

# Alkoholhasználat zavar: felismerés, diagnózis és utánkövetés

BAGI OTÍLIA<sup>1</sup>, FARKAS FANNI FRUZSINA<sup>1</sup>, GAJDICS JANKA<sup>1</sup>, PRIBÉK ILDIKÓ KATALIN<sup>1#</sup>,  
LÁZÁR BENCE ANDRÁS<sup>1#</sup>

<sup>1</sup> Addiktológiai Kutatócsoport, Pszichiátriai Klinika, Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar,  
Szegedi Tudományegyetem, Szeged

# A szerzők hozzájárulása egyenértékű volt.

**Célkitűzés:** Az alkoholhasználat zavar (AHZ) klinikai vizsgálatához elengedhetetlenek az olyan mérőeszközök, amelyek segítenek annak felismerésében, a betegség súlyosságának meghatározásában, valamint a potenciális szövődmények azonosítását követően a sóvárgás és a visszaesés felmérésében. Jelenleg hazánkban nem állnak rendelkezésre olyan validált mérőeszközök, melyek az AHZ súlyosságának szintjét, az alkohol utáni sóvárgás mértékét és a relapszus kockázatának mértékét számszerűsíthetővé tennék vagy a komplikált alkohol okozta megvonási szindróma (k-AMSZ) korai felismerését segítenék. A jelen vizsgálat a nemzetközi és hazai protokollok által is javasolt Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív (AFSK), a Penn Alkohol Sóvárgás Skála (PASS), a Multidimenzionális Alkohol Sóvárgás Skála (MASS), az Alkohol Relapszus Kockázati Skála (ARKS) és az Alkoholmegvonás Súlyosságát Előrejelző Skála (ASES) hazai változatainak pszichometriai mutatóit és a mérőeszközök alkalmazási lehetőségeit mutatja be. **Módszer:** A vizsgálat a Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinikájára alkohol okozta dependencia, alkohol okozta megvonási szindróma és alkohol okozta megvonási szindróma delíriummal iránydiagnózissal hospitalizált páciensek (n = 44) körében zajlott. A felsorolt kérdőívek mellett felvételre került az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT) és a Vizuális Analóg Skála (VAS). Belső konzisztencia mutatók (Cronbach-alfa, tétel-totál korreláció) és konvergens validitási mutatók (Spearman korrelációk) kerültek kiszámításra, Mann-Whitney próbát alkalmaztunk az ARKS összpontszám esetében a visszaesés különbségeinek felmérésére, és független mintás-t próbát az ASES összpontszám vonatkozásában a komplikált-nem komplikált megvonás különbségeinek feltárására. Ezen felül mindkét skála esetében binomiális logisztikus regressziót végeztünk, mely segítségével azt elemeztük, hogy az összpontszámok megfelelő előrejelzői-e a k-AMSZ-nak és a relapszusnak. **Eredmények:** A Cronbach-alfa értékek 0,875 és 0,948 között mozogtak, a konvergens validitási mutatók pedig 0,537 és 0,760 között helyezkedtek el. Az ARKS esetében szignifikánsan magasabb összpontszámot értek el azon személyek, akik visszaestek 3 hónapon belül, valamint az ASES vonatkozásában szignifikánsan magasabb összpontszám volt kimutatható a komplikált megvonást tapasztaló pácienseknél. Az ARKS és ASES összpontszámok megfelelő előrejelzői a relapszusnak és a komplikált megvonási szindrómának. **Következtetések:** Eredményeink alapján a felsorolt kérdőívek megbízható és érvényes mérőeszközök, melyek hazai betegellátásba való bevezetése az AHZ korszerű vizsgálatát és ellátását teszik lehetővé.

(*Neuropsychopharmacol Hung 2025; 27(2): 73–87*)

**Kulcsszavak:** alkohol, pszichometria, megvonási szindróma, sóvárgás, relapszus

## BEVEZETÉS

Az alkoholhasználat zavar (AHZ) az egyik leggyakoribb szerhasználat zavarnak tekinthető világszerte, mely szignifikáns klinikai jelentőséggel bír (GBD, 2016; WHO, 2018). Az AHZ prevalenciája Európában 3,7%, négyszer nagyobb esetben fordul elő férfiak esetében, mint nőknél, mely tendencia az elmúlt években csökkenést mutatott. Hazánkban az Egészségügyi Világszervezet jelentése alapján közel 1 millió lakos, a népesség 10%-a küzd AHZ-val (WHO, 2018). Az AHZ-val élő betegek általánosságban későn kapnak diagnózist, így már a kezdeti szakaszban olyan szövődmények kialakulásával is számolni kell, melyek potenciálisan életet veszélyeztetőek.

A belszervi és ideggyógyászati szövődmények mellett, a páciensek közel 50%-nál az alkoholfogyasztás csökkentése vagy elhagyása esetében betegségfolyásuk során alkohol megvonási szindróma (AMSZ) alakul ki, mely egy olyan összetett neuropszichiátriai kórkép, mely az esetek nagy százalékában fekvő betegosztályos kezelést igényel (Maldonado et al., 2014; Kádár et al., 2023, 2024). Az AMSZ az esetek 80%-ban ún. nem-komplikált, míg 20%-ban komplikált. Komplikált alkohol megvonási szindrómának (k-AMSZ) tekinthető, ha megvonásos konvulzív rosszullét (mKR) és/vagy delírium tremens (DT) alakul ki (Kádár et al., 2023, 2024). Az mKR potenciálisan életet veszélyeztető szövődmények, mint például a status epilepticus kialakulásához vezethet, míg a DT esetében a mortalitás az optimális terápia mellett is 5% (Kádár et al., 2023, 2024). Ily módon a k-AMSZ korai felismerése kulcsfontosságú. A megvonási szindróma felismerésében és kezelése során a betegellátási gyakorlatban rendelkezése áll az Alkohol Megvonási Skála (Lázár et al., 2019; Pribék et al., 2021; Sullivan et al., 1989), míg a k-AMSZ rizikójának felismerésében segítségünkre lehet a hazánkban még nem validált Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS).

Az AHZ az agy neuronális hálózatainak egy olyan elsődleges krónikus megbetegedése, mely sajátos biológiai, pszichológiai és szociális jellegzetességek kialakulásához vezet, melyek fennállása esetén az egyén kórosan törekszik a jutalomra és/vagy megkönnyebbülésre. Ez a jutalomfüggőség sóvárgással és rendszeres visszaesésekkel jár.

