tétel segítségével tárja fel a jelen- és múltbeli kényszer gondolatokat (36) és kényszer cselekvéseket (23), valamint néhány obszesszív-kompulzív spektrumba tartozó olyan jelenséget és tünetet, mint a trichotillomania vagy a hipochondriázis. Ezt követi a 10 tétel, klinikus által felvett, félig strukturált súlyossági skála, mely során 0–4 között kell értékelni a tünet súlyosságát, a tünetekkel eltöltött időt, az általuk okozott szenvedés mértékét, a felettük érzett **kontrollt**, és hogy mennyire akadályozzák az életvitelt. A második rész kitöltése nagyjából 20 percet vesz igénybe, értékelése a pontok összeadásával történik. A cut-off érték 16; 0–7 pont szubklinikus kényszerbetegséget, 8–15 pont enyhe, 16–23 pont mérsékelt, 24–31 pont súlyos, 32–40 pont extrém súlyos kényszerbetegséget jelez. Az eszköz jó interrater reliabilitással rendelkezik, és érzékeny a tünetek változására. Erőssége, hogy az obszesszív vagy kompulzív tünetek tartalma vagy típusa nem befolyásolja az eredményt.

PTSD

A poszttraumás stressz zavar egyik elterjedt vizsgálóeszköze a PTSD **tünet skála** (PTSD Symptom Scale, PSS), mely 17 tételből álló, önkitöltős mérőeszköz (Foa és mtsai 1993). Az egyes tételek 0-tól 3-ig értékelhetők annak megfelelően, hogy az adott tünet milyen gyakorisággal van jelen. A tételek alapján az összpontszám mellett 3 alskála számolható: **újra-átélés**, elkerülés, arousal. 13 feletti pontszám PTSD jelenlétére utal.

A táplálkozási zavarok vizsgálatára alkalmazott mérőeszközök

A táplálkozási zavarok különböző típusainak vizsgálatára számos kérdőív áll rendelkezésre, melyek nem csak vagy nem elsősorban a diagnózist, hanem az állapot követését, valamint a zavarok kialakulásában és fennmaradásában kulcsszerepet játszó pszichés, kognitív vagy dinamikus folyamatok feltárását célozzák.

EDI

Az Evési **zavar kérdőív** (Eating Disorder Inventory) a táplálkozási zavarok több típusának, így az anorexia nervosa restriktív és falásroham/purgáló altípusa, a bulimia, valamint az egyéb és nem meghatározott táplálkozási zavarok, így a falásroham zavar **tüneteit** diagnosztikus eszköz. Több változatban érhető el, a legutolsó, 2004-ben kidolgozott EDI-3 (Garner, 2004) 91 tételt és 12 alskálát tartalmaz az étkezési zavarok háttérében álló tényezők (például interperszonális és érzelmi problémák, túlkontrolláló attitűd, általános **pszichológiai** alkalmazkodási **zavar stb.**), valamint önkitöltős ellenőrzőlista (EDI-3SC) és más, nem klinikumban dolgozó szakemberek által alkalmazható rövidített verzióban (EDI-3RF) is rendelkezésre áll.

EAT

Az Evési **Attitűdök teszt** (Eating Attitudes Test) (Garner és Garfinkel, 1985) elsősorban kockázati szűrésre alkalmas 26 tételű önkitöltős kérdőív klinikai és általános használatra, melyet az egészségügyi végzettséggel rendelkezőkön kívül az oktatásban vagy szociális szférában dolgozók is alkalmazhatnak. Az **eredeti 40** illetve a rövidített 26 tételű változat nem differenciál az anorexia nervosa, illetve a bulimia között, azonban feltárja a kóros étkezési attitűdöket, és 3 alskála segítségével méri fel a súlykontrolláló viselkedéseket és az elhízástól való félelmet, a súlykontrollálással kapcsolatos kontrollt, valamint a táplálkozással való túlzott foglalkozást.

BCDS

A Bulimia **kognitív-disztorziós skála** (Bulimia Cognitive Distortions Scale) célja a bulimiához kapcsolódó irracionális hiedelmek és kognitív torzítások vizsgálata.

