

Az MMPI-2 értelmezési és alkalmazási lehetőségei addiktológiai zavarok esetében

Girasek Hunor^{1,2,3*} , Batal Brigitta Aishah^{4,5}, Soós Alexandra³ és Kiss Anna⁵

¹ ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest, Magyarország

² ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Budapest, Magyarország

³ Budapesti Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály, Budapest, Magyarország

⁴ Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet, Addiktológiai Osztály, Budapest, Magyarország

⁵ Evező Pszichoterápiás Magánrendelő, Budapest, Magyarország

EREDETI KÖZLEMÉNY

Beérkezett: 2024. január 8. – Elfogadva: 2024. június 8.

Megjelent az interneten: 2024. december 3.

© 2024 A szerző(k)



Bevezetés: A Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) pszichodiagnosztikai tesztben számos olyan skála – köztük három addikció skála – áll rendelkezésre, amelyek hasznos információt nyújthatnak addiktológiai zavarok diagnosztikus folyamatában és a kezelés megtervezésében. **Célkitűzés:** Jelen tanulmány célja, hogy bemutassa azon MMPI-2 skálákat, csúcskódokat, melyek relevánsak a szerhasználó betegek személyiségjegyeinek felmérése, kezelésének megtervezése szempontjából. A téma-összefoglaló tanulmányunk első felében röviden ismertetjük az MMPI és az MMPI-2 közötti változásokat, az MMPI-2 felvételének sajátosságait addiktológiai betegek esetében, majd az MMPI-2 addikció skáláit, illetve azon skálákat, melyek a kutatások alapján ezen betegek esetében fontos értelmezési keretet nyújtanak. Tanulmányunk második felében az MMPI-2 pszichoterápiás alkalmazásának lehetőségeit ismertetjük az addiktológiai betegek körében. **Következtetések:** A hazai és nemzetközi kutatások eredményei rávilágítanak arra, hogy az MMPI-2 addikció skálái (MAC-R, AAS, APS), Klinikai skálái (Pd, Sc, Ma), Újrastrukturált klinikai skálái (RCd, RC1, RC4, RC9), Tartalmi skálái (ANG, CYN, ASP), PSY-5 skálái (AGGR, DISC, NEGE), illetve a Klinikai skálák mentén kirajzolódó csúcskódok segítik az addikció súlyosságának felmérését, illetve azon személyiségvonások feltérképezését (pl. impulzivitás, hangulati labilitás, szorongás, ingerkeresés), melyek szoros kapcsolatot mutatnak az addiktológiai zavarokkal, különös tekintettel a

* Levelező szerző. E-mail: girasek6@gmail.com

szerhasználati zavarokra. Továbbá a nemzetközi szakirodalmak kiemelik, hogy az MMPI-2 értékes információkkal szolgál a szerhasználati problémákkal küzdő betegek pszichoterápiás konceptualizálásában, ugyanis értelmezési támpontokat ad a személy érzelmi, kognitív és szociális tényezőihez, pszichopatológiai tüneteikhez. *Konklúzió:* Az MMPI-2 eredményei fontos diagnosztikai támpontokkal szolgálhatnak az addiktológiai betegek körében, segítik a beteg személyiségjegyeinek, vonásainak, panaszainak, pszichopatológiai tüneteinek feltérképezését, továbbá a hatékony kezelési terv felállításához és a terápiás intervenciók megtervezéséhez is információkat nyújtnak.

KULCSSZAVAK

MMPI-2, pszichodiagnosztika, addiktológiai zavarok, személyiségjegyek

BEVEZETÉS

Az elmúlt néhány évtizedben jelentős előrelépés történt az addiktológiai betegek körében történő pszichológiai vizsgálatok alkalmazásában, ugyanis a szakemberek felismerték, hogy a pszichodiagnosztikai eszközök hozzájárulnak az alkohol- és/vagy droghasználat szűréséhez, a kezelés és az intervenciók megtervezéséhez, továbbá a kettős diagnózisú személyek diagnosztizálásához (Banken és Greene, 2009).

Az addiktológiai betegek pszichodiagnosztikájának kettős célja van, először is a szerhasználat súlyosságának felmérése, másodszor pedig az ehhez kapcsolódó személyiség- és pszichopatológiai tényezők értékelése, terápiás lehetőségek vizsgálata (Young és Weed, 2006). A Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen és Kaemmer, 1989) éppen ezért számos előnnyel rendelkezik más, addiktív zavarokat vizsgáló mérőeszközzel szemben. A szűrőteszt (pl. CAGE, Alkoholhasználat zavarainak szűrőtesztje [AUDIT], Droghasználat Szűrőkérdőív [DAST]) gyakran jelentősen gyorsabban felvehető és kiértékelhető, mint az MMPI-2, azonban az ilyen kérdőívek nem nyújtanak információt a) a tesztkitöltési attitűdről, amely befolyással lehet a beteg válaszadására, továbbá b) a személyiség és pszichopatológiai tényezőkről, kognitív, érzelmi és társas jellemzőkről, komorbid zavarokról, amelyek fenntartják a szerhasználatot, illetve hatással lehetnek a kezelés tervezésére és a terápiás intervenciók eredményességére (Rózsa, 2009; Young és Weed, 2006).

Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a következőkben elsősorban az MMPI-2 és a szerhasználati zavarok kapcsolatát mutatjuk be, mivel a hazai és a nemzetközi MMPI-2 kutatások is az addiktológiai zavarok ezen csoportjára fókuszálnak.

Az MMPI és az MMPI-2 közötti különbségek, újítások

A Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) tesztet 1943-ban Starke Rosecrans Hathaway és John Charnley McKinley, a Minnesota Egyetem kutatói publikálták azzal a céllal, hogy a személyiség mérése mellett szűrőeszközként szolgáljon a különböző pszichopatológiai jelenségek kimutatására (Ben-Porath, 2006; Duckworth és Anderson, 2019). A megjelenést követő évtizedekben az MMPI-t rendkívül széles körben kezdték használni, ezért hiányosságait látva célszerűvé vált a teszt revideálása (Graham, 1993). Az MMPI-t több kritika érte az alapját képező normatív minta miatt, illetve a tételek átdolgozása is szükségessé vált a megfogalmazás elavultsága, a kor normáinak változása, valamint új pszichés problémák megjelenése



következtében (Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom és Kaemmer, 2001, 2009; Trull és Phares, 2004). A Minnesota Egyetemen az 1980-as évek elején kezdték meg az MMPI újrasztenderdizálását, végül 1989-ben jelent meg az MMPI-2 (Butcher és mtsai, 1989), majd 2001-ben az MMPI-2 kézikönyv átdolgozott kiadása (Butcher és mtsai, 2001, 2009). Hazai adaptációja 2009-ben jelent meg az OS Hungary Kft. (jogutód: Giunti Psychometrics – Hungary) által. Az MMPI-2 számos újítást hozott az MMPI-hoz képest, új normatív mintát, nyelvi-stiláris revíziót, új Validitási skálákat, az Újrastrukturált klinikai skálákat, a Tartalmi skálákat, új Kiegészítő skálákat, illetve a PSY-5 személyiség-pszichopatológiai skálákat, illetve a tételek átdolgozása mentén olyan kérdéskörökkel bővítették ki az MMPI-2-t, mint például drogabúzus, szuicid veszélyeztetettség, A-típusú viselkedésminták, családi állapot, munkához való hozzáállás vagy a terápiával való együttműködés (Girasek, Soós, Janicsák, Dudás és Reinhardt, 2023). Részletes magyar nyelvű áttekintés az MMPI és az MMPI-2 összevetéséről, valamint az MMPI-2-ben megjelenő változtatásokról Girasek és munkatársai (2023) összefoglaló tanulmányában olvasható. Fontos továbbá kiemelnünk, hogy az eredeti MMPI-t a tesztkiadó, a University of Minnesota Press 1999-ben kivonta a használatból, forgalmazását beszüntette, illetve felhívták a figyelmet arra, hogy a továbbiakban nem javasolják a használatát (Butcher és Beutler, 2005).

Az MMPI és az MMPI-2 Klinikai skáláit ért kritikák miatt, melyekben strukturális és pszichometriai problémákat emeltek ki, az MMPI újrasztenderdizálási bizottságának egyik tagja, Auke Tellegen 2003-ban létrehozta az Újrastrukturált klinikai skálákat (Tellegen és mtsai, 2003, 2009), amelyek végül az MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF) (Ben Porath és Tellegen, 2008) kifejlesztéséhez vezettek. Ezt követően pedig az MMPI-3 (Ben Porath és Tellegen, 2020) került kiadásra. Az MMPI-2-RF értelmezése az Újrastrukturált klinikai skálák, 3 magasabb rendű személyiségpatológiát mérő skála (Érzelmi diszfunkció [EID], Gondolkodási zavar [THD], Viselkedési diszfunkció [BXD]), 23 Specifikus probléma skála (pl. Szerhasználati zavar [SUB], Szorongás [AXY]), 2 Érdeklődési skála (esztétikai-irodalmi [AES] és műszaki-fizikai [MEC]) mentén történik, illetve megtartották az MMPI-2-ből ismert Személyiségpszichopatológia-5 (PSY-5) skálákat (Ben-Porath és Tellegen, 2008; Girasek és mtsai, 2023). Az MMPI-3 az MMPI-2-RF skáláin alapul, továbbá bevezetésre került egy új Validitási skála (Kombinált válasz inkonzisztencia [CRIN], mely a véletlenszerű és a meghatározott inkonzisztens válaszokat együttesen veszi figyelembe), illetve 4 új Specifikus probléma skála (pl. Kompulzivitás [CMP], Impulzivitás [IMP]) (Ben-Porath és Tellegen, 2020). Az MMPI-2-RF-nek és az MMPI-3-nak nincs magyar adaptációja.

AZ MMPI-2 FELVÉTELÉNEK SAJÁTOSSÁGA ADDIKTOLÓGIAI BETEGEKNÉL

Addiktológiai betegek esetében az MMPI-2 teszt felvételének időzítése dilemmát jelenthet a szakember számára, ugyanis a kezelés korai szakaszában történő felvétel olyan információkkal szolgálhat, amelyek kulcsfontosságúak a beteg hatékony kezelésének megtervezéséhez, azonban a túl hamar elvégzett pszichológiai vizsgálat eredménye torzulhat a drog- vagy alkoholintoxikáció vagy azok megvonásos állapotaiban (Banken és Greene, 2009; Butcher és mtsai, 2001, 2009). Számos tanulmány kimutatta, hogy ha a pszichológiai vizsgálatot a kezelés első napjaiban végzik el, majd később megismétlik, a második értékelés jelentősen kevesebb distresszt, izgatottságot és zavartságot mutat (Banken és Greene, 2009). Bizonyos helyzetekben (pl. kórházi osztályos kezelés) az akut intoxikáció vagy a megvonásos tünetek egyértelműbben megítélhetők a beteg



felvételét végző orvos/kezelőorvos által, azonban más ellátási formákban (pl. magánellátás) ezek nehézséget jelenthetnek. Young és Weed (2006) az Inkonzisztencia-mutatók (Variábilis válasz-inkonzisztencia [VRIN], Igaz válasz-inkonzisztencia skála (TRIN) és a Ritka válaszok [F] skála) hasznosságára mutatnak rá az intoxikáció és a szer okozta kognitív károsodások megítélésében, ugyanis a skálák határértékeket meghaladó pontszámai ezen állapotokra utalhatnak. Addiktológiai betegek, különös tekintettel a szerhasználók esetében a Validitási skálák értelmezése fokozott körültekintést igényel a felmerülő jogi és etikai kérdések (pl. a beteg tagadja a kábítószeres használatát, félve a jogi következményektől; szeretné enyhíteni vagy elkerülni a büntetését), a tudattalan vagy tudatos választorzítás, a panaszok bagatellizálása vagy felnagyítása és a kezeléssel kapcsolatos motiváció megítélése miatt (Banken és Greene, 2009; Young és Weed, 2006). Isenhardt és Silversmith (1997) 538 alkoholbeteg bevonásával, klaszterelemzés mentén 3 csoportot különített el a Validitási skálák pontszáma alapján:

- eltúlozza a tüneteit (extrém magas Ritka válaszok [F]; átlagos Hazugság [L] és alacsony Korrekció [K] skála pontszám);
- őszinte válaszadás jellemzi (emelkedett F; átlagos L és K pontszám);
- védekező attitűd jellemzi (átlagos F; enyhén emelkedett L és K pontszám).