A letális kimenetelű szövődmények megelőzése mellett kulcsfontosságú az AHZ mihamarabbi felismerése, pontos és részletes diagnózisa, a sóvárgás mértékének detektálása, továbbá a relapszus kockázatának megismerése. Ezen folyamatokban a nemzetközi irányelvek és szakirodalmak olyan standardizált, objektív

pszichodiagnosztikai eszközöket, tünetbecslő skálákat ajánlanak, melyek hazánkban még nem elérhetőek. Mindezek ellenére idén tavasszal a Belügyminisztérium közre adta a 002287 kódszámú, „Az alkohol által okozott mentális zavarokról” c. szakmai irányelvet, mely az ellátási folyamat során javasolja a későbbiekben részletezett és a jelen munkában validálásra került eszközöket.

Az AHZ vizsgálatára különböző, világszerte elterjedt szűrőeszközök állnak rendelkezésre, melyek segítik a kockázatos alkoholfogyasztás felismerését és diagnosztizálását. A mindössze négy kérdést tartalmazó CAGE kérdőív (Ewing, 1984) az AHZ múltbeli kimutatására alkalmazható, rövid önkitöltős eszköz. A régóta széleskörben alkalmazott Michigan Alkoholizmusszűrő Kérdőív (MAST; Selzer, 1971) 25 kérdéssel, strukturált interjú keretében segít kimutatni a problémás alkoholfogyasztást. Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT; Saunders et al., 1993) pedig már a korai, kockázatos alkoholfogyasztási mintázatjeleit is kimutatja. Bár ezen kérdőívek mindegyike nagy mértékben hozzájárul az AHZ diagnosztizálásához, azonban egyik sem ad részletes és pontos információt annak súlyosságáról. A nemzetközi és hazai irányelvek által javasolt Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SAD-Q) kifejezetten az alkoholbetegség súlyosságát segíti meghatározni, így nagyban hozzájárul a diagnózis felállításához és a lehetséges kezelési opciók meghatározásához (Sharpe, 2001; Akyel et al., 2018; Szemelyácz et al., 2024; National Institute for Health and Care Excellence, 2019). A Stockwell és munkatársai (1979) által fejlesztett kérdőív magas teszt-reteszt reliabilitással rendelkezik (0,85), valamint számos nyelven is validált eszköz (Akyel et al., 2018; Meehan et al., 1985).

Tekintettel arra, hogy a sóvárgás a relapszus jelentős előrejelzője, és nagy hatással van a kezelés kimenetére (Ogai et al., 2009), az alkoholsóvárgás szintjének mérése a betegek utánkövetése során kulcsfontosságú tényező az AHZ kezelésében. A sóvárgás mérésére a hazai irányelv (Szemelyácz et al., 2024) a Penn Alcohol Craving Scale-t (PACS; Flannery et al., 1999) és a Multidimensional Alcohol Craving Scale-t (MACS; Guardia Serecigni et al., 2004) ajánlja. Az 5 tételből álló Penn Alcohol Craving Scale-t már számos nyelvre lefordították, mely vizsgálatok alátámasztották a mérőeszköz magas érvényességét és megbízhatóságát (Kim et al., 2008; Chodkiewicz et al., 2018; Ko et al., 2024). A 12 tételt tartalmazó Multidimensional Alcohol Craving Scale reliabilitását pedig spanyol mintán erősítették

meg. Mindkét skála előnye közé tartozik, hogy 5 percnél rövidebb idő alatt fel lehet venni, valamint fekvő- és járóbeteg ellátásban való használatra egyaránt alkalmas. A mérőeszközök használata segíthet bejósolni a visszaesés valószínűségét és az AHZ mértékének is jó mutatói lehetnek (Ko et al., 2024; Robles-Martínez et al., 2018).

Az AHZ-val kezelt betegek magas rövidtávú remisziós aránya miatt a visszaesés részletes vizsgálata és megismerése az utánkövetés során kiemelten fontos az absztinencia elérése érdekében. Az Alcohol Relapse Risk Scale (ARRS; Ogai et al., 2009) egy olyan kérdőív, mely a relapszus különböző aspektusainak (pl. pozitív és negatív elvárások az alkoholfogyasztással szemben) felmérésére szolgál. Az Ogai és munkatársai (2009) által végzett vizsgálat alapján elmondható, hogy a kérdőív szignifikánsan korrelál a jelenlegi és a vizsgálat előtti 2 hétben érzett sóvárgással, valamint a vizsgálat utáni 1 hónapon belüli relapszus arányával.

Összefoglalva kiemelendő, hogy az AHZ felismerése, súlyosságának megállapítása és utánkövetése kiemelten fontos, mely hosszútávon segítheti a potenciális relapszusok megelőzését. Azonban jelenleg nem állnak rendelkezésre olyan hazai mintán validált mérőeszközök, amelyek segítik az AHZ súlyosságának és az AMSZ kialakulási kockázatának felmérését, a sóvárgás vizsgálatát, valamint a relapszus kockázatának becslését. Ehhez kapcsolódóan a hazai gyakorlatban is szükségessé vált a felsorolt mérőeszközök validálása, majd a későbbiekben a klinikai bevezetése (Szemelyácz et al., 2024). Ennek következtében a jelen kutatásunk alapvető célját a SAD-Q, PAWSS, PACS, MACS és ARRS kérdőívek validálása, valamint pszichometriai mutatóinak elemzése képezte.

## MÓDSZEREK

Az Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív (AFS-K; Severity of Alcohol Dependence- SAD-Q) (1. melléklet) segítségével meghatározható az alkoholfüggőség szintje az AHZ-val diagnosztizált betegek esetében. Önkitöltős kérdőív, mely összesen 20 kérdést és 5 alskálát tartalmaz melyek a következők: a megvonás testi tünetei, a megvonás érzelmi tünetei, megvonást csökkentő ivás, az alkoholfogyasztás gyakorisága és mennyisége, a megvonási tünetek megjelenésének gyakorisága. A mérőeszköz az elmúlt 6 hónap során megjelenő súlyosabb alkoholfogyasztást vizsgálja, maximum 60 pont szerezhető, 16 és 30 pont között mérsékelt alkoholdependenciát jelez, 31 vagy magasabb pontszám súlyos alkoholhasználatra utal (Stockwell et al., 1979).

A Multidimenzionális Alkohol Sóvárgás Skála (MASS; Multidimensional Alcohol Craving Scale - MACS) (2. melléklet) 12 itemből álló, önkitöltős mérőeszköz, mely az alkoholsóvárgás mértékét segít meghatározni. Az alkoholfogyasztás utáni sóvárgást 10 kérdés méri, valamint 2 fordított tétel (4, 12) az alkoholfogyasztó magatartás legátlásának a képességét vizsgálja. Minden kérdés egy 5 fokozatú Likert-skálán értékelhető. Enyhe sóvárgást 16 pontig jelez a teszt, 16 és 40 pont közötti övezetben mérsékelt sóvárgás van jelen, 40 pont felett a sóvárgás mértéke súlyosnak tekinthető (Guardia Serecigni et al., 2004).