A 25 tételű kérdőív két faktort vizsgál, az automatikus evési viselkedéshez illetve a fizikai megjelenéshez kapcsolódó torzításoknak megfelelően (Schulman és mtsai 1986).

EBSS

Az **Evészavartünetek súlyossági skála** (Eating Behaviour Severity Scale) önkitöltős kérdőív, mely az anorexia nervosa és a bulimiai tüneteit és azok gyakoriságát méri fel a falásrohamokra és a súlycsökkentő viselkedésekre fókuszálva, hétfokú skála segítségével (Wilson és mtsai 1989).

ANIS

Az **Anorexia nervosa önbecslő kérdőív** (Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung) az anorexia nervosa diagnosztizálására, valamint az anorexiás betegek terápiájának hosszú távú követésére kidolgozott mérőeszköz.

Pszichotikus zavarok és szkizofrénia vizsgálata során alkalmazott mérőeszközök

A szkizofrénia esetében szintén a pontos tüneti kép megállapítása, a terápiás beavatkozások hatékonyságának vizsgálata, valamint a mellékhatások, a kognitív funkció, az életminőség, valamint a kezeléssel való együttműködés vizsgálata terén fontosak a becslőskálák és kérdőívek. Érdemes megjegyezni, hogy szkizofrén betegek esetében más területeket felmérő kérdőívek alkalmazása is kiemelt jelentőségű: pl. a depressziós tünetek mérése (pl. BDI-II), az alkohol és drogabúzus (pl. AUDIT, ASI), a mellékhatások (Barnes akatízia skála), valamint az életminőség (Életminőség skála) vizsgálata.

PANSS **pozitív és negatív tünetek skála**

A szkizofrénia tüneti manifesztációjának vizsgálata során leggyakrabban alkalmazott kérdőív a **Pozitív és negatív tünetek skála** (PANSS) (Kay és mtsai 1987). A 80-as évek végén dolgozták ki korábban használt skálák alapján a szkizofrénia klinikai tüneteinek vizsgálatára. 30 tételből áll, melyek közül 7 a pozitív tüneteket, 7 a negatív tüneteket, 16 tétel pedig az általános pszichopatológiai tüneteket fedi le. A PANSS-t klinikus tölti ki a klinikai megfigyelés alapján félstrukturált klinikai interjú során, valamint egyéb információt is felhasználhat, például heteroanamnesztikus vagy a kórtörténetből származó adatokat. A felvétel ideje 30–40 perc. A tételeket 1–7 között pontozzuk, így a pozitív és negatív alskála 7–49, a pszichopatológia alskála összpontszáma 16–112 lehet. A PANSS magas interrater és split-half reliabilitással, emellett kiváló kritérium- és konstruktváliditással rendelkezik. A PANSS-t széles körben alkalmazzák a szkizofréniaival kapcsolatos klinikai vizsgálatokban és a klinikai gyakorlatban is a tünetek súlyosságának és a kezelé-

eredményességének vizsgálatára. Nincsenek meghatározott cut-off értékek. Jól követhető a javulás és a tünetek kiújulása, valamint a farmako- és pszichoterápiák hatása.

Életminőség skála

A szkizofrénia pozitív tüneteire általában jobban koncentrálnunk, a mindennapi funkcióit, a munkahelyi eredményességet, a társas kapcsolatokat és az életminőséget azonban a negatív tünetek legalább annyira károsítják. A terápia sikeressége egyre inkább nem pusztán a tünetek csökkenésének, hanem az életminőségnek és a pszichoszociális funkciónak függvénye. Az Életminőség Skálát (Quality of Life Scale) (Heinrichs és mtsai 1984) 1984-ben dolgozták ki eredetileg a szkizofrénia jellemező deficitállapot felmérésére, ma azonban az életminőség vizsgálatára alkalmazzák szkizofrén betegek esetében. Félstrukturált, 21 tételből álló mérőeszköz, melyet a beteg szubjektív beszámolója és objektív adatok alapján a klinikus tölt ki. 45 perc alatt felvehető, és négy területet vizsgál: interperszonális kapcsolatok, instrumentális szerepfunkció, intrapszichés alapok vagy kognitív emocionális funkció, mindennapos tevékenységek. A különféle életminőség mérőeszközök eltérő hangsúlyt fektetnek az objektív és szubjektív adatokra és arra, hogy mennyire a beteg, vagy a klinikus és családtagok nézőpontját veszik figyelembe. A QLS mindkettőt figyelembe veszi. Az értékelés 7 pontos Likert-skálán történik (0–6), ahol 0–1 pont súlyos **károsodást, 2–4; pont mérsékelt-enyhe károsodást; 5–6 pont megfelelő, normális, nem károsodott funkciót.** A tesztből alskálák és összpontszám számítható, meghatározott cut-off érték nincs, a tesztet elsősorban a klinikailag jelentős változás követésére alkalmazzák.