AZ MMPI-2 ADDIKCIÓ SKÁLÁI

Az MMPI-2-ben számos olyan skála áll rendelkezésre, amelyek relevánsak lehetnek azoknál a személyeknél, akik szerhasználati zavarral vagy szerhasználati abúzzsal kerülnek kezelésbe, azonban kifejezetten a szerhasználati zavarra, annak mértékére és változóinak felmérésére három skálát dolgoztak ki (Young és Weed, 2006). Ezek az Átdolgozott MacAndrew Alkoholizmus Skála (MAC-R; MacAndrew, 1965), továbbá a Weed, Butcher, McKenna és Ben-Porath (1992) által kidolgozott két skála: az Addikciós Potenciál Skála (APS) és az Addikció Elismerése Skála (AAS). Ezen addikció skálák nemcsak az MMPI-2-ben, hanem a serdülőkorúak számára kifejlesztett Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A; Butcher és mtsai, 1992) tesztben is megtalálhatók, azonban ezzel a változattal jóval kevesebb empirikus vizsgálatot végeztek (Rózsa, 2009).

A MacAndrew Alkoholizmus skála (MAC) és annak átdolgozott változata (MAC-R)

MacAndrew (1965) arra tett kísérletet, hogy az MMPI tételeit használva kifejlessen egy olyan skálát, amely képes megkülönböztetni az alkoholfüggő és nem alkoholfüggő járóbeteg férfitpopulációt. Az erre irányuló vizsgálatban 600 fő vett részt, 300 olyan férfi, akik a szerhasználatukkal kapcsolatosan kerestek kezelést, illetve 300 olyan férfi, akiknek az anamnézisében nem szerepelt problémás alkohol- és/vagy droghasználat. A két mintát összehasonlító statisztikai vizsgálatok mentén az MMPI 566 tételéből 51 olyan tételt talált, melyek képesek voltak szignifikánsan megkülönböztetni a két csoportot. Az 51 tételből végül kettőt kivett (215. és 460. tétel) a skála kidolgozása során, ugyanis ezek direkt módon kérdeztek rá az alkoholfogyasztásra. Habár ez a két tétel bizonyult a legjobbnak a két csoport megkülönböztetésére, MacAndrew úgy vélte, hogy az ezen tételekre adott válasz könnyen befolyásolható volt, ezzel torzítva a vizsgálat eredményét. A végső MAC skála így 49 tételből állt.



Az MMPI-2-ben az Átdolgozott MacAndrew Alkoholizmus skála (MAC-R) megalkotásakor 4 tételt másikkra cseréltek az eredeti MAC skálából. Az új beválasztott 4 tételnél úgy találták, hogy jól különbözteti meg a vizsgálati csoportokat (Friedman, Bolinskey, Levak és Nichols, 2015). A 49 tételből 38 „Igaz”, míg 11 „Hamis” válasznál jelez.

MacAndrew (1981) megfigyelései szerint eltérő jellembeli változók mentén kétféle alkoholfüggő csoportot lehet megkülönböztetni. Az egyik az úgynevezett „elsődleges alkoholista”, míg a másik egy sokkal kisebb csoport, a „másodlagos (más elnevezéssel reaktív) alkoholista”. MacAndrew alapján több kutatás irányult ezeknek a csoportoknak és a tagok jellemzőinek feltárására. Egyes kutatások azt találták, hogy az „elsődleges alkoholista” magasabb pontszámot érnek el a MAC skálán (Svanum és Ehrmann, 1992; Tarter, McBride, Buonpane és Schneider, 1978; Ward és Jackson, 1990). Számos tanulmány azonban arról számolt be, hogy a különböző típusú drogfogyasztók (főként a heroinfüggők) jellemzően az alkoholfüggőkkel azonos tartományba eső pontszámokat értek el a MAC skálán (Craig, 2005; Kranitz, 1972; Lachar, Berman, Grisell és Schoof, 1976; Rhodes és Chang, 1978; Sutker, Archer, Brantley és Kilpatrick, 1979), Graham 70-es években végzett kutatásában pedig hasonló pontszámokat talált egy patológiás szerencsejátékosokból álló mintában is (Friedman és mtsai, 2015), illetve ezt az eredményt támasztják alá a későbbiekben végzett kutatások is (Craparo, Gori, Sareri és Pace, 2015; Kofoed, Morgan, Buchkoski és Carr, 1997; Pfund, Whelan, Greenburg, Peter, Wilson és Meyers, 2017).

Az addikció skálák közül a MAC/MAC-R kutatási irodalma a leggazdagabb. Megjelenésétől kezdve számos kutató foglalkozott vele, hogy mit mér és mit nem képes mérni ez a skála. Az alkoholproblémák sajátos mérőeszközeként használni ezt a Kiegészítő skálát ellentmondásosnak bizonyult, különösképpen a felnőtt, fehér férfi populáción túlmutatóan (Gottesman és Prescott, 1989; Schwartz és Graham, 1979). Általánosan elfogadott, hogy a MAC-R skála önmagában nem az alkoholproblémákat vagy olyan személyiségvonásokat mér, amelyek kizárólag az alkoholfüggőkre jellemzők (Greene, 1994; Levenson és mtsai, 1990; MacAndrew, 1981; Schwartz és Graham, 1979). Ezenfelül Graham (2000) kiemeli, hogy kevés bizonyíték van arra, hogy a MAC-R pontszámai képesek lennének előre jelezni a szerrel való visszaélés problémáinak kialakulását azoknál a személyeknél, akik a tesztkitöltés időpontjában jellemzően nem élnek vissza szerekekkel. Levenson és munkatársai (1990) a MAC skála korrelációit vizsgálták normál populációban, olyan férfiak esetében, akik egy része problémás ivónak vallotta magát, míg másik része nem. Kutatásuk alapján a MAC skála jelentősen szélesebb körű személyiségdimenziót mér, mint pusztán a szerrel való visszaélés. Eredményeik szerint azoknak a személyeknek volt a legmagasabb az átlagpontszáma a MAC skálán, akiknek az anamnézisében szerepelt letartóztatás, és alkoholproblémáik is voltak. Ugyanakkor azok a személyek, akiket letartóztattak, de nem számoltak be alkoholproblémáikról, és azok, akiknek nem volt összeütközésük a törvénnyel, de beszámoltak alkoholproblémáikról, gyakorlatilag nem különböztek egymástól a pontszám tekintetében. Ezek az eredmények azt a feltevést támasztják alá, hogy a MAC (és annak átdolgozott változata, a MAC-R) valójában olyan személyiségvonásokat mér (pl. kockázattvállaló magatartás), amelyek ugyan korrelálnak, de nem kizárólagosan járnak együtt a szerekekkel való visszaéléssel.

Young és Weed (2006) felhívják a figyelmet arra, hogy a MAC-R skála belső konzisztenciája alacsony, aminek hátterében az áll, hogy a tételek igen széles tartalmi területet fednek le. Korrelációs vizsgálatok alapján a MAC-R skála pontszáma legerősebben a) a kábítószerrel való visszaéléssel kapcsolatos problémákkal és b) a viselkedési zavarok különböző megnyilvánulásaival



korrelál, ideértve a kockázattvállalást, az exhibicionista viselkedést, a szociális extroverziót és az agressz-sziót (Butcher és mtsai, 2001, 2009).

Annak ellenére, hogy a kutatások ellentmondásos eredményeket találtak a MAC-R skála és annak használhatósága tekintetében, Butcher és Perry (2008) a kezelés és annak tervezése szempontjából is fontosnak tartják a MAC-R skálán elért pontszámok figyelembevételét, és felhívják a figyelmet arra, hogy a tesztet értékelő szakember tartsa szem előtt annak a lehetőségét, hogy a magas MAC-R pontszámmal rendelkező személyek a feszültségüket szerhasználatlal enyhíthetik.

Az Addikciós Potenciál Skála (APS) és az Addikció Elismerése Skála (AAS)

Weed és munkatársai (1992) az MMPI-2-höz két új skálát, az Addikciós Potenciál Skálát (APS) és az Addikció Elismerése Skálát (AAS) dolgoztak ki. Az APS-t annak reményében alkották meg, hogy képes lesz felmérni a szerhasználó páciensek karakterjellemzőit. A skála kifejlesztéséhez a kutatók 3 csoportot használtak: egy pszichiátriai kezelésben részt vevő, de nem szerhasználó csoportot, egy szerhasználatlal kapcsolatos kezelésben részt vevő csoportot és egy „MMPI-2 normatív” csoportot. Eredményeik alapján 39 olyan tételt találtak, amely leginkább képes különbséget tenni a 3 csoport között. A 39 tételből 23 „Igaz”, míg 16 „Hamis” válasz esetében jelez az APS skála. A korrelációs vizsgálatok a legerősebb együttjárást a másik két szerhasználati kiegészítő skálával találtak (MAC-R, AAS), ezen felül pedig az önkritikát és szorongást tükröző Pszichaszténia (Pt) Klinikai skálával, a Hazugság (L) Validitási skálával és a Szorongás (ANX) Tartalmi skálával mutatott magasabb korrelációt (Friedman és mtsai, 2015).

Az AAS kifejezetten 13 olyan tételt tartalmaz, amely tartalmilag a szerhasználati problémákra kérdez rá, pontozása esetében 10 „Igaz” válasz és 3 „Hamis” válasz szerepel. A skála magasan korrelál az APS skálával, annak ellenére, hogy egyetlen közös tételük sincs. Számos kutatás eredménye alapján az MMPI-2 addikció skálái közül ez a skála a legalkalmasabb a szerhasználati problémák azonosítására (Clements és Heintz, 2002; Drótos és mtsai, 2011; Friedman és mtsai, 2015; Rouse és mtsai, 1999; Rózsa, 2009).

Butcher és Perry (2008) arra mutattak rá, hogy a különbség a három addikciós skála között, hogy míg az APS és a MAC-R az addikciós zavarok kialakulásának lehetőségét méri, az ahhoz kapcsolódó személyiségtényezők vizsgálatán keresztül, addig az AAS pontszámai arra utalnak, hogy a kitöltő tisztában van-e, és hajlandó-e elismerni az addikciós probléma/zavar meglétét.

Az addikció skálákat összehasonlító vizsgálatok eredményei

Számos vizsgálat foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy vajon a 3 skála közül melyik képes hatékonyabban különbséget tenni a szerhasználók és nem szerhasználók között. Greene, Weed, Butcher, Arredondo és Davis (1992) tanulmányukban megismételték Weed és munkatársai (1992) vizsgálati eredményeit, és azt találták, hogy az APS és az AAS skála eredményesen tesz különbséget a vizsgált szerhasználó és a pszichiátriai populáció között mind férfi, mind pedig női betegek esetében. Stein, Graham, Ben-Porath és McNulty (1999) kutatása alapján a szerhasználat azonosításában az AAS skála jobb bejósoló eszköznek bizonyult az APS skálánál. Rouse, Butcher és Miller (1999) ambuláns betegek körében vizsgálta a 3 skála diagnosztikai képességét, és azt találták, hogy az AAS és a MAC-R skála együttes értelmezése esetében a legmagasabb a diagnosztikai pontosság, valamint hogy az AAS skála önmagában jobb bejósoló értékkel bír, mint a MAC-R vagy az APS skála. Ezeket az eredményeket támasztja alá egy hazai mintán történő kutatás is, amelyben az alkoholbetegek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el mind a



három addikció skálán, mint a kontroll csoport, továbbá az AAS skála bizonyult a legpontosabbnak, míg a MAC-R a legkevésbé pontosnak a két csoport elkülönítésében (Drótos és mtsai, 2011).

Kutatások alapján az APS skála belső konzisztenciája alacsony, míg az AAS skáláé megfelelő, illetve az AAS skála egydimenziósnek tekinthető. Továbbá mindkét skála elfogadható teszt-reteszt megbízhatósággal rendelkezik (Clements és Heintz, 2002; Greene, Weed, Butcher, Arredondo és Davis, 1992).