A Penn Alkohol Sóvárgás Skála (PASS; Penn Alcohol Craving Scale- PACS) (3. melléklet) egy széles körben használt önbevállás alapú kérdőív, mely 5 kérdésből áll és a sóvárgás mérésére szolgál. A skála az alkoholsóvárgás gyakoriságának, intenzitásának és időtartamának különböző szintjeit és a kísértés legátlásának képességét vizsgálja, valamint az utolsó kérdés az elmúlt hétre vonatkozóan a sóvárgás általános szintjét méri. Klinikailag szignifikáns mértékű alkohol sóvárgást  $\geq 15$  jelez (Flannery et al., 1999).

Az Alkohol Relapszus Kockázati Skála (ARKS; Alcohol Relapse Risk Scale- ARRS) (4. melléklet) egy 32 tételt tartalmazó önkitöltős eszköz, mely a visszaesés rizikóját segít megbecsülni. A kérdőív 5+1 alskálából áll, melyek a következők: kényszeresség az alkohol irányába, negatív feltételezések az alkoholfogyasztással kapcsolatban, egyértelmű alkoholfogyasztási szándék, pozitív feltételezések az alkoholfogyasztással kapcsolatban és érzelmi problémák. Az utolsó alskála 5 kiegészítő kérdést tartalmaz, melyek a páciens betegségbelátását vizsgálják (Ogai et al., 2009).

Az Alkoholmegvonás Súlyosságát Előrejelző Skála (ASES; Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale-PAWSS) (5. melléklet) alkalmas eszköz a k-AMSZ magas kockázatának bejósolására. A kérdőív segítségével még a tünetek kialakulása előtt meghatározható, hogy az adott páciensnél mekkora a súlyos AMSZ kialakulásának valószínűsége, így lehetővé téve a megfelelő beavatkozás korai megkezdését. Maldonado és mtsai. (2014) eredményei alapján a 4 vagy magasabb pontszám indikálja a komplikált megvonást (Maldonado et al., 2015).

## Fordítási folyamat, látszatérvényesség

Mindegyik mérőeszköz esetében a magyar verziók kialakítása a „visszafordítós” módszerrel történt, mely során először mindegyik tesztet angolról magyarra fordított a kutatócsoportunk, majd magyarról ismételt angol nyelvre történt a mérőeszközök for-

dítása. A fordítási folyamat után kialakult verziókat a látszattervényesség tekintetében egy szakértői csoport megvizsgálta, melyet követően konszenzus született a tesztek tételeire vonatkozóan. A kutatócsoportunk által jóváhagyott minden kérdőívnek az empirikus vizsgálata történt meg a jelen kutatás keretei között.

A fordításokat az alábbi személyek végezték: Az AFS-K kérdőívet Kiss Zs. fordította (Perczel-Forintos et al., 2005). A MASS és ARKS kérdőíveket Lázár B. A., Gajdics J. és Pribék I. K. fordították. A PASS-t Gubucz-Pálfalvi Sejla, Gajdics Janka, Pribék Ildikó Katalin, Lázár Bence András, és Danis Ildikó. Valamint az ASES-t Kádár Bettina Kata, Lázár Bence András és Gajdics Janka fordították le magyar nyelvre.

### ***A résztvevők és a vizsgálat menete***

Vizsgálatunk során a Szegedi Tudományegyetem Szent- Györgyi Albert Klinikai Központja Pszichiátriai Klinikáján alkohol okozta dependencia (F1020), alkohol okozta megvonási szindróma (F1030) és alkohol okozta megvonási szindróma delíriummal (F1040) iránydiagnózissal felvett 18 és 70 év közötti fekvőbeteg páciensek (n = 44) kerültek bevonásra. Minden esetben kizáró kritérium volt, ha a páciens klinikailag jelentős szomatikus és/vagy neurológiai rendellenességben szenvedett, valamint, ha egyéb klinikailag jelentős pszichiátriai társbetegséggel rendelkezett. Minden résztvevő a tesztfelvételt megelőzően informált beleegyezését adta, önkéntesen vett részt a kutatásban. A tesztcsomag kitöltése strukturált interjú formájában és önkitöltős módszerrel zajlott, összesen 30-40 percet vett igénybe. A bemutatott eredmények egy nagyobb vizsgálat részét képezik. A kutatást a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központjának Regionális Humán Orvosbiológiai Kutatás-Értékelési Bizottsága szakmai-etikai szempontból jóváhagyta (ETIKA SZÁM: 81/2022-SZTE RKEB).

### ***Mérőeszközök, háttérváltozók***

#### ***Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT)***

Az AUDIT egy széles körben elterjedt kérdőív, mely az AHZ súlyosságát segít felmérni. Rövid, mindössze 10 kérést tartalmaz, melyek az alkoholbevitel mennyiségét, gyakoriságát mérik, valamint tipikus alkoholfogyasztási mintázatokat és az alkohollal való visszaélés okozta problémákat vizsgálja. A kérdőív 8 pont felett kockázatos alkoholfogyasztást mutat (Saunders et al., 1993).

#### ***Vizuális Analóg Skála (VAS)***

A VAS egy változatosan alkalmazható eszköz, mely jelen vizsgálat kereteiben a sóvárgás aktuális mértékének meghatározására szolgált. A mérőeszközt egy 100 milliméteres egyenes vonal alkotja, a két végén a 0 („egyáltalán nem szeretnék alkoholt fogyasztani”) és a 100 („teljes mértékben alkoholt szeretnék fogyasztani”) pontszámok segítik a könnyebb megértést. A résztvevők egy egyenes vonallal jelölték a skálán az aktuális sóvárgásuk mértékét.

### ***Statisztikai elemzések***

Az AFS-K, MASS, PASS és ARKS kérdőívek esetében pszichometriai analízisek keretében reliabilitási és validitási mutatókat számoltunk. A belső konzisztencia vizsgálatára Cronbach-alfa értékeket azonosítottunk, valamint a részletesebb reliabilitási elemzések érdekében Cronbach-alfa értékeket számoltunk az adott tétel törlése esetében, ezenfelül tétel-totál korrelációs mutatókat is számoltunk. A konvergencia validitás vizsgálata érdekében Spearman-féle korrelációs számításokat végeztünk, az AFS-K estében az AUDIT kérdőívvel, míg a MASS, PASS és ARKS skálák a VAS mérőeszközzel kerültek összevetésre, valamint a MASS és PASS kérdőívek között is megvizsgáltuk a kapcsolatot.