A mellékhatások vizsgálata szkizofréniaiban

*Abnormális **akaratlan mozgáskála** (AIMS)*

Az **Abnormális akaratlan mozgáskála** (Abnormal Involuntary Movement Scale, AIMS) 1970-ben dolgozták ki az antipszichotikumot szedő betegek körben előforduló tardív diszkinézia vizsgálatára (Rey és mtsai 1981). Tizenkét tételből áll, melyeket ötpontos skálán pontoznak, és amelyek a konkrét testtájakon fellépő abnormális mozgásra koncentrálnak, emellett a 12-ből két tétel a diszkinézia diagnózisát megnehezítő dentális állapotra tér ki. A skála 10 perc alatt felvehető, atípusos antipszichotikum alkalmazása esetén 6, típusosoknál háromhavonta egyszer felveendő. A teszt-reteszt reliabilitás és a validitás megfelelő. Általában nem az összpontszámot tekintik, hanem a globális súlyosság és az egyes testtájakat érintő tünetek súlyosságának változását.

Simpson–Angus skála (SAS)

A Simpson–Angus skála (Simpson–Angus Scale, SAS) (Simpson és Angus 1970) az antipszichotikumok

kiváltotta extrapiramidális mellékhatások vizsgálatára szolgál. A skála 10, 0–4-ig vagy nem értékelhetőként pontozott tételből áll. 3 pont felett jelzi az extrapiramidális mellékhatások fennállását, 3–5 pont minimális mozgászavart, 6–11 pont klinikailag jelentős mozgászavart, 12–17 pont súlyos mozgászavart jelez.

Barnes akatízia skála (BARS)

A Barnes akatízia skála (Barnes Akathisia Rating Scale, BARS) célja a gyógyszer kiváltotta akatíziás állapotok vizsgálata (Barnes 1989). A vizsgálatot a klinikus ülő helyzetben lévő betegen végzi, a skála az objektív (mozgások objektív megfigyelése) és szubjektív (nyugtalanság kiváltotta szeszénés) tünetek 0–3-ig történő értékelése mellett az akatízia globális klinikai értékelését tartalmazza 0–4-ig.

Addikciókkal kapcsolatos zavarok vizsgálatában alkalmazott kérdőívek

Az addikciók esetében kidolgozott kérdőíveknél a feladat egyrészt a probléma minél átfogóbb és mélyebb feltárása, másrészt a kezelés szempontjából fontos részjelenségek azonosítása, harmadrészt az utánkövetés biztosítása. E céloknak megfelelően a különféle addiktív zavarok esetében számos különböző kérdőívet dolgoztak ki, melyek rövidegük és egyszerű nyelvezetük miatt jól használhatóak. Az alkohollal kapcsolatos problémák szűrésének leggyakrabban alkalmazott önjellemző mérőeszközei Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT), a Michigan Alkoholizmus Szűrőkérdőív (MAST) és a CAGE; a kábítószer-fogyasztók problémáinak megbízható feltárására pedig világszerte és hazánkban is a klinikus által felvett Addikció súlyossági indexet (ASI) használják leggyakrabban.

Addikció súlyossági index (ASI)

A Thomas McLellan és munkacsoportja (McLellan és mtsai 1980) 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, valamint a kezelés kimenetelének és hatékonyságának mérésére. Az ASI mintegy 160 kérdése 7 nagy terület problémáit igyekszik 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 fordásból származó értékelés kiváló lehetőséget teremt a páciens problémáinak megbízható értékelésére.