A nemi különbségeket vizsgálva, Wong és Bessett (1999) azt találták, hogy a férfiak magasabb átlag nyerspontot értek el a MAC-R skálán, és magasabb T-értéket az AAS skálán a nőknél, azonban az APS tekintetében nem volt különbség. A szerhasználó mintában pedig kizárólag a MAC-R skála esetében találtak szignifikáns nemi különbségeket. A kutatás eredményei felhívják a figyelmet arra, hogy a MAC-R skálán az alacsonyabb határérték figyelembevétele javasolt a nők körében.

Az MMPI-2 addikció skáláinak értelmezési lehetőségei

Átdolgozott MacAndrew Alkoholizmus skála (MAC-R): A MAC-R skála leginkább általános személyiségdimenzió mérésére alkalmas skálaként konceptualizálható, emelkedett érték esetén (Nyerspont ≥ 28 férfi; nyerspont ≥ 25 nő¹) a kockázatvállaló, míg alacsony érték esetén (Nyerspont ≤ 18 férfi; nyerspont ≤ 16 nő¹) a kockázatkerülő viselkedés jelenik meg (Greene, 2011; Weiner és Greene, 2017), mely tulajdonságok az idő előrehaladtával is viszonylag stabilak maradnak (Nichols, 2011).

A magas pontszámot elérő személy impulzív, ingerkereső, alacsony a frusztrációtűrése, extrovertált, magas energiaszinttel bír (Butcher és mtsai, 2001, 2009; Nichols, 2011). Interperszonális kapcsolatai sekélyesek, gyakori az autoritással való konfliktusa, interakciói során magabiztos, asszertív (Butcher és mtsai, 2001, 2009; Weiner és Greene, 2017). Antiszociális viselkedésformák, törvénnyel való összeütközés, bűncselekmények fordulhatnak elő az élettörténetben (Nichols, 2011). Alkohol és/vagy stimulánsok használata gyakori lehet (Greene, 2011; Weiner és Greene, 2017).

Az alacsony pontszámot elérő személy kockázatkerülő, introvertált, hajlamos lehet a depresszív hangulatra. Szerhasználat esetén elsősorban a nyugatókkal és/vagy alkohollal való visszaélés a gyakori (Weiner és Greene, 2017).

Addikció Elismerése Skála (AAS): A magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 60) nyíltan elismeri, hogy alkohol- és vagy drogproblémái vannak/voltak (Butcher és mtsai, 2001, 2009; Nichols, 2011). A szakember feladata, hogy az exploráció, illetve a teszt kitöltését követő visszajelzés során körbejárja ezeket a kérdéseket, ugyanis a szerhasználat aktuálisan is fennállhat, de a korábbi szerabúzus/dependencia is megemelheti a skála értékét (Greene, 2011). Az ilyen személy impulzív, agresszív lehet, intrafamiális konfliktusokról számolhat be, illetve acting-out viselkedés is megjelenhet (Butcher és mtsai, 2001, 2009).

Addikciós Potenciál Skála (APS): A magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) hajlamos az alkohollal és/vagy drogokkal való visszaélésre, szorongó, zaklatott, ingerlékeny, könnyen dühössé válhat (Greene, 2011; Nichols, 2011). Negatívan írja le saját magát, aggódik amiatt, hogy mit gondolnak róla mások, ami a MAC-R skálán emelkedett értékeket mutató egyén esetében nem nyilvánvaló (Weiner és Greene, 2017). Továbbá fontos kiemelni, hogy az APS skála kevésbé érzékeny a csúcs kódokra és a nemek szerinti különbségekre, mint a MAC-R skála (Weiner és Greene, 2017).

¹Greene (2011) által javasolt határértékek.



KLINIKAI SKÁLÁK ÉS CSÚCSKÓDOK

Kutatások alapján az MMPI-2 Klinikai skálái közül az alkohol- és drogproblémák esetében leggyakrabban a Pszichopátia (Pd, 4.) Klinika skála emelkedett értéke figyelhető meg (Butcher és Perry, 2008; Groth-Marnat és Wright, 2016; Legan és Craig, 1996; Nichols, 2011; Tran, Bux, Haug, Stitzer és Svikis, 2001; Young és Weed, 2006).

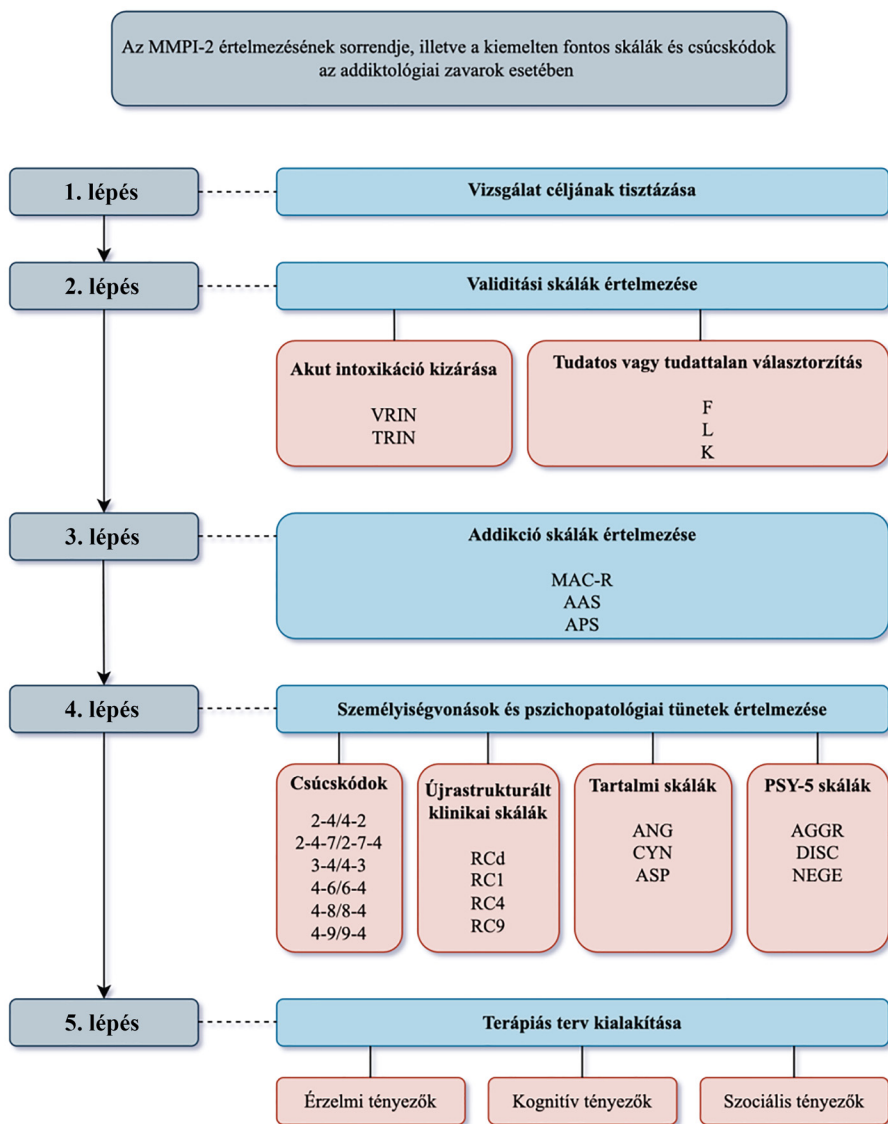
A Pszichopátia (Pd, 4.) skálán kívül az addiktív zavarok esetében azonban a legtöbb Klinikai skála pontszáma megemelkedhet (Butcher és Perry, 2008; Groth-Marnat és Wright, 2016; Young és Weed, 2006). Nichols (2011) kiemelte, hogy a Pszichopátia (Pd, 4.) skála emelkedett értéke mellett a Hipochondriázis (Hs, 1.) és a Hisztéria (Hy, 3.) skálák pontszámának emelkedése elsősorban az altatókkal, fájdalomcsillapítókkal és szorongásoldókkal való visszaélésekhez köthető, míg az alkohol- és droghasználat esetében a Pszichopátia (Pd, 4.) mellett a Depresszió (D, 2.), a Pszichaszténia (Pt, 7.), a Szkizofrénia (Sc, 8.) és a Hipománia (Ma, 9.) skálák másodlagos emelkedése figyelhető meg. Hazai mintán alkoholbetegek körében a Depresszió (D, 2.), a Pszichopátia (Pd, 4.), a Paranoia (Pa, 6.), a Pszichaszténia (Pt, 7.) és az Szkizofrénia (Sc, 8.) Klinikai skálák értéke mutatott mérsékelt emelkedést (60 és 65 T-érték között), illetve összefüggést – pozitív irányú korrelációt – találtak az elmúlt hónapban történt alkoholfogyasztás gyakorisága, valamint a Depresszió (D, 2.) és a Szociális introverzió (Si, 0.) Klinikai skálák pontszámai között (Andó és mtsai, 2010).

A viselkedési addikciók közül egyedül a szerencsejáték-zavar esetében végeztek olyan kutatásokat, melyben MMPI-2-t is használtak, azonban ezek a kutatások alacsony elemszámúak. Az eredmények alapján a Depresszió (D, 2.), a Pszichopátia (Pd, 4.), a Pszichaszténia (Pt, 7.) és az Szkizofrénia (Sc, 8.) Klinikai skálák emelkedett értéke figyelhető meg ezen betegek körében (Craparo és mtsai, 2015; Myrseth, Pallesen, Molde, Havik és Notelaers, 2016; Pfund és mtsai, 2017).

Mivel az MMPI/MMPI-2 esetében a Klinikai skálák értelmezése a legtöbb kézikönyv alapján külön-külön nem ajánlott, ezért a továbbiakban a Klinikai skálák alapján kirajzolódó csúcskódokra fektetünk nagyobb hangsúlyt. Kutatások és nemzetközi MMPI-2 kézikönyvek alapján az addiktív zavarok esetében a leggyakoribb csúcskódokat az 1. ábrán foglaltuk össze (Banken és Greene, 2009; Friedman és mtsai, 2015; Graham és Strenger, 1988; Legan és Craig, 1996; Polimeni, Moore és Gruenert, 2010; Suljagić, 2017). Alkoholfüggők esetében a 2-4/4-2; 4-9/9-4, illetve nőknél még a 3-4/4-3, 4-6/6-4 és 4-8/8-4 csúcskódok (Banken és Greene, 2009; Graham és Strenger, 1988), drogfüggőknél pedig, mind férfiak, mind nők esetében a 4-8/8-4; 4-9/9-4 csúcskódok a jellemzők (Banken és Greene, 2009; Legan és Craig, 1996; Polimeni és mtsai, 2010; Suljagić, 2017). Fontos azonban kiemelnünk, hogy a szakirodalmak alapján ezek a csúcskódok a szerhasználó betegek mintegy 25–35%-ánál jelennek meg (Banken és Greene, 2009), így tehát nem jelenthető ki, hogy ezekben az esetekben van egy tipikus csúcskód, személyiségminta.

2-4/4-2 csúcskód (D és Pd Klinikai skála): Alacsonyan fekvő hangulat, anhedónia, szorongás, feszültség, frusztráció, irritabilitás, impulzivitás, düh és gyakran eltúlzott bűntudat, krónikusan rossz stresszválasz jellemzi (Nichols, 2011). Az interperszonális kapcsolatokban megjelenő passzív-agresszív viselkedés, az impulzuskontroll zavar és az önmaga felé irányuló harag önpusztító cselekedetekhez, addikciókhoz vezethet (Friedman és mtsai, 2015; Levak, Nichols, Siegel és Stolberg 2011; Nichols, 2011). Butcher és Perry (2008) szerint szerhasználati zavarok esetében ez az egyik leggyakoribb kódtípus, amelynek értelmezésekor fontos szempontok a beutalás körülményei és a kezelés keretei. A pozitív változáshoz elengedhetetlen a függőség felismerése





1. ábra. Az MMPI-2 értelmezésének sorrendje, illetve a kiemelten fontos skálák és csúcskódok az addiktológiai zavarok esetében

Megjegyzés: VRIN = Variábilis válasz-inkonzisztencia skála, TRIN = Igaz válasz-inkonzisztencia skála, F = Ritka válaszok skála, L = Hazugság skála, K = Korrekciós skála, MAC-R = Átdolgozott MacAndrew alkoholizmus skála, AAS = Addikció elismerése skála, APS = Addikciós potenciál skála, RCd = Kiábrándultság, RC1 = Testi panaszok, RC4 = Antiszociális viselkedés, RC9 = Hipomániás aktiváció, ANG = Düh, CYN = Cinizmus, ASP = Antiszociális, AGGR = Agresszivitás, DISC = Gátolatlanság, NEGE = Negatív emocionalitás / Neuroticizmus.