Az ARKS mérőeszköz esetében Mann-Whitney próbát alkalmaztunk annak érdekében, hogy feltárjuk a visszaesés vonatkozásában az összpontszámok különbségeit, míg az ASES kérdőív esetében pedig független mintás t-próbát használtunk a komplikált megvonás vonatkozásában az összpontszámok különbségeinek vizsgálatára. Ezen felül mindkét skála esetében binomiális logisztikus regressziót végeztünk, mely segítségével azt elemeztük, hogy az ASES és ARKS összpontszámok megfelelő előrejelzői-e a komplikált megvonásnak és a relapsusznak a nem és az életkor kontrollja mellett.

### **EREDMÉNYEK**

A bevont páciensek (n = 44) 70,5 %-a férfi (n = 31), átlagéletkoruk 48,6 év (SD = 10). Az AUDIT-átlagpontszámuk 25,2 (SD = 9,25), mely súlyos AHZ-t jelez.

#### ***AFS-K***

Az AFS-K esetében a Cronbach alpha 0,924, mely magas belső konzisztenciára utal. A tétel-totál korrelációk esetében is erős pozitív korrelációkat

**1. táblázat** Az Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív tétel-totál korreláció értékei és a tétel-törlés utáni Cronbach-alfa-értékek

Tétel	Tétel-totál korreláció	Alpha a tétel nélkül
AFS-K 1	0,736***	0,918
AFS-K 2	0,709***	0,919
AFS-K 3	0,741***	0,918
AFS-K 4	0,796***	0,917
AFS-K 5	0,675***	0,920
AFS-K 6	0,631***	0,921
AFS-K 7	0,566***	0,923
AFS-K 8	0,633***	0,921
AFS-K 9	0,697***	0,919
AFS-K 10	0,738***	0,918
AFS-K 11	0,736***	0,919
AFS-K 12	0,781***	0,917
AFS-K 13	0,407**	0,926
AFS-K 14	0,647***	0,921
AFS-K 15	0,534***	0,923
AFS-K 16	0,537***	0,923
AFS-K 17	0,630***	0,922
AFS-K 18	0,524***	0,924
AFS-K 19	0,562***	0,923
AFS-K 20	0,625***	0,921

AFS-K: Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív

\*\*:  $p < 0,01$ ;\*\*\*:  $p < 0,001$ .

találtunk ( $r(42) \geq 0,407$ ;  $p < 0,001$ ) (1. táblázat). A konstruktum validitás vizsgálata érdekében Spearman-korrelációkat végeztünk az AFS-K és az AUDIT összpontszámok között, mely erős, pozitív együttjárást mutatott ( $r_s(42) = 0,716$ ,  $p < 0,001$ ).

### Sóvárgás skálák

A MASS (Cronbach  $\alpha$  0,948) és a PASS (Cronbach  $\alpha$  0,918) is magas belső konzisztenciával rendelkeznek, valamint a tétel-totál korrelációk esetében is erős, pozitív együttjárást mutatott a MASS ( $r(42) \geq 0,677$ ;  $p < 0,001$ ) (2. táblázat) és a PASS ( $r(42) \geq 0,786$ ;  $p < 0,001$ ) kérdőív (3. táblázat). A konstruktum validitás tekintetében mindkét skálát a VAS pontszámokkal vetettük össze Spearman-korreláció segítségével, mely a MASS esetében közepes pozitív korrelációt

**2. táblázat** A Multidimenzionális Alkohol Sóvárgás Skála tétel-totál korreláció értékei és a tétel-törlés utáni Cronbach-alfa-értékek

Tétel	Tétel-totál korreláció	Alpha a tétel nélkül
MASS 1	0,893***	0,939
MASS 2	0,780***	0,944
MASS 3	0,949***	0,937
MASS 4	0,810***	0,943
MASS 5	0,706***	0,943
MASS 6	0,749***	0,947
MASS 7	0,741***	0,945
MASS 8	0,793***	0,947
MASS 9	0,851***	0,941
MASS 10	0,739***	0,945
MASS 11	0,918***	0,938
MASS 12	0,677***	0,949

MASS: Multidimenzionális Alkohol Sóvárgás Skála

\*\*\*:  $p < 0,001$ .**3. táblázat** A Penn Alkohol Sóvárgás Skála tétel-totál korreláció értékei és a tétel-törlés utáni Cronbach-alfa-értékek

Tétel	Tétel-totál korreláció	Alpha a tétel nélkül
PASS 1	0,893***	0,892
PASS 2	0,913***	0,893
PASS 3	0,890***	0,895
PASS 4	0,786***	0,934
PASS 5	0,931***	0,882

PASS: Penn Alkohol Sóvárgás Skála

\*\*\*:  $p < 0,001$ .

eredményezett ( $r_s(42) = 0,544$ ,  $p < 0,001$ ), valamint a PASS tekintetében is egyaránt közepes pozitív együttjárást mutatkozott ( $r_s(42) = 0,537$ ,  $p < 0,001$ ). A MASS és a PASS pontszámok erős pozitív kapcsolatot jeleztek ( $r_s(42) = 0,760$ ,  $p < 0,001$ ).

### ARKS

Az ARKS esetében a Cronbach-alfa együttható 0,875, mely magas belső konzisztenciára utal. A tétel-totál korrelációk szempontjából az eredmények -0,338 és 0,767 között mozogtak (4. táblázat). Spearman-korrelációk segítségével vizsgáltuk a konstruktum validitást, mely szerint az ARKS összpontszám és a

**4. táblázat** Az Alkohol Relapszus Kockázati Skála tétel-totál korreláció értékei és a tétel-törlés utáni Cronbach-alfa-értékek

Tétel	Tétel-totál korreláció	Alpha a tétel nélkül
ARKS 1	0.477**	0.870
ARKS 2	0.610***	0.868
ARKS 3	0.709***	0.865
ARKS 4	0.447**	0.871
ARKS 5	-0.211	0.887
ARKS 6	0.618***	0.870
ARKS 7	0.349*	0.874
ARKS 8	0.574***	0.869
ARKS 9	0.755***	0.865
ARKS 10	0.493***	0.871
ARKS 11	0.283	0.876
ARKS 12	-0.338*	0.893
ARKS 13	0.710***	0.865
ARKS 14	0.302*	0.876
ARKS 15	0.640***	0.867
ARKS 16	0.718***	0.864
ARKS 17	0.525***	0.870
ARKS 18	0.788***	0.862
ARKS 19	0.071	0.878
ARKS 20	0.569***	0.870
ARKS 21	0.531***	0.869
ARKS 22	0.321*	0.876
ARKS 23	0.767***	0.865
ARKS 24	0.381*	0.873
ARKS 25	0.176	0.881
ARKS 26	0.382*	0.874
ARKS 27	0.671***	0.866
ARKS 28	0.622***	0.868
ARKS 29	0.119	0.876
ARKS 30	0.485***	0.871
ARKS 31	0.582***	0.870
ARKS 32	0.707***	0.867

ARKS: Alkohol Relapszus Kockázati Skála

\*:  $p < 0.05$ ;\*\*\*:  $p < 0.01$ ;\*\*\*:  $p < 0.001$ .