CAGE

A négy tételből álló CAGE-skálát az 1970-es években fejlesztették ki, és az alkoholizmus és az ezzel összefüggő problémák szűrését célozta (Ewing és Rouse 1970). 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. Ez utóbbi jellegzetessége miatt a CAGE sokszor kisebb ellenállást vált ki a kitöltőkből, így megbízhatóbb képet alkothatunk a válaszadók alkohol okozta problémáiról. A CAGE érvényességét és megbízhatóságát számos klinikai és normatív mintán, illetve fiatalok körében végzett kutatási eredmény támasztja alá.

Michigan alkoholizmusszűrő kérdőív (MAST)

A Michigan alkoholizmusszűrő kérdőív (Selzer 1971) az alkoholabúzus szűrésének egyik leggyakrabban alkalmazott mérőeszköze. A kérdőív 25 igen-nem válasz alternatíva mentén megítélhető tételét 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 rákérdeznak, 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, pszichiátriai betegek, idősek. A validitásvizsgálatok eredményei azt is alátámasztották, hogy a MAST érvényességét jelentősen befolyásolja a kitöltő pozitív disszimulációja vagy az alkoholprobléma bagatellizálása. Mivel a MAST tételeiről könnyen eldönthető, mit mér, és hogyan lehet alkoholproblémától mentesnek mutatkozni, így a szakemberek azt tanácsolják, hogy azon csoportok vizsgálatakor, amelyek

esetében erős háritásra lehet számítani, érdemes szociális kívánatosságot mérő skálát használni.

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 (Allen, 1991; Saunders és mtsai 1993). 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). 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 skálán 8 pontot meghaladó személyeket veszélyeztetett alkoholfogyasztónak tekintik. Az AUDIT diagnosztikai megbízhatóságára irányuló kutatások eredményeinek szisztematikus áttekintése a 8 pontos leválasztási kritérium magas szenzitivitását és specifitását jelezte. Az AUDIT segítségével egy adott populációból kb. 86%-os megbízhatósággal szűrhetjük ki a problémával küzdő alkoholfogyasztókat.

Általános kognitív és neuropszichológiai tesztek

A pszichiátriai kivizsgálás során számos esetben alkalmazunk neurokognitív funkciókat vizsgáló eszközöket, részben az organikus károsodások feltárása vagy kizárása, részben a kognitív hanyatlás vizsgálata érdekében. A neurokognitív funkciók vizsgálatakor fontos a rövid vizsgálóeszközök alkalmazása, mert ezeket különösen az idősebb populációban széleskörben alkalmazzuk, mivel esetükben egyre nagyobb figyelem irányul a komorbid kognitív zavarokra. A rövidebb skálák a beteg számára is kevésbé megterhelők. A kognitív zavarok feltárása mind a pszichiátriában, mind az egyéb orvosi területeken fontos, mivel a neurokognitív károsodás gátolja a hatékony kezelést, és más zavarok esetében is rosszabbak a végpontok a funkcionálisan súlyosabban károsodott betegeknél. Ezért a járóbeteg-ellátásban is könnyen alkalmazható gyors és pontos skálákra lenne szükség.

MMSE

A **Mini mentális állapotvizsgálat** (Mini Mental State Examination, MMSE) a kognitív státusz átfogó vizsgálatának sztenderd mérőeszköze (Folstein és mtsai 1975). 8 részből áll, melyek számos kognitív képességet (térbeli és időbeli orientáció, megjegyző és felidéző emlékezet, figyelmi és számolási képességek, nyelvi képességek, írás, másolás, ismétlés, komplex utasítások végrehajtása) fednek le. Könnyen és gyorsan felvehető és érzékeny a közepesen súlyos és súlyos demenciára. A teszt 27 pont felett

normális kognitív képességeket jelez, a cut-off-érték 24 pont, de számos egyéb cut-off-értéket is megállapítottak eltérő életkorú és iskolázottságú populációk esetében. Általánosságban a 19–24 pont enyhe, a 10–18 pont mérsékelt, a 9 pont **alatti pedig** súlyos kognitív hanyatlást jelez. Alapvetően a cut-off-érték alapján arról döntünk, hogy szükséges-e további neurokognitív irányba történő kivizsgálás. Az MMSE nem kellően érzékeny a kismértékű, enyhe károsodással szemben, ráadásul tanulható, és az egyéb állapot függvényében igen sok a fals negatív eredmény. A MMSE felvétele nem igényel szakképesítést, a vizsgálat 10 perc alatt, betegágy mellett is könnyen elvégezhető.