és ennek elismerése, ami ennél a kódtípusnál gyakran hiányzik. Az ambuláns terápia gyakran korán megszakad vagy az ülések gyakori kihagyása jellemző. Éppen ezen okok miatt a csoportterápia hatékonyabb lehet az egyéni terápiával szemben (Butcher és Perry, 2008).

2-4/7/2-7-4 csúcskód (D, Pd és Pt Klinikai skála): A 2-4/4-2 csúcskód jellemzőin túl nagyobb fokú általános distressz jellemzi. Szorongóbb, bizonytalanabb, stresszteli helyzeteket hajlamos katasztrófizálni, acting-out cselekedet fordulhat elő (Nichols, 2011). Az impulzív, acting-out cselekedetek hátterében az érzelmi bizonytalanság, szorongáscsökkentés és az azonnali feszültségoldás, feszültségredukció áll, melyek alkohol-, drog- és szerencsejáték-függőséghez vezethetnek (Friedman és mtsai, 2015; Levak és mtsai, 2011). A belátásorientált terápiák nem ajánlottak ebben az esetben. A terápiában megjelenő viselkedés szempontjából gyakori a korai kilépés, az alacsony szorongástűrés és az acting-out. Jól reagál a célorientált kezelési módokra és a környezeti változást hozó megközelítésekre. Az ellenőrzött körülmények között zajló csoportterápiák (pl. addikciókontroll) alkalmazása előnyös választás lehet (Butcher és Perry, 2008).

3-4/4-3 csúcskód (Hy és Pd Klinikai skála): Érzelmi instabilitás, éretlenség, egocentrizmus és felelőtlenség, a harag kontrollálásának és kifejezésének nehézsége jellemzi (Nichols, 2011). Konfliktusos helyzetekben acting-out jellegű cselekedetek valószínűsíthetők, az indulatkitörések veszélyesek lehetnek, például ittas állapotban a személy harciasná, támadóvá válhat (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011). Interperszonális kapcsolataiban manipulatív, csábító, igényli a figyelmet, dramatikus és a kontrollra törekszik, de mindemellett fél az elutasítástól (Levak és mtsai, 2011; Nichols, 2011). Ha nem kapja meg azt a figyelmet, amire vágyik, irritálttá, ellenségesé és frusztrálttá válhat (Nichols, 2011).

4-6/6-4 csúcskód (Pd és Pa Klinikai skála): Feszült, ingerlékeny, ellenséges, úgy érzi, mások igazságtalanul bánnak vele, kritizálják, provokálják, kihasználják (projekció), azonban saját manipulatív, provokatív működésmódjára nem lát rá (Levak és mtsai, 2011; Nichols, 2011). Az állandó harag és feszültségérzés csökkentésére alkohol- és droghasználat, gyógyszerabúzus alakulhat ki (Levak és mtsai, 2011).

4-8/8-4 csúcskód (Pd és Sc Klinikai skála): Érzelmi és társas elidegenedés, bizalmatlanság, hangulati labilitás jellemzi (Friedman és mtsai, 2015; Levak és mtsai, 2011). Megjelenhet anhedónia, alvászavar, reménytelenségérzés és diszfunkcionális életvezetés. Ellenséges, ingerlékeny, alacsony a frusztrációtűrése, viselkedése impulzív, kaotikus és kiszámíthatatlan (Nichols, 2011). Gyakran agresszív, erőszakos tartalmú fantáziái is vannak (Levak és mtsai, 2011; Nichols, 2011). Interperszonális helyzetekben hideg és távolságtartó, arra számít, hogy rosszul fognak bánni vele, és megkérdőjelezi mások szándékait (Nichols, 2011). A valóságérzékelés sérült, de ritka, hogy hallucináció és/vagy téveszmék is megjelenjenek (Nichols, 2011). Ez a csúcskód alapvetően a borderline személyiség szerveződési szinten jellemző (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011). Önsértés, önpusztító életmód, diszfunkcionális életvezetés jellemzi, melyhez gyakran szerhasználati zavar társul (Friedman és mtsai, 2015). A verbális terápiák esetében a kezdeti szakasz üléseit alacsony produktivitás és káosz jellemezheti. A terápiás kapcsolatra a viharosság jellemző, mely a páciens többi interperszonális viszonyában is jelen van. Acting-out megjelenhet, illetve a páciens bizalmatlansága a terápia korai megszakadásával járhat (Butcher és Perry, 2008).

4-9/9-4 csúcskód (Pd és Ma Klinikai skála): Állandó ingerkeresés jellemzi, energikus, fáradhatatlan, nehezen tűri az unalmat és a frusztrációt (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011). Érzelmileg instabil, ingerlékeny, impulzív (Nichols, 2011). Az autoritással, társadalmi konvenciókkal és etikai szabályokkal szembeni ellenállás jellemzi (Levak és mtsai, 2011; Nichols, 2011). Narcisztikus jegyek dominálhatnak, egocentrikus, társas kapcsolataiban manipulatív, önző és



kizsákmányoló. A jó szociális készségek, a gátlástalanság (merészség, pimaszság, érzéketlenség) és a szorongás hiánya eleinte a vonzerő benyomását keltheti másokban, azonban interperszonális kapcsolatai narcisztikus működése miatt rövid távúak (Nichols, 2011). A fokozott inger- és élménykereséshez gyakran alkohol- és droghasználat, szerencsejáték-függőség kapcsolódik (Friedman és mtsai, 2015; Levak és mtsai, 2011). Általában kevésbé érdeklődik a pszichológiai segítségnyújtás iránt, a kezelésben való megjelenése gyakran külső hatásra (pl. jogi probléma) történik. Rossz terápiás prognózis várható (Butcher és Perry, 2008).

ÚJRASTRUKTURÁLT KLINIKAI (RC) SKÁLÁK

Az Újrastrukturált klinikai (RC) skálák közül az Antiszoziális viselkedés (RC4) skálát emeli ki a legtöbb tanulmány a szerhasználattal kapcsolatban (Arbisi, Sellbom és Ben-Porath, 2008; Forbey és Ben-Porath, 2007; Greene, 2011; Handel és Archer, 2008). Arbisi és munkatársai (2008) kutatásukban azt találták, hogy az RC4 skála emelkedett értéke összefüggésbe hozható az alkohollal, kokainnal, marihuánával, ópiátokkal és hallucinogénnel való visszaéléssel. Szerhasználók esetében emelkedett értéket vehetnek fel továbbá a Kiábrándultság (RCd), a Testi panaszok (RC1) és a Hipomániás aktiváció (RC9) Újrastrukturált klinikai skálák (Arbisi és mtsai, 2008; Forbey és Ben-Porath, 2007, 2008; Greene, 2011). Azok a személyek, akiknél az RC9 skála értéke emelkedett, anamnesztikusan gyakrabban számoltak be kokainhasználatról (Arbisi és mtsai, 2008).

Kiábrándultság (RCd): Az RCd skálán magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) elégedetlen a jelenlegi élethelyzetével, úgy érezheti, hogy kudarcot vallott élete különböző területein (Friedman és mtsai, 2015; Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Lehangoltságról, reménytelenségerzésről, alacsonyan fekvő hangulatról, szorongásról számol be (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011). Bizonytalan, pesszimista, önbecsülése alacsony (Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Jelentősen emelkedett RCd pontszám esetén (T-értéke ≥ 75) úgy érzi, hogy képtelen megbirkózni nehézségeivel, tehetetlennek érzi magát, markáns érzelmi diszkomfort érzésről, distresszről és zaklatottságról számol be (Friedman és mtsai, 2015; Tellegen és mtsai, 2003, 2009). A diszfóriás hangulat, reménytelenségerzés, önvádás és büntudat miatt az öngyilkossági rizikó felmérése is elengedhetetlen (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011).

Testi panaszok (RC1): Az RC1 skálán magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) sokat foglalkozik a testi problémáival, gyakori szomatikus panaszokról számol be (pl. gasztrointesztinális tünetek, gyakori fejfájás), melyek diffúzak lehetnek (Friedman és mtsai, 2015; Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Gyakran kimerültséget, általános fáradtságérzést, gyengeséget él át (Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Hajlamos lehet a szomatizációra, azonban fontos kiemelni, hogy az RC1 skála emelkedett pontszáma akkor is előfordulhat, ha az egyénnek valódi fizikai vagy szomatikus panaszai vannak, ezért a skála magas pontszáma nem vezethet automatikusan hipochondriás vagy szomatizációs zavar feltételezéséhez (Friedman és mtsai, 2015). Jelentősen emelkedett RC1 pontszám esetén (T-értéke ≥ 75) a személy a pszichológiai distresszre nagyobb valószínűséggel reagál szomatikus tünetekkel, melyek szokatlanul súlyosak és változatosak, még a tényleges egészségügyi problémákkal küzdő betegek panaszaival összehasonlítva is (Friedman és mtsai, 2015; Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Általában visszautasítja, hogy panaszai mögött pszichés tényezők húzódnak meg, különösen igaz ez, ha az RC1 elszigetelten emelkedett (Friedman és mtsai, 2015).



Antiszociális viselkedés (RC4): Az RC4 skálán magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) nehezen tud alkalmazkodni a társadalmi konvenciókhoz és elvárásokhoz, nonkonformista, érzelmi és viselkedéses szinten alulkontrollált (Friedman és mtsai, 2015). Interperszonális kapcsolatai konfliktusosak, hajlamos a másokkal szembeni agresszív viselkedésre, környezete kritikusnak, ellenségesnek, kötekedőnek látja őt (Friedman és mtsai, 2015; Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Körtörténetében antiszociális cselekedetek lehetnek, melyek során összeütközésbe került a törvénnyel. Intrafamiliaris kapcsolatai konfliktusokkal terhelték (Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Tellegen és Ben-Porath (2008) szerint az RC4 legalább olyan jól előre jelzi az alkohol- és drogabúzus/függőség külső kritériumait, mint a fiatalok és felnőttek antiszociális viselkedését. Greene (2011) kiemeli, hogy az RC4 skálán magas pontszámot elérő személy stressz-szor hatására hajlamos pszichoaktív szer használatára, ezzel csökkentve a belsőfeszültség-érzést.

Hipomániás aktiváció (RC9): Az RC9 skálán magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) felfokozott energiáról, emelkedett hangulatról, eufóriáról számolhat be (Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Alvásigénye csökkent, gyenge impulzuskontroll, általános izgatottság jellemzi. Megjelenhet élmény- és veszélykereső viselkedés, nehezen tolerálja az unalmas helyzeteket, ezek során hamar feszültté, frusztrálttá válik (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011; Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Interperszonális kapcsolataiban ellenséges, ingerlékeny, provokatív (Nichols, 2011). Önértékelése túlzott, akár grandiózus énkép is megjelenhet (Tellegen és mtsai, 2003, 2009). Jelentősen emelkedett RC9 pontszám esetén (T-értéke ≥ 75) gondolatrohanás, hipomániás, akár mániás tünetek uralhatják a klinikai képet (Friedman és mtsai, 2015).

TARTALMI SKÁLÁK

Az MMPI-2-höz 15 Tartalmi skálát (Butcher, Graham, Williams és Ben-Porath, 1990) és 27 Tartalmi komponens skálát (Ben-Porath és Sherwood, 1993) dolgoztak ki. A Tartalmi skálák 4 téma köré csoportosíthatók, amit az 1. táblázatban szemléltetünk (Butcher és mtsai, 2001, 2009; Friedman és mtsai, 2015; Girasek és mtsai, 2023).