VAS pontszámok között mérsékelt pozitív együttjárás mutatkozott ( $r_s(42) = 0,537$ ,  $p < 0,001$ ), míg a MASS ( $r_s(42) = 0,691$ ,  $p < 0,001$ ) és PASS ( $r_s(42) = 0,688$ ,  $p < 0,001$ ) összpontszámok erős pozitív kapcsolatot mutattak.

A Mann-Whitney próba eredményei alapján elmondható, hogy azon páciensek esetében, akiknél nem történt relapszus 3 hónapon belül ( $M = 48,8$ ,  $Mdn = 47,5$ ,  $SD = 9,87$ ), szignifikánsan alacsonyabb volt az ARKS pontszáma azon páciensekkel összehasonlítva, akik 3 hónapon belül visszaestek ( $M = 67,0$ ,  $Mdn = 65,5$ ,  $SD = 10,2$ ) ( $U = 15$ ,  $p = 0,008$ ).

Binomiális logisztikus regresszió segítségével a 3 hónapon belüli visszaesés potenciális prediktorait vizsgáltuk, a referencia csoport a „nincs relapszus” csoport volt. Az eredményeink azt mutatják, hogy a nem és a kor változók kontrollálása mellett, az ARKS összpontszám szignifikáns előrejelzője a visszaesésnek ( $OR = 1,161$ ; 95% CI = 1,025–1,31;  $p = 0,019$ ).

## ASES

A független mintás t-próba eredményei szignifikáns eltérést mutattak ( $t(42) = -6,13$ ;  $p < 0,001$ ): a nem komplikált megvonás csoport ASES átlagpontszáma alacsonyabb volt ( $M = 4,21$ ;  $SD = 1,21$ ), mint a komplikált megvonás esetében ( $M = 6,47$ ;  $SD = 1,06$ ).

Binomiális logisztikus regressziós modellel vizsgáltuk a jelenlegi komplikált megvonás potenciális előrejelzőit, a referencia csoport a „nincs komplikált megvonás” csoport volt. Az eredményeink azt mutatják, hogy az ASES összpontszám szignifikáns prediktora a jelenlegi komplikált megvonásnak ( $OR = 5,447$ ; 95% CI = 1,943–15,266;  $p = 0,001$ ) a nem és a kor változók kontrollálásával.

## MEGBESZÉLÉS

A vizsgálatunkban 5 kérdőív validálását végeztük klinikai mintán: az AFS-K-t az AHZ súlyosságának mérésére, a MASS és PASS skálákat a sóvárgás meghatározására, az ARKS kérdőívet a relapszus kockázatának felmérésére és az ASES-t a k-AMSZ bejósolására. A felsorolt mérőeszközök mindegyikét használják a külföldi klinikai gyakorlatokban, valamint külföldi és hazai szakmai irányelvek is ajánlják az alkalmazásukat (National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Wood et al., 2023; Alvanzo et al., 2020; Szemelyácz et al., 2024). Ezen kérdőívek nagymértékben hozzájárulnak az AHZ gyorsabb felismeréséhez, pontosabb diagnosztizálásához és hatékonyabb utánkövetéséhez. Magyarországon eddig nem voltak elérhetőek a felso-

rolt tesztek, így jelen vizsgálatunkkal a hazai klinikai ellátásba való bevonásukat kezdeményeztük.

Az AFS-K elsősorban az AHZ jól mérhető faktoraira összpontosít, mint például a megvonás testi és érzelmi tünetei (Stockwell et al., 1983). Ezen mérőeszköz használatával nem csak azt állapíthatjuk meg, hogy fennáll-e az AHZ, hanem árnyaltabb képet kaphatunk a páciens függőségének mértékéről és a diagnosztizálás folyamatát is megkönnyíti (Stockwell et al., 1979; Akyel et al., 2018). Kutatásunk során Cronbach alfa mutatót számoltunk az AFS-K validitásának mérésére, mely 0,924 lett. Ez az eredmény magas belső konzisztenciára utal, hasonlóan egy dél-koreai vizsgálatához ( $\alpha$ : 0,86; Min et al., 2008), valamint a török AFS-K verzió eredményéhez ( $\alpha$ : 0,914; Akyel et al., 2018). Tudomásunk szerint hazánkban nincs más validált mérőeszköz, mely az alkohol dependencia súlyosságát mérné, így a már alkalmazott, diagnosztizáláshoz használt eszközök (AUDIT, CAGE, MAST) mellett, az alkoholfüggőség pontosabb meghatározásához az AFS-K bevezetése is eredményes lehet.

A relapszus szempontjából az első három hónap tekinthető a legkritikusabb időszaknak, mivel a páciensek a kezelés ellenére is visszaeséseket tapasztalhatnak (Ghiță et al., 2019). Az AHZ-val kezelt betegek körében a rövid távú remisszió aránya 20% és 50% között mozog (Moos & Moos, 2006). A relapszusok hátterében jelentős szerepet játszik a sóvárgás, mely szubjektív, nem kívánt intenzív alkoholfogyasztási vágyként írható le, és óriási kihívást jelent az absztinencia elérésében (Ghiță et al., 2019). A MASS és PASS skálák a sóvárgás felméréseivel járulnak hozzá az AHZ pontosabb feltárásához és a relapszus kockázatának bejósolásához. Mindkét eszköznek tág az alkalmazhatósági köre, a mindennapi betegellátáson kívül a MASS kérdőívet egy virtuális valóság alapú (ALCO-VR) kutatásban is alkalmazták, amelyet az AHZ vizsgálatára és jövőbeni gyógyítására fejlesztettek ki. A vizsgálat során virtuális valóság segítségével mérték fel a sóvárgást kiváltó tényezőket és a MASS kérdőív használatával határozták meg a páciensek sóvárgásának mértékét (Ghiță et al., 2019). A PASS-t 1999-es kifejlesztése óta több nyelvre is lefordították (Ko et al., 2024), valamint számos gyógyszerkísérlet során is alkalmazták (Haass-Koffler et al., 2014; Umhau et al., 2011). Az általunk végzett vizsgálat alapján mindkét mérőeszköz megfelelő validitási és reliabilitási mutatókkal rendelkezik, ezáltal a sóvárgás vizsgálatára alkalmas eszközöknek tekinthetőek, melyek használata előnyös lehet az AHZ optimális ellátása során.