Addenbrooke kognitív vizsgálat

Az **Addenbrooke kognitív vizsgálat** (Addenbrooke Cognitive Examination) szintén elterjedt kognitív vizsgálóeszköz (Mioshi és mtsai 2006), mely az MMSE tetteit is magában foglalja, és mely a kognitív hanyatlás szűrése mellett kísérletet tesz az Alzheimer-típusú demencia és a frontotemporális demencia elkülönítésére is. Az Addenbrooke **kognitív vizsgálat** az orientációt, figyelmet és koncentrációs képességet, megjegyzést és felidézést, anterográd és retrográd memóriát, verbális fluenciát, nyelvi (megértés, írás, olvasás, ismétlés, megnevezés) és vizuospiaciális, valamint perceptuális képességeket vizsgálja. A vizsgálóeszköz jó reliabilitással rendelkezik és igen érzékeny a kezdődő kognitív diszfunkcióra az MMSE-vel összehasonlítva.

MOCA

A Montreal **kognitív felmérés** (Montreal Cognitive Assessment) a kognitív károsodás vizsgálatára szolgáló, közel 50 nyelven elérhető, egyoldalas, nagyjából 10 perc alatt felvehető mérőeszköz, mely a rövidtávú memóriát, a vizuospiaciális készségeket, a végrehajtó funkciókat, a figyelmet, koncentrációt és munkamemóriát, a nyelvi képességet, valamint a térbeli és időbeli orientációt méri. Az eszköz alkalmazását számos neurológia és neuropszichiátriai betegségben javasolják a kognitív funkció szűrésére és feltérképezésére (Nasreddine és mtsai 2005).

Órateszt

Az órateszt a klinikumban gyakran alkalmazott módszer a kognitív hanyatlás vizsgálatára. A teszt során vagy arra kérjük a páciens, hogy rajzoljon egy órát, ami háromnegyed hármat mutat (vagy egyéb meghatározott időpontot), vagy előre megrajzolt kört kap, és ebben kell megrajzolnia a számokat. Többféle időpont megrajzolását is kérhetjük a neglekt vizsgálata céljából. Megfigyelhető az is, hogy a beteg mennyire érti az instrukciókat.

Következtetés

Standardizált vizsgálómódszerek alkalmazásával nemcsak a betegek ellátásának színvonala emelhető jelentősen, de ugyanakkor optimalizálható a kivizsgálásra fordított idő, miközben biztosítható, hogy a betegek kivizsgálása és diagnózisa, valamint terápiás utánkövetése objektív mutatók mentén történjék. Rengeteg skála áll rendelkezésre számos részterület tüneteinek mérésére, melyek eltérő elméleti háttérrel alakultak ki. Az egyes vizsgálóeszközökkel és alkalmazásukkal kapcsolatban eltérő mértékű és mennyiségű klinikai tapasztalat és tudományos adat áll rendelkezésre, így nagyon fontos a legmegfelelőbb és szakmailag legmegalapozottabb skálák kiválasztása. Ugyanakkor azt is figyelembe kell venni, hogy az ugyanazon jelenség mérésére kidolgozott különféle tesztek között jelentős különbségek lehetnek, és több szempont alapján választható ki a legalkalmasabb. A skálák közti választás szempontjai közé tartozik az alapvető pszichometriai jellemzőkön túl, hogy hogyan vehető fel, hogyan pontosítható, hogyan értelmezhető, milyen specificitással és szenzitivitással rendelkezik, és mennyiben alkalmas a klinikai változások észlelésére és követésére.