Kutatások alapján a szerhasználatnál elsősorban az Externalizáló vagy agresszív tendenciák csoport Tartalmi skálái mutatnak szignifikáns kapcsolatot (Blackburn, 2021; Graham, Ben-Porath és McNulty, 1999; Suh, Ruffins, Robins, Albanese és Khantzian, 2008; Young, 2008).

Düh (ANG): Az ANG skálán magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) általában dühösnek és ellenségesnek érzi magát, ingerlékeny, alacsony a frusztrációs toleranciája,

1. táblázat. Az MMPI-2 Tartalmi skálái és a skálákat magukba foglaló tartalmi körök

Tartalmi körök	Tartalmi skálák
Internalizáló tünetek	ANX, FRS, OBS, DEP, HEA, BIZ
Externalizáló vagy agresszív tendenciák	ANG, CYN, ASP, TPA
Csökkentértékűség	LSE
Átfogó problémák	SOD, FAM, WRK, TRT

Megjegyzés: ANX = Szorongás, FRS = Félelmek, OBS = Kényszeresség, DEP = Depresszió, HEA = Egészségügyi panaszok, BIZ = Bizarr gondolkodás, ANG = Düh, CYN = Cinizmus, ASP = Antiszociális, TPA = A-típus, LSE = Alacsony önértékelés, SOD = Társas kényelmetlenség érzet, FAM = Családi problémák, WRK = Romló munkateljesítmény, TRT = Rossz terápiás előjelek.



viselkedése alulszabályozott, hajlamos a dühkitörésekre, destruktív megnyilvánulásokra (Butcher és mtsai, 2001, 2009; Friedman és mtsai, 2015). Mások ingerlékenynek látják őt, társas interakciói során gyakran káromkodik, vitatkozik, kritizál, gúnyol, megszegyenít másokat (Nichols, 2011), akár fizikai bántalmazás is megjelenhet (Butcher és mtsai, 2001, 2009). Az ANG Tartalmi skála két Tartalmi komponens skálája közül a Robbanékonyság (ANG₁) skála emelkedett értéke (T-értéke ≥ 65) hozható összefüggésbe az alkohol- és droghasználattal (Graham és mtsai, 1999; Green, Handel és Archer, 2006).

Cinizmus (CYN): Az CYN skálán magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) gyanakvó, bizalmatlan, úgy gondolja, hogy mások önérdekből cselekednek, csak azért barátságosak és őszinték, mert így kihasználhatják a környezetüket (Friedman és mtsai, 2015). Interperszonális kapcsolataiban óvatos, úgy érzi, állandóan készenlétben kell lennie, ha veszélyeztetve érzi magát, ellenséges, manipulatív lehet (Butcher és mtsai, 2001, 2009; Nichols, 2011). Szenzitív-paranoid attitűd jellemzi (Friedman és mtsai, 2015). Kutatásokban azt találták, hogy az emelkedett CYN pontszám összefüggésbe hozható a kokain- és heroinabúzzsal/dependenciával (Suh és mtsai, 2008; Young, 2008).

Antiszcziális (ASP): Az ASP skálán magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) az antiszcziális attitűdök és viselkedés széles skálájáról számol be, impulzív, agresszív, énközpontú (Butcher és mtsai, 2001, 2009). Anamnesztikusan törvénytelen cselekedetek, letartóztatások szerepelhetnek (Nichols, 2011). Társas kapcsolataiban manipulatív, cinikus, saját nehézségeiért, problémáiért másokat tesz felelőssé (Butcher és mtsai, 2001, 2009). Szembeszegül az autoritással, tekintélyszeméllyel (Nichols, 2011). Az ASP Tartalmi skála esetében különösen magas a pszichoaktív-szer-használat rizikója, ha az Antiszcziális viselkedés (ASP₂) Tartalmi komponens skála értéke is emelkedett (Butcher és mtsai, 2001, 2009; Friedman és mtsai, 2015; Lilienfeld, 1996). Magyar mintán a korai kezdetű (25 éves kor előtti) alkoholbetegek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az ASP₂ skálán, mint a kései kezdetű (25 éves kor utáni) problémás alkoholhasználók (Andó és mtsai, 2009).

SZEMÉLYISÉG-PSZICHOPATOLÓGIA-5 (PSY-5) SKÁLÁK

A PSY-5 skálákat azzal a céllal alkotta meg Harkness és McNulty (1994), hogy olyan konstruktumokat hozzanak létre, melyek a tartós, időben állandó személyiségjegyeket mérik, ezzel segítve annak a feltérképezését, hogy a páciens milyen módon tud, illetve hogy képes-e a viselkedésének, érzelmei szabályozásának módosítására a kezelés során (Butcher és Perry, 2008).

A kutatások a PSY-5 skálák közül a Gátolatlanság (DISC) skálát emelik ki, amely a legerősebb korrelációt mutatja a szerhasználattal (Andó és mtsai, 2009; Bryant és McNulty, 2017; Graham és mtsai, 1999; Harkness és McNulty, 2006; Petroskey, Ben-Porath és Stafford, 2003; Rouse és mtsai, 1999; Young, 2008). Ezenkívül emelkedett értéke lehet még alkohol- és drogabúzzsal/dependencia esetén az Agresszivitás (AGGR) (Andó és mtsai, 2009; Bryant és McNulty, 2017; Isaacs, 2010) és a Negatív emocionalitás/Neuroticizmus (NEGE) skálának (Bryant és McNulty, 2017; Harkness és McNulty, 2006; Petroskey és mtsai, 2003).

Gátolatlanság (DISC): A DISC skálán magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) általában impulzív, nehezen tud alkalmazkodni a szabályokhoz, előírásokhoz, lázadó magatartás jellemzi (Butcher és mtsai, 2001, 2009; Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011). Keresi azokat a helyzeteket, amelyekben új, akár veszélyes impulzusok érik, szükségleteit nem, vagy csak nehezen tudja késleltetni (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011). A hosszú távú célokat feláldozza a rövid



távú kielégülés érdekében, hedonista életvitel jellemzi (Nichols, 2011). Interperszonális kapcsolataiban sekélyes, habár kezdetben energikusnak és spontánnak tűnhet, közelebbről megismerve megbízhatatlan, vakmerő képet kelt (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011). Szerelmi kapcsolataiban olyan partnerhez vonzódik, aki hasonló, gátolatlan személyiségvonásokkal rendelkezik (Butcher és mtsai, 2001, 2009). Graham, Ben-Porath és McNulty (1999) ambuláns betegek körében végzett vizsgálatukban azt találták, hogy a magas DISC pontszám összefüggésbe hozható az alkohol-, kokain- és marihuánafogyasztással mind a férfiak, mind a nők esetében. Harkness és McNulty (2006) szerint a DISC az egyetlen olyan skála, mely hatással van a párválasztásra. Ez a személyiségvonásbeli egyezés a hosszú távú, stabil partnerkapcsolat kialakítását nagyban megnehezíti, illetve nehézséget okoz, hogy ez az egyezés súlyosbítja a partnerek alkohol- és/vagy drogproblémáit, ugyanis ha a párkapcsolaton belül nagy eltérés mutatkozik ebben, átmeneti növekedést eredményezhet annál a partnernél, aki kevésbé fogyaszt alkoholt és/vagy kábítószert.

Agresszivitás (AGGR): Az AGGR skálán magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) a céljai eléréséhez az instrumentális agresszió eszközeit használhatja (Harkness és McNulty, 2006). Az instrumentális agresszió kegyetlen, ellenséges, tervezett, szándékos, módszeres, valamint gyakran a dominanciaigény motiválja, ezzel szemben a reaktív agresszió a provokációra adott védekezés, mely egy sokkal inkább meggondolatlan, impulzív reakció (Friedman és mtsai, 2015; Harkness és McNulty, 2006; Nichols, 2011). Örömet leli mások megfélemlítésében (Butcher és mtsai, 2001, 2009; Harkness és McNulty, 2006), mások legyőzésében, megalázásában, továbbá abban, ha uralkodni tud mások felett (Friedman és mtsai, 2015). Az énkép grandiózus, felfúj, neheztelő, továbbá retteg attól, hogy valaki másnak az ellenőrzése, irányítása alá kerüljön. Hajlandó bosszúálló, akár szadista módon cselekedni annak érdekében, hogy elkerülje ezt (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011). Interperszonális kapcsolataiban mások irányítására, a másokon való uralkodásra törekszik, ennek eszközeként az erőszakos fenyegetést, félelem kiváltását használja (Friedman és mtsai, 2015; Harkness és McNulty, 2006).

Negatív emocionalitás / Neuroticizmus (NEGE): A NEGE skálán magas pontszámot elérő személy (T-értéke ≥ 65) tehetetlennek érzi magát, bizonytalan, határozatlan, szorongó (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011), hajlamos az aggodalomra, önkritikára (Butcher és mtsai, 2001, 2009; Harkness és McNulty, 2006). A külvilágból érkező információk közül a negatív részleteket emeli ki, a legrosszabb kimenetelt, forgatókönyvet vetíti előre (Harkness és McNulty, 2006). Társas kapcsolataiban dependens, passzív, gyakran megéli az elhagyatástól való félelmet, a kritikára túlérzékeny módon reagálhat (Friedman és mtsai, 2015; Nichols, 2011). Hajlamos azokat a helyzeteket elkerülni, amelyekben szorongást él át, ez ellehetetlenítheti a konstruktív, problémamegoldó viselkedést, és olyan szokásokat alakíthat ki, melyek rövid távon enyhítik a szorongását, ilyen lehet pl. az alkoholfogyasztás, dohányzás, altató- és nyugtatószer-abúzus (Harkness és McNulty, 2006).

Obszesszív-kompulzív spektrum

Bizonyos szemléletek szerint az addiktív jellegű zavarokat egy közös spektrum részeként lehet értelmezni, annak mentén, hogy a kompulzív (kockázatkerülő, biztonságkereső, veszélyek minimalizálására törekvő) vagy impulzív (kockázatkereső) tünetek dominálnak (Demetrovics, 2013; Farkas és Demetrovics, 2022). A fentebb ismertetett DISC skála segítségére lehet a szakembernek abban, hogy ezen spektrumszemléletben helyezze el a vizsgálati személyt (Friedman és mtsai, 2015). A magas DISC pontszám (T-érték ≥ 65), a spektrum impulzív oldalának irányába mutat, míg az alacsony DISC érték (T-érték ≤ 40) a kompulzív irányba. Alacsony DISC érték esetén a



személy visszafogott, merev, gátolt, magas önkontrollal, csökkent kockázatvállaló viselkedéssel, magas unalomtűréssel, szabálykövető magatartással, kényszeres tendenciákkal jellemezhető (Harkness és McNulty, 2006). Habár az MMPI-3-nak nincs magyar adaptációja, azonban az obszesszív-kompulzív spektrum esetében fontos megemlíteni az MMPI-3 Kompulzivitás (CMP) és Impulzivitás (IMP) Specifikus probléma skáláit is, melyek segíthetnek a szakembernek eldönteni, hogy a spektrum mely tünetei dominálnak (Brown és Sellbom, 2021; Delawalla, Lee és Keen, 2023).

KRITIKUS TÉTELEK

Az MMPI első megjelenését követően a tételek tartalma elsősorban mint választorzító tényező került az érdeklődés középpontjába, azonban az 1980-as évekre az MMPI klinikai és kutatásban való alkalmazásában az empirikus értelmezés mellett egyre nagyobb teret nyert a tartalmi értelmezés is (Ben-Porath, 2006). Koss és Butcher (1973) és Lachar és Wrobel (1979) a tételek tartalmát figyelembe véve racionális-empirikus módszerrel létrehozták a Kritikus tételek listáját. Koss és Butcher (1973) 67 tételes kritikustétel-listát állított össze, amelyet 6 tartalmi területre csoportosítottak, míg Lachar és Wrobel (1979) 111 tételes kritikus tétel listát dolgozott ki, amelyet végül 11 tartalmi területre osztottak. Az addiktológiai zavarok szempontjából releváns csoportok a Kritikus tételek közül az Alkoholizmusból adódó helyzeti stressz (7 tétel; Koss és Butcher, 1973) és a Szerhasználat (3 tétel; Lachar és Wrobel, 1979) csoport. A két csoport tételei a 2. táblázatban láthatók.