Az ARKS kérdőív japán fejlesztésű mérőeszköz, amely a stimulánsdependens személyek relapszus rizi-

kóját vizsgáló Stimulant Relapse Risk Scale (SRRS; Ogai et al., 2007) alapján készült. Az eredetileg 48 tételes multidimenzionális eszközt az AHZ-ra alakították át és 218 alkoholbeteg páciensen végzett vizsgálat során redukálták 32 tételre. Ogai és munkatársai (2009) elemzése alapján az eredeti kérdőív Cronbach alfa hányadosa 0,864, valamint szignifikáns korrelációt találtak a VAS skálával mért aktuális sóvárgással. Ezen eredmények megegyeznek az általunk kapottakkal, tehát megállapítható, hogy az ARKS magyar mintán is megfelelő pszichometriai mutatókkal rendelkezik. Vizsgálatunk során alátámasztottuk, hogy a kérdőív szignifikánsan magasabb pontszámokat ért el azon személyek, akik visszaesést tapasztaltak 3 hónapon belül. Emellett megállapítható, hogy az ARKS skálán elért magasabb pontszám megfelelően bejósolja a visszaesés kockázatának valószínűségét. Ezen kérdőív kitöltése mindössze néhány percet vesz igénybe, így a visszaesés kockázatának mértéke effektíven és gyorsan felmérhető, ezáltal a kezelés folytatásának szükségessége könnyebben meghatározhatóvá válik. Az ARKS mindennapos klinikai gyakorlatban való használatával lehetővé válik a korai intervenció az AHZ-val diagnosztizált páciensek visszaesését illetően.

Az alkoholfogyasztás hirtelen abbahagyása után fellépő AMSZ esetében fennáll az esélye a k-AMSZ kialakulásnak az AHZ-val diagnosztizált betegknél. A k-AMSZ korai felismerésére alkalmazható eszköz az ASES kérdőív, mely segítségével akár már a tünetek megjelenése előtt elkezdhető a szükséges terápia. Eredményeink azt mutatják, hogy a magasabb ASES pontszám szignifikánsan előrejelzi a k-AMSZ valószínűségét, mely konzisztens a Maldonado és munkatársai (2014, 2015) által végzett kutatás eredményeivel. Vizsgálatunk alátámasztotta, hogy azon személyek, akik komplikált megvonást tapasztaltak, magasabb pontszámot értek el az ASES kérdőívben. Ezen kívül eredményeink alapján az ASES összpontszám szignifikánsan bejósolja a k-AMSZ megjelenését. Tehát az ASES használatával már a korai szakaszban felismerhető a k-AMSZ megjelenése és csökkenthető a talaján kialakuló halálozás kockázata.

Összegzésként megállapítható, hogy mind az öt általunk vizsgált eszköz megfelelő pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik a magyar mintán nyert adatok alapján, valamint használatuk hiánypótló a hazai pszichiátriai és addiktológiai osztályok fekvő- és járóbetegeket ellátó klinikai gyakorlatban. Használatukkal az AHZ és szövődményei felismerése, diagnosztizálása és utánkövetése is könnyebbé válhat, ezáltal elősegíthetik az AHZ-val diagnosztizált személyek megfelelőbb ellátását és gyógyítását.

**RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE**

AHZ = Alkoholhasználat zavar  
 AMSZ = Alkohol okozta megvonási szindróma  
 ARRS = Alkohol Relapse Risk Scale  
 (magyarul: Alkohol Relapszus Kockázati Skála)  
 ARKS = Alkohol Relapszus Kockázati Skála  
 ASES = Alkoholmegvonás Súlyosságát  
 Előrejelző Skála  
 ASF-K = Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív  
 AUDIT = Alkoholhasználat Zavarainak  
 Szűrőtesztje  
 DT = Delírium tremens  
 PACS = Penn Alcohol Craving Scale  
 (magyarul: Penn Alkohol Sóvárgás Skála)  
 PASS = Penn Alkohol Sóvárgás Skála  
 k-AMSZ: komplikált alkohol okozta  
 megvonási szindróma  
 MACS = Multidimensional Alcohol Craving Scale  
 (magyarul: Multidimenzionális Alkohol  
 Sóvárgás Skála)  
 MASS = Multidimenzionális Alkohol  
 Sóvárgás Skála  
 MAST = Michigan Alkoholizmusszűrő Kérdőív  
 mKR = Megvonásos konvulzív roszullét  
 PAWSS = Prediction of Alcohol Withdrawal  
 Severity Scale (magyarul: Alkoholmegvonás  
 Súlyosságát Előrejelző Skála)  
 SADQ = Severity of Alcohol Dependence  
 Questionnaire (magyarul: Alkoholfüggőség  
 Súlyossága Kérdőív)  
 SD = standard deviáció

**LEVELEZŐ SZERZŐ:** Lázár Bence András +3662341803  
 6720 Szeged, Korányi fasor 8-10.  
 E-mail: lazar.bence.andras@med.u-szeged.hu

**TÁMOGATÓ:** Lázár Bence András a Szegedi  
 Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi  
 Kar Hetényi Géza pályázata támogatja.

**NYILATKOZATOK:** A közlemény más folyóiratban korábban  
 nem jelent meg, máshová beküldésre nem került.  
 A levelező szerző elolvasta a szerzői útmutatót.

**ANYAGI TÁMOGATÁS:** A közlemény megírása, illetve a kap-  
 csolódo kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

**SZERZŐI MUNKAMEGOSZTÁS:** L.B.A., P.I.K.: A közlemény  
 koncepciójának kialakítása. B.O., F.F.F., L.B.A.: A szakiroda-  
 lom áttekintése. P.I.K., L.B.A., G.J.: A közlemény struktúrájá-  
 nak véglegesítése. B.O., P.I.K., L.B.A.: A közlemény megírása.  
 A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és  
 jóváhagyta.

**KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS:** Köszönettel tartozunk  
 Dr. habil Andó Bálintnak a kutatás koncepciójának kialakí-  
 tásában nyújtott segítségével, továbbá szupervíziójáért.