Irodalom

- Achenbach, TM (Ed.): *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*. Sage Publications, Beverly Hills, 1985.
- Allen, JP: The interrelationship of alcoholism assessment and treatment. *Alcohol Health and Research World*, 15: 178–185, 1991.
- Angst, J, Adolfsson, R, Benazzi, F, Gamma, A et al.: The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88: 217–233, 2005.
- Barnes, TR: A rating scale for drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry*, 154: 672–676, 1989.
- Bech, P, Kastrup, M, Rafaelsen, OJ: Minicompendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizofrenia with corresponding DSM-III syndromes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73: 1–37, 1986.
- Beck, AT, Steer, RA (Eds.): *Beck Anxiety Inventory Manual*. Harcourt Brace and Company, San Antonio, 1993.
- Beck, AT, Steer, RA, Ball, R, Ranieri, W: Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 67: 588–597, 1996.
- Beck, AT, Ward, CH, Mendelson, M, Mock, J, Erbaugh, J: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4: 561–571, 1961.
- Birkás E., Lakatos K., Tóth I., Gervai J.: Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívvel: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica* 23: 358–365, 2008.
- Butcher, JN, Williams, CL, Graham, JR et al.: *MMPI-A manual for administration, scoring, and interpretation*. University of Minnesota Press, Minneapolis, 1992.
- Cohen, S, Kamarck, T, Mermelstein, R: A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 24: 385–396, 1983.
- Cox, JL, Holden, JM, Sagovsky, R: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150: 782–786, 1987.
- Derogatis, LR, Cleave, PA: Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *Br J Soc Clin Psychol* 16: 347–356, 1977.
- Ewing, JA, Rouse, BA: Identifying the hidden alcoholic, 9th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, Sydney, Australia, 1970.
- First, MB, Williams, JBW, Karg, RS, Spitzer, RL (Eds.): *Structured Clinical Interview for DSM-5. Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Press, Washington DC, 2016a.
- First, MB, Williams, JBW, Karg, RS, Spitzer, RL (Eds.): *Strukturált klinikai interjú a DSM-5 zavarok felmérésére. SCID-5-CV. Oriold és Társai, Budapest, 2016b.*
- First, MB, Williams, JBW, Smith, BL, Spitzer, RL (Eds.): (2016c). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD)*. American Psychiatric Press, Washington DC, 2016/c.
- First, MB, Williams, JBW, Smith, BL, Spitzer, RL. (Eds.): *Strukturált Klinikai Interjú a DSM-5 személyiségzavarok vizsgálatára –SCID-5-PD Oriold és Társai, Budapest. 2016d.*
- Foa, EB, Riggs, DS, Dancu, CV, Rothbaum, BO: Reliability and Validity of a Brief Instrument for Assessing Posttraumatic-Stress-Disorder. *Journal of Traumatic Stress* 6: 459–473, 1993.
- Folstein, MF, Folstein, SE, McHugh, PR: Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12: 189–198, 1975.
- Garner, DM: The Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3). *International Journal of Eating Disorders* 35: 478–479, 2004.
- Garner, DM, Garfinkel, DE: Eating Attitudes Test. *Psychopharmacology Bulletin* 21: 1008, 1985.
- Gerevich J., Bácskai E.: *Korszerű addiktológiai mérőmódszerek*. Semmelweis Kiadó, Budapest. 2012.
- Goodman, WK, Price, LH, Rasmussen, SA, Mazure, C et al.: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 46: 1006–1011, 1989.
- Hamilton, M.: The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 32: 50–55, 1959
- Hamilton, M.: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56–62, 1960.
- Heinrichs, DW, Hanlon, TE, Carpenter, WT, Jr.: The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 10: 388–398, 1984.
- Kasik L., Gál Z.: Óvodások szociális probléma-megoldó gondolkodása szülei és pedagógusaik véleménye alapján. *Magyar Pedagógia* 114: 189–213, 2014.
- Kay, SR, Fiszbein, A, Opler, LA: The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 13: 261–276, 1987.