A Kritikus tételeket és azok csoportjait a Magyarországon hivatalosan elérhető OS Hungary Kft. (Jogutód: Giunti Psychometrics Hungary Kft.) által készített MMPI-2 kiértékelő szoftver automatikusan feltünteti az Összegző jelentésen, ezzel megkönnyítve a szakemberek munkáját. Ezen Kritikus tételek segítik a kiértékelést végző szakembert abban, hogy a mennyiségi értelmezésen túl (skálák T-értékei) minőségi értelmezést is tudjon készíteni a vizsgálati személy tételekre adott válaszai mentén.

2. táblázat. Addiktológiai zavarok esetében hasznos Kritikus tételek

Alkoholizmusból adódó helyzeti stressz (Koss és Butcher, 1973)	125. Azt hiszem, a családi életem ugyanolyan jó, mint a legtöbb ismerősömé. 264. Mértéktelenül fogyasztok szeszes italt. 487. Szeretek füves cigit szívni. 489. Drog- vagy alkoholproblémám van. 502. Van néhány valóban káros szokásom. 511. Hetente egyszer vagy többször valamilyen szer hatására feldobott vagy részeg leszek. 518. Nagyon sok csúnya hibát követtem el az életem során.
Szerhasználat (Lachar és Wrobel, 1979)	168. Voltak olyan időszakok, amikor úgy vittem végbe dolgokat, hogy később nem emlékeztem vissza rájuk. 264. Mértéktelenül fogyasztok szeszes italt. 429. Nem veszek be gyógyszert vagy altatót, kivéve, ha az orvos írja elő.



AZ MMPI-2 PSZICHOTERÁPIÁS ALKALMAZÁSÁNAK LEHETŐSÉGEI ADDIKTOLÓGIAI BETEGEK KÖRÉBEN

A különböző pszichodiagnosztikai tesztek a diagnózisalkotáson túl a terápiás terv elkészítésében is informatívak lehetnek, mivel az exploráció során szerzett benyomásokat megerősíthetik vagy épp megkérdőjelezhetik (Butcher és Perry, 2008), továbbá segíthetik az interjúban hasonló képet festő állapotok differenciálását, melyek mégis eltérő terápiás megközelítést kívánnak meg (Perry, Miller és Klump, 2006). Perry és munkatársai (2006) példaként említik azoknak a szerfüggő klienseknek a különbségét, ahol az egyéni és csoportterápia közti differenciálás felmerül. A Szociális introverzió (Si) és a Paranoia (Pa) Klinikai skálák emelkedett értékei esetén a csoportterápiában való működés nehezebb lehet azokhoz képest, akiknél a két skála értéke normál övezetbe esik. Emellett az MMPI-2 profil segítheti a terapeutát az olyan döntések meghozatalában, mint például a hospitalizáció szükségességének kérdése, vagy a gyakoribb ülésekkel vezetett, szorosabb terápiás kapcsolat kialakítása, de a terápiás módszer választásában is (például emelkedett K, Hy, D és Hs skálák esetén a belátásorientált terápiával szemben a kognitív viselkedésterápia javasolt).

Az exploráció során az addikció bizonyos esetekben vakfoltként kívül eshet a terapeuta kérdésein, illetve a kliens részéről a viselkedéssel kapcsolatos tagadás, bagatellizálás jöhet létre. Az ehhez hasonló esetekben a teszt kiegészítő információkat adhat. Emellett pedig bizonyos tesztek használata esetében, így az MMPI-2 esetében is olyan információkhoz juthatunk, melyek a terápiás viselkedést bejósolják, ezáltal a lehetséges terápiás elakadásokkal kapcsolatban éberebbek lehetünk (Butcher és Perry, 2008). Fontos azonban rizikóként megjegyezni, hogy ezek az információk a terapeutát tévútra is vihetik, olyan előfeltételezésekbe bocsájtkozhat, melyek a terápiás viselkedést, a terápiás kapcsolat alakulását befolyásolhatják.

A diagnosztikai folyamat második szakaszában a teszteredmények visszajelzése a páciens számára nagyobb önmegértést és problémabelátást eredményezhet (Butcher és Perry, 2008), továbbá a rapportépítést is támogathatja (Perry, Miller és Klump, 2006).

A későbbiek során a terápia folyamatával párhuzamosan mérhetővé válhat a haladás, illetve a terápia lezárásakor a tünetekben bekövetkező változás, mely lehetőséget azonban sok terapeuta nem alkalmazza a napi gyakorlatban. A pszichodiagnosztikai tesztek alkalmazásának előnyeit a 3. táblázatban foglaltuk össze.

A terápiás terv kidolgozását segítő MMPI-2 változók

Az addiktológiai zavarokkal küzdő személyek esetkonceptualizálása és a terápiás terv kidolgozása során a szakember nem támaszkodhat kizárólag a korábban bemutatott három addikció skálára, mivel ezek a skálák nem adnak elégséges információt olyan tényezőkről (személyes, szociális és pszichopatológiai sajátosságok), melyek a kezelésben való részvételt és a felépülést befolyásolják (Young és Weed, 2006).

Validitás skálák

Az MMPI-2 profil értékelésének első lépése a Validitási skálák eredményeinek áttekintése, melyek nem csak azzal kapcsolatban szolgálnak információkkal, hogy maga a teszt eredménye érvényes-e, hanem a terápia tervezésében is hasznos segítséget jelentenek, bár önállóan nem használhatóak a kliens motivációs állapotának felmérésére. Addiktológiai kliensek esetében gyakran látható, hogy



3. táblázat. A pszichodiagnosztikai tesztek alkalmazásának előnyei a terápia tervezésekor

Explorációt kiegészítő információforrás
Terápiás szempontú differenciáldiagnosztika
Terápiás hajlandóság felmérése, terápiás motiváció meghatározása
Terápiás keret, gyakoriság, módszer tervezése
Farmakoterápia esetében addikciós potenciál felmérése
Problématudat megítélése
Terápiás viselkedés bejósolása
Terápiás elakadások, acting-out viselkedés bejósolása
Önmegértés, problématudat kialakítása, támogatása
Rapport kialakításának támogatása
Esetkövetés, állapotváltozás követése
Terápiás eredményről való visszajelzés

a tényleges terápiás motiváció helyett a kezelésbe kerülés háttérében pszichoszociális problémák (pl. házassági konfliktus feloldása) vagy jogi problémák (pl. büntetés elkerülésének vagy enyhítésének szándéka) állnak, melyek felmérésében nagy segítséget nyújthat a Validitási skálák értékeinek vizsgálata (Young és Weed, 2006). A terápiás terv kialakítása során a konfigurációs adatok szolgálnak a legtöbb információval (Perry, Miller és Klump, 2006). Az egyes Validitási skálák eredményeiből olyan következtetéseket vonhatunk le, hogy a kliens a vizsgálattal és később a terápiával kapcsolatban milyen együttműködési hajlandósággal rendelkezik, problémái eredetét pszichés tényezőknek tulajdonítja-e, és szükségét látja-e a viselkedésváltozásnak, illetve képes-e problémáit és érzelmeit megosztani másokkal. Ezeket a 4. táblázatban szemléltettjük.

Klinikai, Tartalmi és Tartalmi komponens skálák

A kezelés szempontjából jelentős információval szolgálnak azok a skálák, amelyek a kliens szociális, személyes és pszichopatológiai sajátosságairól adnak információt. Olyan tényezőket vizsgálnak, amelyek bonyolíthatják vagy fenntarthatják a szerhasználatot, így akadályozva a felépülésre, leszokásra, absztinenciára tett kísérleteket (Young és Weed, 2006). Emellett számos skála értéke informatív lehet a páciens terápiás kapcsolatba való bevonhatóságát illetően is, és ahogy korábban említésre került, a megfelelő módszerválasztást is elősegítheti. Ezeket a tényezőket a következő kategóriákba sorolhatjuk: Affektív tényezők (pl. depresszió és a düh), Kognitív tényezők (pl. változásra való motiváció és a kognitív működési szint), Szociális tényezők

4. táblázat. A Validitási skálák értelmezési lehetőségei a terápiás terv kialakításában

Vizsgálattal való együttműködés	– Kihagyott tételek
	– VRIN – Variábilis válasz-inkonzisztencia skála
	– TRIN – Igaz válasz-inkonzisztencia skála
Pszichés problématudat	– F – Ritka válaszok (Validitási skála)
	– L – Hazugság (Validitási skála)
	– S – Túlzóan pozitív énbemutató (Validitási skála)
Érzelmei megosztásának hajlandósága	– K – Korrekció (Validitási skála)



(pl. társas támogatás, interperszonális kapcsolatok minősége) és Komorbid zavarok. Az alábbiakban Young és Weed (2006) ezen felosztását és a hozzájuk kapcsolható MMPI-2 skálákat ismertetjük, illetve az 5. táblázatban összefoglalva is feltüntetjük.

1. *Affektív változók.* A terápiás kimenetelt a depressziós tünetek befolyásolják (Gottheil, Thornton és Weinstein, 2002) és a magasabb depressziószint esetén jobb terápiás kimenetel várható az olyan strukturált terápiáknál, mint például a kognitív viselkedésterápia. Az addiktológiai zavarokkal leggyakrabban együtt járó komorbid pszichiátriai zavar a depresszió, mely mind a szerhasználati zavaroknál, mind a viselkedési függőségeknél

5. táblázat. Az addiktológiai betegek terápiás tervének kialakításában fontos információt nyújtó MMPI-2 skálák

Érzelmi tényezők	Depresszió, diszfória	– D – Depresszió (Klinikai skála) – DEP – Depresszió (Tartalmi skála) – LSE – Alacsony önértékelés (Tartalmi skála) – RCd – Kiábrándultság (Újrastrukturált klinikai skála) – RC2 – Kevés pozitív érzelem (Újrastrukturált klinikai skála)
	Düh és impulzuskontroll problémák	– Pd – Pszichopátia (Klinikai skála) – ANG – Düh (Tartalmi skála) – ASP – Antiszociális (Tartalmi skála) – TPA – A-típus (Tartalmi skála) – Ho – Ellenségeség (Kiegészítő skála)
Kognitív tényezők	Szer/gyógyszer kiváltotta major vagy enyhe neurokognitív zavar	– F – Ritka válaszok (Validitás skála) – Inkonzisztencia skálák (VRIN, TRIN) – Sc – Szkizofrénia (Klinikai skála)
	Kognitív rugalmatlanság, mentalizációs nehézségek	– L – Hazugság (Validitási skála) – Pa – Paranoia (Klinikai skála)
	Autisztikus gondolkodás	– Pa – Paranoia (Klinikai skála) – Sc – Szkizofrénia (Klinikai skála) – BIZ – Bizarr gondolkodás (Tartalmi skála) – PSY-5 skálák
	Reménytelenségérzés, a kezeléssel kapcsolatos negatív attitűd	– D – Depresszió (Klinikai skála) – DEP – Depresszió (Tartalmi skála) – LSE – Alacsony önértékelés (Tartalmi skála) – RC2 – Kevés pozitív érzelem (Újrastrukturált klinikai skála)
Szociális tényezők	Általános szociális készségek	– Si – Szociális introverzió (Klinikai skála) – SOD – Társas kényelmetlenség érzet (Tartalmi skála) – INTR – Introverzió/alacsony pozitív emocionalitás (PSY-5 skála)
	Bizalmatlanság, konfliktusos kapcsolatok	– Pa – Paranoia (Klinikai skála) – Pd – Pszichopátia (Klinikai skála) – CYN – Cinizmus (Tartalmi skála)
	Szociális háló, társas támogatottság	– FAM – Családi problémák (Tartalmi skála) – MDS – Házassági distressz (Kiegészítő skála)



megfigyelhető (Farkas és Demetrovics, 2022). Az MMPI-2 esetében a Depresszió Klinikai skála (D), a Depresszió (DEP) és az Alacsony Önértékelés (LSE) Tartalmi skála, valamint az Újrastrukturált klinikai skálák közül a Kiábrándultság (RCd) és a Kevés pozitív érzelem (RC2) skála értékei informatívak a tüneteket illetően.