**ÉRDEKELTSÉGEK:** A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

**IRODALOM**

- Akyel, B., Aldemir, E., & Altintoprak, A. E. (2018). Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: Validity and reliability of the Turkish version. *Turk Psikiyatri Derg*, 29(3), 202-208.
- Alvanzo, A., Kleinschmidt, K., & Kmiec, J. A. (2020). The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. *J Addict Med*, 14(3S Suppl. 1), 1-72.
- Chodkiewicz, J., Ziolkowski, M., Czarniecki, D., Gąsior, K., Juczyński, A., Biedrzycka, B., & Nowakowska-Domagala, K. (2018). Validation of the Polish version of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS). *Psychiatr. Pol*, 52(2), 399-410.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting Alcoholism. The CAGE Questionnaire. *JAMA*, 252, 1905-1907.
- Flannery, B. A., Volpicelli, J. R., & Pettinati, H. M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol: Clin Exp*, 23(8), 1289-1295.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 392(10152), 1015-1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Ghiță, A., Hernández-Serrano, O., Fernández-Ruiz, Y., Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., Teixidor, L., Gual, A., Porrás-García, B., Ferrer-García, M., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2019). Cue-elicited anxiety and alcohol craving as indicators of the validity of ALCO-VR Software: A virtual reality study. *J Clin Med*, 8(8), 1153.
- Guardia Serecigni, J., Segura García, L., Gonzalvo Cirac, B., Trujols Albet, J., Tejero Pociello, A., Suárez González, A., & Martí Gil, A. (2004). Estudio de validación de la escala multidimensional de craving de alcohol. *Med Clin (Barc)*, 123(6), 211-216.
- Haass-Koffler, C. L., Leggio, L., & Kenna, G. A. (2014). Pharmacological approaches to reducing craving in patients with alcohol use disorders. *CNS Drugs*, 28(4), 343-360.
- Kádár, B. K., Pribék, I. K., Gajdics, J., Szemelyácz, J., Andó, B. & Lázár, B.A. (2023). Az alkoholmegvonásos szindróma ellátása: új perspektívák. *Orv Hetil*, 164(38), 1487-1496.
- Kádár, B. K., Gajdics, J., Pribék, I. K., Andó, B., Lázár, B. A. (2024). Characterization of alcohol-related seizures in withdrawal syndrome. *Epilepsia Open*, 9(2), 679-688.
- Kim, M. J., Kim, S. G., Kim, H. J., Kim, H. C., Park, J. H., Park, K. S., Lee, D. K., Byun, W. T., & Kim, C. M. (2008). A study of the reliability and validity of the Korean version of the Penn Alcohol Craving Scale for alcohol-dependent patients. *Psychiatry Investig*, 5, 175-178.
- Ko, Y.-Y., Fang, S.-C., Huang, W.-C., Huang, M.-C., & Chang, H.-M. (2024). Validation of the Chinese version of Penn Alcohol Craving Scale for patients with alcohol use disorder. *Psychiatry Investig*, 21(2), 159-164.
- Lázár, B. A., Pribék, I. K., Kovács, Cs., Demeter, I., Kálmán, J., Szemelyácz, J., Kelemen, G., Janka, Z., Demetrovics, Zs., & Andó, B. (2019). Első lépés egy egységes szemlélet felé: az Alkohol Megvonási Skála bevezetése a hazai betegellátási gyakorlatba. *Orv Hetil*, 160(30), 1184-1192.

15. Maldonado, J. R., Sher, Y., Das, S., Hills-Evans, K., Frenklach, A., Lolak, S., Talley, R., & Neri, E. (2015). Prospective validation study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in medically ill inpatients: A new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol*, 50(5), 509–518.
16. Maldonado, J. R., Sher, Y., Ashouri, J. F., Hills-Evans, K., Swendsen, H., Lolak, S., & Miller, A. C. (2014). The “Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale” (PAWSS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol*, 48, 375–390.
17. Meehan, J. P., Webb, M. G. T., & Unwin, A. R. (1985). The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) in a sample of Irish problem drinkers. *Br J Addict*, 80(1), 57–63.
18. Min, S., Noh, S., Shin, J., Ahn, J.S., & Kim, T.H. (2008). Alcohol dependence, mortality, and chronic health conditions in a rural population in Korea. *J Korean Med Sci*, 23:1–9.
19. Moos, R. H., & Moos, B. S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101(2), 212–222.
20. National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence (Clinical guideline CG115). [www.nice.org.uk/guidance/cg115](http://www.nice.org.uk/guidance/cg115)
21. Ogai, Y., Haraguchi, A., Kondo, A., Ishibashi, Y., Umeno, M., Kikumoto, H., Hori, T., Komiyama, T., Kato, R., Aso, K., Asukai, N., Senoo, E., & Ikeda, K. (2007). Development and validation of the Stimulant Relapse Risk Scale for drug abusers in Japan. *Drug Alcohol Depend*, 88, 174–181.
22. Ogai, Y., Yamashita, M., Endo, K., Haraguchi, A., Ishibashi, Y., Kurokawa, T., Muratake, T., Suga, R., Hori, T., Umeno, M., Asukai, N., Senoo, E., & Ikeda, K. (2009). Application of the Relapse Risk Scale to alcohol-dependent individuals in Japan: Comparison with stimulant abusers. *Drug Alcohol Depend*, 101(1–2), 20–26.
23. Perczel-Forintos, D., Ajtay, G., Barna, C., Kiss, Z., & Komlósi, S. (2005). Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. OPNI, Budapest.
24. Pribék, I. K., Kovács, I., Kádár, B. K., Kovács, C. S., Richman, M. J., Janka, Z., Andó, B., & Lázár, B. A. (2021). Evaluation of the course and treatment of alcohol withdrawal syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Revised: A systematic review-based meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 220, 108536.
25. Robles-Martínez, M., García-Carretero, M. Á., Gibert, J., Palma-Álvarez, R. F., Abad, A. C., Sorribes, M., & Roncero, C. (2018). Differences between craving and health-related quality of life in patients with alcohol dependence with or without dual pathology in outpatient treatment: A descriptive study. *Med Clin (Barc)*, 150(2), 49–55.
26. Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791–804.
27. Selzer (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*, 127(12), 1653–8.
28. Sharpe, P. C. (2001). Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Ann Clin Biochem*, 38(6), 652–664.
29. Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., Taylor, C., & Rankin, H. (1979). The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence. *Br J Addict Alcohol Other Drugs*, 74(1), 79–87.
30. Stockwell, T., Murphy, D., & Hodgson, R. (1983). The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: Its use, reliability and validity. *Br J Addict*, 78(2), 145–155.
31. Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C.A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*, 84, 1353–1357.
32. Szemelyácz, J., Réthelyi, J., Kovács, P., Kéri, Sz., Gajdics, J., Lázár, B. A., Kis, G., Kapitány-Fövény, M., Kiss, A., Farkas, J., Köves, C., Fodor, K., Batai, D., Kelemen, G., Kurimay, T., Andó, B., Petke, Zs., Szily, E., Mátyássy, A., Rácz, J., Trábert, A., Ujváriné Siket, A., Bedros, J., Gubicskóné Kisbenedek, A., Wittmann, T., Zöllei, M., Szabó, J., Óváry, Cs., & Varga, Cs. (2024). Egészségügyi szakmai irányelv az alkohol által okozott mentális zavarokról. Klinikai egészségügyi szakmai irányelv, 002287, Egészségügyi Közlöny, Belügyminisztérium
33. Umhau, J. C., Schwandt, M. L., Usala, J., Geyer, C., Singley, E., George, D. T., & Heilig, M. (2011). Pharmacologically induced alcohol craving in treatment seeking alcoholics correlates with alcoholism severity, but is insensitive to acamprosate. *Neuropsychopharmacology*, 36(6), 1178–1186.
34. Wood, E., Bright, J., Hsu, K., Goel, N., Ross, J. W. G., Hanson, A., Teed, R., Poulin, G., Denning, B., Corace, K., Chase, C., Halpape, K., Lim, R., Kealey, T., & Rehm, J. (2023). Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. *Can Med Assoc J*, 195(40), 1364–1379.
35. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health. 2018