- Kopp M., Skrabski Á., Czákó L.: Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken* 1: 4–24, 1990.
- Kovács M.: The Children Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin* 21: 995–999, 1985.
- Liebowitz, MR: Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 22: 141–173, 1987.
- McDowell, I, Newell, C (Eds.): *Measuring Health, a Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 2nd ed. Oxford University Press, New York. 1996.
- McLellan, AT, Luborsky, L, Woody, GE, O'Brien, CP: An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 168: 26–33, 1980.
- Mioshi, E, Dawson, K, Mitchell, J, Arnold, R, Hodges, JR: The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry* 21: 1078–1085, 2006.
- Montgomery, SA, Asberg, M: New Depression Scale Designed to Be Sensitive to Change. *British Journal of Psychiatry* 134: 382–389, 1979.
- Muszbeck K., Szekely A., Balogh E. M., Molnar M. et al.: Validation of the Hungarian translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Qual Life Res* 15: 761–766, 2006.
- Nasreddine, ZS, Phillips, NA, Bedirian, V, Charbonneau, S et al.: The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 53: 695–699, 2005.
- Overall, JE, Gorham, DR: The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 10: 799–812, 1962.
- Poznanski, EO, Cook, SC, Carroll, BJ: A depression rating scale for children. *Pediatrics* 64: 442–450, 1979.
- Radloff, LS: The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Pediatrics* 64: 442–450, 1977.
- Rey, JM, Hunt, GE, Johnson, GF: Assessment of tardive dyskinesia in psychiatric outpatients using a standardized rating scale. *Aust N Z J Psychiatry* 15: 33–37, 1981.
- Robins, LN, Wing, J, Wittchen, HU, Helzer, JE, Babor, TF et al.: The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 45: 1069–1077, 1988.
- Rózsa S., Szádóczy E., Füredi J.: A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica* 16: 379–397, 2001.
- Rózsa S., Szádóczy E., Schmidt V., Füredi J.: A Hamilton depresszió skála pszichometriai jellemzői depressziós betegek körében. *Psychiatria Hungarica* XVIII: 251–262, 2003.
- Rózsa S., Vetró Á., Gáboros J., Kő N., Csorba J.: Gyermekek és serdülőkorú depresszió kérdőív mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia* 19: 459–482, 1999.
- Rytwinski, NK, Fresco, DM, Heimberg, RG, Coles, ME et al.: Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depress Anxiety* 26: 34–38, 2009.
- Saunders, JB, Aasland, OG, Babor, TF, de la Fuente, JR, Grant, M: Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption – II. *Addiction* 88: 791–804, 1993.
- Schulman, RG, Kinder, BN, Powers, PS, Prange, M, Gleghorn, A: The Development of a Scale to Measure Cognitive Distortions in Bulimia. *Journal of Personality Assessment* 50: 630–639, 1986.
- Selzer, ML: The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 127: 1653–1658, 1971.
- Shear, MK, Brown, TA, Barlow, DH, Money, R et al.: Multi-center collaborative panic disorder severity scale. *Am J Psychiatry* 154: 1571–1575, 1997.
- Sheehan, DV, Lecrubier, Y, Sheehan, KH, Amorim, P et al.: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 59 Suppl 20: 22–33; 34–57, 1998.
- Sherrill, JT, Kovacs, M: Interview schedule for children and adolescents (ISCA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39: 67–75, 2000.
- Simpson, GM, Angus, JW: A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 212: 11–19, 1970.
- Stauder A., Konkoly Thege B.: Az Észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7: 203–216, 2006.
- Torzsa P., Szeifert L., Dunai K., Kalabay L., Novák M.: A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban. *Orvosi Hetilap* 150: 1684–1693, 2009.
- Turi E., Tóth I., Gervai J.: A Képességek és nehézségek kérdőív (SDQ-Magy) vizsgálata nem klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatria Hungarica* 26: 415–426, 2011.
- Wilson, AJ, Touyz, SW, Dunn, SM, Beumont, P: The Eating Behavior Rating-Scale (Ebrs) – a Measure of Eating Pathology in Anorexia-Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 8: 583–592, 1989.
- Yesavage, JA: Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull* 24: 709–711, 1988.
- Young, RC, Biggs, JT, Ziegler, VE, Meyer, DA: Rating-Scale for Mania – Reliability, Validity and Sensitivity. *British Journal of Psychiatry* 133: 429–435, 1978.
- Zigmond, AS, Snaith, RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67: 361–370, 1983.
- Zung, WW: A Self-Rating Depression Scale. *Arch Gen Psychiatry* 12: 63–70, 1965.