A depresszión kívül a harag (Fuller és Allen, 2000; Kadden, Longabaugh és Wirtz, 2003; Mattson, Babor, Cooney és Connors, 1998), valamint az alacsony impulzuskontroll szintje befolyásolhatja a terápiás kimenetelt, melyek az addiktív zavaroknál gyakran fennállnak. A Pszichopátia (Pd) Klinikai skála, a Düh (ANG), az Antiszociális (ASP) és az A-típus (TPA) Tartalmi skálák, illetve az Ellenségeség (Ho) Kiegészítő skála szolgálnak információval a vizsgálati személy harag- és impulzuskontroll szintjével kapcsolatban. Ezen skálák mellett hasznos információkkal szolgálhat továbbá a Cinizmus (CYN) Tartalmi skála értéke, magas pontszám esetén a kliens várhatóan forrófejű, ellenséges, cinikus és vitatkozó (Butcher és Perry, 2008). A terápiás kapcsolat kialakításának nehézségei várhatóak ezen skálák emelkedett pontszámai esetében, de a csoportterápiás helyzetben is problémás viselkedést vetíthetnek előre.

2. *Kognitív változók.* A pszichoaktív szer-használattal gyakran együtt járó kognitív jellemzőkkel kapcsolatban is információkat nyerhetünk az MMPI-2 teszt használata során, mind a kognitív stílus, mind a kognitív kapacitás esetében, bár a szerhasználattal együtt járó kognitív változások és a neuropszichológiai állapot felmérésére vannak kifejezetten ezekre a kérdésekre kifejlesztett mérőeszközök. A kognitív zavarra érzékeny skálák az MMPI-2-ben például a Ritka válaszok (F) skála, az Inkonzisztencia skálák (VRIN, TRIN) és a Szkizofrénia (Sc) Klinikai skála. A Validitási skálák emelkedett értékei krónikus szerhasználati zavar esetén utalhatnak kognitív károsodásra (csökkent kognitív hatékonyság) vagy zavartságra, mely a józanság idején sem enyhül. A kezelés tervezése szempontjából fontos kognitív stílusokhoz és attitűdökhöz kapcsolódó MMPI-2 skálákat az 5. táblázatban foglaltuk össze.
3. *Szociális változók.* A felépülés tekintetében az interperszonális kapcsolatok és az azokban való működés felmérése kiemelten fontos, hiszen segíthetik vagy ronthatják a terápia eredményességét. Ezek a skálák informatívak lehetnek továbbá a mentális zavarral járó szociális károsodások kiterjedtségével és súlyosságával kapcsolatban is, és képet kaphatunk az esetlegesen fennálló rizikótényezőkről is. A legtöbb terápiás módozat során az interperszonális kapcsolatok jelenléte – vagyis a terápiás kapcsolat, és az egyéb személyközi kapcsolatok minősége – meghatározó elem, így érdemes felmérni azokat a tényezőket, amelyek befolyásolhatják ezeket.

Az MMPI-2 skálák közül a Szociális introverzió (Si) Klinikai skála és a Társas kényelmetlenség érzet (SOD) Tartalmi skála információkkal szolgálhat általánosan a kliens szociális orientációjával kapcsolatban, illetve a páciens terápiás térben megjelenő kapcsolatba való bevonódási készségéről és arról, hogy milyen mélységű érzelmi viszony kialakítására képes. A Pszichopátia (Pd), Paranoia (Pa) Klinikai skála és a Cinizmus (CYN) Tartalmi skála emelkedett értéke esetén cinizmus, bizalmatlanság vagy akár mindkettő jellemezheti a kliens viszonyulását a terápiás kapcsolatban. A Házassági distressz (MDS) Kiegészítő skála a házassági problémák tekintetében informatív, különösen olyan esetben, amikor az első interjú során ezek a témák nem merülnek fel a kliens részéről, emellett pedig a Családi problémák (FAM) Tartalmi skála értékei is figyelmet kívánnak a kapcsolatok minőségének értékelése szempontjából és a családterápia indikációjával kapcsolatban.



4. *Komorbid pszichopatológiai állapotok.* A kezelési terv kialakítása során gyakran jelent nehézséget a komorbid pszichiátriai állapotok fennállása, illetve a zavaros tüneti kép, melyben a függőség és más pszichiátriai zavarok tüneti átfedést mutatnak. A függőség súlyosságával általában a komorbid zavarok mértéke is együtt jár, és sok esetben nehéz megállapítani az ok-okozati viszonyt. A leggyakrabban együtt járó komorbid állapotok a hangulatzavarok (kiemelten a depresszió), a szorongásos zavarok (Szociális szorongás, Generalizált szorongás, PTSD), a személyiségzavarok (Antiszoális, Borderline, Narcisztikus, Elkerülő, Kényszeres és Paranoid személyiségzavar a leggyakoribbak), az evészavarok, valamint az ADHD (Farkas és Demetrovics, 2022). Az MMPI-2 teszt legnagyobb erőssége a különböző pszichopatológiai állapotokhoz kapcsolódó tünetek felmérése, mely a terápiás terv szempontjából kiemelt fontosságú. A pszichopatológiai tünetek, pszichiátriai zavarok vizsgálata túlmutat jelen tanulmány terjedelmén és célkitűzésén, az olvasónak az OS Hungary által kiadott magyar nyelvű kézikönyvet (Butcher és mtsai, 2001, 2009), továbbá angol nyelven David S. Nichols (2011) *Essentials of MMPI-2 Assessment* című könyvét ajánljuk.

ÖSSZEFOGLALÁS

Tanulmányunkban az MMPI-2 pszichodiagnosztikai teszt eredményeinek értelmezési lehetőségeit foglaltuk össze az addiktológiai zavarok, különös tekintettel az alkohol- és/vagy drogabúzus, illetve dependencia esetében. A hazai és nemzetközi empirikus kutatások eredményei alapján elmondható, hogy az MMPI-2 addikció skáláinak (MAC-R, AAS, APS) megbízhatósága és érvényessége megfelelő. A három skála kombinált használata és értelmezése mentén jól elkülöníthetők a szerhasználattal küzdők a pszichiátriai betegektől, illetve a normatív mintától. Az MMPI-2 Validitási skálái, Klinikai skálái, Újrastrukturált klinikai skálái, Tartalmi skálái és a PSY-5 skálái közül számos olyan skála emelhető ki az empirikus kutatások alapján, melyek az addiktív zavarok esetében segítségére lehetnek a szakembernek abban, hogy felmérje a beteg személyiségvonásait, pszichopatológiai tüneteit, melyek a szerhasználati probléma hátterében állhatnak, fenntarthatják azt, vagy akadályozhatják a felépülési kísérletet. Az MMPI-2 értelmezésének lépéseit, illetve a legfontosabb skálákat, csúcscódokat összefoglalva az 1. ábrán szemléltetjük.

Fontos továbbá kiemelnünk, hogy az MMPI-2 a terápia megtervezésében, a megfelelő terápiás módszer és intervenciók megválasztásában is hasznos információkkal szolgál, támpontot ad a beteg érzelmi, kognitív és szociális tényezőinek megértéséhez, melyek felmérése segíti a terápiás folyamatot.

IRODALOM

- Andó, B., Kurgyis, E., Rózsa, S., Honti, J., Demeter, I., Janka, Z., & Álmos, P. (2010). Az MMPI-2 klinikai főskáláinak bemutatása alkoholbetegek körében a kezelés első hetében. *Addiktológia*, 9(2), 125–133.
- Andó, B., Rózsa, S., Kurgyis, E., Domján, N., Nagy, D., Demeter, I., ... Álmos, P. (2009). Korai és kései kezdetű alkoholfüggők személyiségjellemzői. *Addiktológia*, 8(1), 4–5.
- Arbisi, P. A., Sellbom, M., & Ben-Porath, Y. S. (2008). Empirical correlates of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 90(2), 122–128.



- Banken, J. A., & Greene, R. L. (2009). Use of self-report measures in assessing alcohol and drug abuse. In J. N. Butcher (Ed.), *Oxford handbook of personality assessment* (pp. 527–541). Oxford: Oxford University Press.
- Ben-Porath, Y. S. (2006). Differentiating normal from abnormal personality with the MMPI-2. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 337–381). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Ben-Porath, Y. S., & Sherwood, N. E. (1993). *The MMPI-2 content component scales: Development, psychometric characteristics and clinical application*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2008). *MMPI-2 Restructured Form: Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen, A. (2020). *Minnesota Multiphasic Inventory-3 (MMPI-3): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Bloomington, MN: NCS Pearson Inc.
- Blackburn, M. J. (2021). *MMPI-2 personality characteristics Associated with adult methamphetamine dependence*. Doktori disszertáció. Fuller Theological Seminary.
- Brown, T. A., & Sellbom, M. (2021). Associations between MMPI-3 scale scores and the DSM-5 personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 77(12), 2943–2964.
- Bryant, W. T., & McNulty, J. L. (2017). Which domain of the PSY-5 is most relevant to substance use? *Journal of Personality Assessment*, 99(5), 524–533.
- Butcher, J. N., & Beutler, L. E. (2005). The MMPI-2. In L. E. Beutler, & G. Groth-Marnath (Eds.), *Integrative assessment of adult personality* (pp. 157–191). New York, NY: The Guilford Press.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota multiphasic personality inventory-2 (MMPI-2). Manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) Manual for administration, scoring, and interpretation. Revised edition*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2009). *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) Manual for administration, scoring, and interpretation. Revised edition*. (OS Hungary Tesztfelkészítő Kft. ford.) Budapest: OS Hungary Tesztfelkészítő Kft. (Eredeti útmutató publikálva 2001-ben).
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Williams, C. L., & Ben-Porath, Y. S. (1990). *Development and use of the MMPI-2 content scales*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Butcher, J. N., & Perry, J. N. (2008). *Personality assessment in treatment planning*. New York, NY: Oxford University Press.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., ... Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A (Minnesota multiphasic personality inventory-A). Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Clements, R., & Heintz, J. M. (2002). Diagnostic accuracy and factor structure of the AAS and APS scales of the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 79(3), 564–582.
- Craig, R. (2005). Assessing contemporary substance abusers with the MMPI Mac Andrews alcoholism scale: A review. *Substance Use & Misuse*, 40(4), 427–450.
- Craparo, G., Gori, A., Sareri, G. I., & Pace, U. (2015). Personality and clinical dimensions of pathological gamblers. A pilot study. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(4), 612–616.
- Delawalla, C. N., Lee, T. T., & Keen, M. A. (2023). The use of MMPI-3 scales to assess personality-based vulnerabilities for alcohol use and problems. *Psychological Assessment*, 35(8), 633–645.



- Demetrovics, Zs. (2013). *Viselkedési addikciók: Spektrumszemléletű kutatások*. Akadémiai doktori értekezés. Magyar Tudományos Akadémia.
- Drótos, G., Andó, B., Rózsa, S., Kurgyis, E., Demeter, I., Szikszay, P., ... Álmos, P. (2011). Új eszközök a szerhasználat mérésére: Az MMPI-2 függőségi skálái. *Psychiatria Hungarica, Suppl.* 26, 30.
- Duckworth, J. C., & Anderson, W. P. (2019). *MMPI and MMPI-2: Interpretation manual for counselors and clinicians*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Farkas, J., & Demetrovics, Zs (2022). Az addiktológiai betegek pszichoterápiájának közös kérdései. In A. Kiss, J. Farkas, & M. Kapitány-Fövény (Eds.), *Addiktológiai zavarok pszichoterápiája* (pp. 5–14). Budapest: Medicina Kiadó.
- Forbey, J. D., & Ben-Porath, Y. S. (2007). A comparison of the MMPI-2 restructured clinical (RC) and clinical scales in a substance abuse treatment sample. *Psychological Services, 4*(1), 46.
- Forbey, J. D., & Ben-Porath, Y. S. (2008). Empirical correlates of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales in a nonclinical setting. *Journal of Personality Assessment, 90*(2), 136–141.
- Friedman, A. F., Bolinsky, P. K., Levak, R. W., & Nichols, D. S. (2015). *Assessment with the MMPI-2/MMPI-2-RF*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Fuller, R. K., & Allen, J. P. (2000). Patient to treatment matching. In G. Zerning, A. Saria, M. Kurz, & S. S. O'Malley (Eds.), *Handbook of alcoholism* (pp. 363–368). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Girasek, H., Soós, A., Janicsák, H., Dudás, D., & Reinhardt, M. (2023). Változások és újítások a Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) pszichodiagnosztikai tesztben. *Magyar Pszichológiai Szemle, 78*(1), 135–156.
- Gottesman, I. I., & Prescott, C. A. (1989). Abuses of the MacAndrew MMPI alcoholism scale: A critical review. *Clinical Psychology Review, 9*(2), 223–242.
- Gottheil, E., Thornton, C., & Weinstein, S. (2022). Effectiveness of high versus low structure individual counseling for substance abuse. *American Journal on Addiction, 11*(4), 279–290.
- Graham, J. R. (1993). *MMPI-2: Assessing Personality and psychopathology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Graham, J. R. (2000). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. L. (1999). *MMPI-2 correlates for outpatient community mental health settings*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Graham, J. R., & Strenger, V. E. (1988). MMPI characteristics of alcoholics: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(2), 197–205.
- Green, B. A., Handel, R. W., & Archer, R. P. (2006). External correlates of the MMPI-2 Content Component Scales in mental health inpatients. *Assessment, 13*(1), 80–97.
- Greene, R. L. (1994). Relationships among MMPI codetype, gender, and setting and the MacAndrew Alcoholism scale. *Assessment, 1*(1), 39–46.
- Greene, R. L. (2011). *The MMPI-2/MMPI-2-RF: An interpretive manual* (3rd ed.). New York, NY: Pearson Education.
- Greene, R. L., Weed, N. C., Butcher, J. N., Arredondo, R., & Davis, H. G. (1992). A cross-validation of MMPI-2 substance abuse scales. *Journal of Personality Assessment, 58*(2), 405–410.
- Groth-Marnat, G., & Wright, A. J. (2016). *Handbook of psychological assessment* (6th ed.). New Jersey, NY: Wiley & Sons.
- Handel, R. W., & Archer, R. P. (2008). An investigation of the psychometric properties of the MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales with mental health inpatients. *Journal of Personality Assessment, 90*(3), 239–249.



- Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (1994). The Personality Psychopathology Five (PSY-5): Issues from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In S. Strack, & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 291-315). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Harkness, A. R., & McNulty, J. L. (2006). An overview of personality: The MMPI-2 personality psychopathology five (PSY-5) scales. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide* (pp. 73-97). Washington, DC: American Psychological Association.
- Isaacs, R. E. (2010). *Substance use and its relationship to genetics, personality, and the stress response*. Doktori disszertáció. University of Tulsa.
- Isenhardt, C. E., & Silversmith, D. J. (1997). MMPI-2 responsestyles: Generalization to alcoholism assessment. In G. A. Marlatt, & G. R. VandenBos (Eds.), *Addictive behaviors* (pp. 340-354). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kadden, R. M., Longabaugh, R., & Wirtz, P. W. (2003). The matching hypothesis: Rationale and predictions. In T. Babor, & F. K. DelBoca (Eds.), *Treatment matching in alcoholism* (pp. 81-102). New York: Cambridge University Press.
- Kofoed, L., Morgan, T. J., Buchkoski, J., & Carr, R. (1997). Dissociative experiences scale and MMPI-2 scores in video poker gamblers, other gamblers, and alcoholic controls. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(1), 58-60.
- Koss, M. P., & Butcher, J. N. (1973). A comparison of psychiatric patients' self-report with other sources of clinical information. *Journal of Research in Personality*, 7(3), 225-236.
- Kranitz, L. (1972). Alcoholics, heroin addicts and nonaddicts: Comparisons on the MacAndrew Alcoholism scale of the MMPI. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33(3-A), 807-809.
- Lachar, D., Berman, W., Grisell, J. L., & Schoof, K. (1976). The MacAndrew Alcoholism scale as a general measure of substance abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 37(11), 1609-1615.
- Lachar, D., & Wrobel, T. A. (1979). Validating clinicians' hunches: Construction of a new MMPI critical item set. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 277.
- Legan, L., & Craig, R. J. (1996). Correspondence of MMPI and MMPI-2 with chemically dependent patients. *Journal of Clinical Psychology*, 52(5), 589-597.
- Levak, R. W., Nichols, D. S., Siegel, L., & Stolberg, R. (2011). *Therapeutic feedback with the MMPI-2: A positive psychology approach*. New York, NY: Routledge.
- Levenson, M. R., Aldwin, C. M., Butcher, J. N., De Labry, L., Workman-Daniels, K., & Bosse, R. (1990). The MAC scale in a normal population: The meaning of "false positives". *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 457-462.
- Lilienfeld, S. O. (1996). The MMPI-2 antisocial practices content scale: Construct validity and comparison with the psychopathic deviate scale. *Psychological Assessment*, 8(3), 281.
- MacAndrew, C. (1965). The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Journal of Studies on Alcohol*, 26(2), 238-246.
- MacAndrew, C. (1981). What the MAC scale tells us about men alcoholics. An interpretive review. *Journal of Studies on Alcohol*, 42(7), 604-625.
- Mattson, M. E., Babor, T., Cooney, T., & Conners, G. (1998). Matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of Mental Health*, 7(6), 589-602.
- Myrseth, H., Pallesen, S., Molde, H., Havik, O. E., & Notelaers, G. (2016). Psychopathology and personality characteristics in pathological gamblers: Identifying subgroups of gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 32, 68-88.
- Nichols, D. S. (2011). *Essentials of MMPI-2 assessment*. New Jersey, NY: John Wiley & Sons.



- Perry, J. N., Miller, K. B., & Klump, K. (2006). Treatment planning with the MMPI-2. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2 A practitioner guide* (pp. 143–164). Washington: American Psychological Association.
- Petroskey, L. J., Ben-Porath, Y. S., & Stafford, K. P. (2003). Correlates of the Minnesota multiphasic personality inventory-2 (MMPI-2) personality psychopathology five (PSY-5) scales in a forensic assessment setting. *Assessment*, 10(4), 393–399.
- Pfund, R. A., Whelan, J. P., Greenburg, J. E., Peter, S. C., Wilson, K. K., & Meyers, A. W. (2017). Psychological distress as an indicator of co-occurring psychopathology among treatment-seeking disordered gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 33, 907–918.
- Polimeni, A. M., Moore, S. M., & Gruenert, S. (2010). MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. *E-Journal of Applied Psychology*, 6(1), 1–9.
- Rhodes, R. J., & Chang, A. F. (1978). A further look at the Institutionalized Chronic Alcoholic scale. *Journal of Clinical Psychology*, 34(3), 779–780.
- Rouse, S. V., Butcher, J. N., & Miller, K. B. (1999). Assessment of substance abuse in psychotherapy clients: The effectiveness of the MMPI-2 substance abuse scales. *Psychological Assessment*, 11(1), 101–107.
- Rózsa, S. (2009). Mérőeszközök és mérési stratégiák az addiktológiában. In Demetrovics Zs. (Ed.), *Az addiktológia alapjai II* (pp. 229–289). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Schwartz, M. R., & Graham, J. R. (1979). Construct validity of the MacAndrew Alcoholism scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(6), 1090–1095.
- Stein, L. A. R., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., & McNulty, J. L. (1999). Using the MMPI-2 to detect substance abuse in an outpatient mental health setting. *Psychological Assessment*, 11(1), 94–100.
- Suh, J. J., Ruffins, S., Robins, C. E., Albanese, M. J., & Khantzian, E. J. (2008). Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518.
- Suljagić, N. Z. (2017). Psychological profile of heroin addicts. *Drustvene Devijacije*, 2(2), 496–509.
- Sutker, P. B., Archer, R. P., Brantley, P. J., & Kilpatrick, D. G. (1979). Alcoholics and opiate addicts: Comparison of personality characteristics. *Journal of Studies on Alcohol*, 40(7), 635–644.
- Svanum, S., & Ehrmann, L. C. (1992). Alcoholic subtypes and the MacAndrew alcoholism scale. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 411–422.
- Tarter, R. E., McBride, H., Buonpane, N., & Schneider, D. U. (1978). Differentiation of alcoholics: Childhood history of minimal brain dysfunction, family history, and drinking pattern. *Archives of General Psychiatry*, 34(7), 761–768.
- Tellegen, A., & Ben-Porath, Y. S. (2008). *MMPI-2-RF technical manual*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., & Kaemmer, B. (2003). *The MMPI-2 restructured clinical scales: Development, validation, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., & Kaemmer, B. (2009). *The MMPI-2 restructured clinical scales: Development, validation, and interpretation*. (OS Hungary Tesztfelkészítő Kft. ford.) Budapest: OS Hungary Tesztfelkészítő Kft.. (Eredeti útmutató publikálva 2003-ban).
- Tran, G. Q., Bux, D. A., Haug, N. A., Stitzer, M. L., & Svikis, D. S. (2001). MMPI-2 typology of pregnant drug-dependent women in treatment. *Psychological Assessment*, 13(3), 336–346.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2004). *Klinikai pszichológia. Elmélet, módszertan és hivatás*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Ward, L. C., & Jackson, D. B. (1990). A comparison of primary alcoholics, secondary alcoholics, and nonalcoholic psychiatric patients on the MacAndrew Alcoholism scale. *Journal of Personality Assessment*, 54(3–4), 729–735.



- 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(2), 389–404.
- Weiner, I. B., & Greene, R. L. (2017). *Handbook of personality assessment*. New Jersey, NY: John Wiley & Sons.
- Wong, J. L., & Bessett, T. M. (1999). Sex differences on the MMPI-2 substance abuse scales in psychiatric inpatients. *Psychological Reports*, 84(2), 582–584.
- Young, K. R. (2008). *Concurrent validity of the MMPI-2 substance abuse scales using physiological drug detection methods*. Doktori disszertáció. Central Michigan University.
- Young, K. R., & Weed, N. C. (2006). Assessing alcohol-and drug-abusing clients with the MMPI-2. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI-2: A practitioner's guide* (pp. 361–380). Washington, DC: American Psychological Association.

Interpretation and application of the MMPI-2 in addictive disorders

Hunor Girasek, Aishah Batal Brigitta, Alexandra Soós and Anna Kiss

Introduction: The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) psychodiagnostic test has a number of scales, including three addiction scales, that can provide useful information in the diagnostic process and treatment planning of addictive disorders. **Objective:** The aim of this study is to present the MMPI-2 scales and code-types that are relevant for the assessment of personality traits in patients with substance use disorders, and for the treatment planning. In the first part of our literature review, we briefly describe the differences between MMPI and MMPI-2, the characteristics of administering the MMPI-2 with addiction patients, and at last the MMPI-2 addiction scales and the scales that research suggests provide an important interpretative framework for these patients. In the second half of our study, we describe the implications of the MMPI-2 for psychotherapeutic use in addiction patients. **Findings:** The findings of national and international research highlight that the MMPI-2 addiction scales (MAC-R, AAS, APS), Clinical scales (Pd, Sc, Ma), Restructured clinical scales (RCd, RC1, RC4, RC9), Content scales (ANG, CYN, ASP), PSY-5 Scales (AGGR, DISC, NEGE), and the code-types identified by Clinical scales contribute to the assessment of the severity of addiction and to the identification of personality traits (e.g. impulsivity, mood instability, anxiety, sensation-seeking) that are clearly associated with addictive disorders. with particular regard to substance use disorders. Furthermore, international literature highlights that the MMPI-2 provides valuable information for the psychotherapeutic conceptualization of patients with substance use problems, as it provides interpretative support for the emotional, cognitive and social factors of the person and their psychopathological symptoms. **Conclusion:** The results of the MMPI-2 can provide important diagnostic clues for addiction patients, help to explore the patient's personality traits, characteristics, complaints, psychopathological symptoms, and provide useful information for the development of an effective treatment plan and therapeutic interventions.

KEYWORDS

MMPI-2, psychodiagnostics, addictive disorders, personality traits

Open Access nyilatkozat. A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