## 1. melléklet Alkoholfüggőség Súlyossága Kérdőív (AFS-K)

## ALKOHOLFÜGGŐSÉG SÚLYOSSÁGA KÉRDŐÍV (AFS-K)

**Instrukció:** Kérem idézzon fel egy olyan időszakot az elmúlt 6 hónapból, amikor Ön több alkoholt fogyasztott. Kérem válaszoljon az alábbi kérdésekre az ivási szokásaival kapcsolatban. Jelölje a legmegfelelőbb választ. Amikor sokat ittam...

- |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Az ivás utáni napon izzadtan ébredtem fel.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                                            | <p>12. Az ivás utáni napon ébredéskor nagyon erősen vágytam az italra.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                                                                                                                  |
| <p>2. Miután alkoholt ittam, másnap reggel már ébredéskor remegett a kezem.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                 | <p>13. Egy nap alatt több mint egy negyed üveg töményt (ill. 1 üveg bort, vagy 7 üveg sört) ittam.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                                                                                      |
| <p>3. Az ivás utáni napon, ha nem ittam újra, már ébredéskor nagyon remegett az egész testem.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>               | <p>14. Egy nap alatt több mint egy fél üveg töményt (ill. 2 üveg bort, vagy 15 üveg sört) ittam.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                                                                                        |
| <p>4. Az ivás utáni napon arra ébredtem, hogy az egész testem veritékben úszik.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                             | <p>15. Naponta több mint 1 üveg töményt (ill. 4 üveg bort, vagy 30 üveg sört) ittam.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                                                                                                    |
| <p>5. Amikor alkoholt iszom, félek a másnapi felébredéstől.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                                 | <p>16. Naponta több mint 2 üveg töményt (ill. 8 üveg bort, vagy 30 üveg sört) ittam.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                                                                                                    |
| <p>6. Az ivás utáni napon rettegtem attól, hogy kora reggel másokkal találkozok.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                            | <p>17. Képzelje el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Elkezdenék izzadni.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                   |
| <p>7. Amikor alkoholt ittam, másnap reggel ébredéskor úgy éreztem, hogy a kétségbeesés határán vagyok.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>      | <p>18. Képzelje el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Remegne a kezem.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                      |
| <p>8. Az ivás utáni napon ébredéskor nagyon féltem.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                                         | <p>19. Képzelje el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Elkezdenék izzadni. Remegne a testem.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p> |
| <p>9. Az ivás utáni reggelen kívántam az alkoholt.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                                          | <p>20. Képzelje el a következő helyzetet: néhány hete egyáltalán nem iszik alkoholt, majd két napig nagyon sokat. Hogyan érezné magát a rákövetkező nap reggelén? Vágnék az italra.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                     |
| <p>10. Az ivás utáni napon olyan gyorsan hajtottam fel az első néhány italt, amilyen gyorsan csak lehetett.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>11. Az ivás utáni napon még többet ittam, hogy megszűnjön a remegésem.</p> <p>1. Szinte soha      3. Gyakran<br/>2. Néha              4. Majdnem mindig</p>                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Fordította: Kiss Zs.

**2. melléklet** Multidimenzionális Alkohol Sívárgás Skála (MASS)

Az elmúlt egy hétben	Teljes mértékben egyetértek	Egyetértek	Megcáfolni, megerősíteni sem tudom	Kevésbé értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet
1. Sívárogtam.	5	4	3	2	1
2. Bármit megtettem volna, hogy igyak.	5	4	3	2	1
3. Inni akartam.	5	4	3	2	1
4. Teljes mértékben kontrollálni tudtam az alkohol utáni vágyam.	5	4	3	2	1
5. Jó ötlet lett volna inni egy italt.	5	4	3	2	1
6. Gondolkodtam azon, hogy elmegyek inni.	5	4	3	2	1
7. Csodálatos lett volna inni.	5	4	3	2	1
8. Gyakran foglalkoztattak az ivással kapcsolatos gondolatok.	5	4	3	2	1
9. Az ivás utáni vágyam nagyon intenzív volt.	5	4	3	2	1
10. Jobban éreztem volna magam, ha ittam volna.	5	4	3	2	1
11. Egy vagy több alkalommal volt intenzív vágyam, hogy igyak.	5	4	3	2	1
12. Még ha lehetőségem is lett volna rá, akkor sem ittam volna.	5	4	3	2	1

Fordította: Lázár B. A., Gajdics J., Pribék I. K.

**3. melléklet** Penn Alkohol Sóvárgás Skála (PASS)**PENN ALKOHOL SÓVÁRGÁS SKÁLA**

Kérjük, gondosan olvassa el az alábbi állításokat, és karikázza be annak a válasznak a számát, ami a legpontosabban írja le az ön alkohol utáni sóvárgását az elmúlt egy hétben.

**1. Az elmúlt egy hétben milyen gyakran gondolt az ivásra, vagy arra, hogy mennyire jól esne egy ital?**

- 0 Soha (0 alkalommal az elmúlt egy hétben)
- 1 Ritkán (1-2-szer az elmúlt egy hétben)
- 2 Alkalmanként (3-4-szer az elmúlt egy hétben)
- 3 Néha (5-10-szer az elmúlt egy hétben, vagy naponta 1-2-szer)
- 4 Gyakran (11-20-szor az elmúlt egy hétben, vagy naponta 2-3-szor)
- 5 Az idő nagy részében (20-40-szer az elmúlt egy hétben, vagy naponta 3-6-szor)
- 6 Szinte állandóan (több mint 40-szer az elmúlt egy hétben, vagy naponta több mint 6-szor)

**2. Az elmúlt egy hétben milyen fokú volt az alkohol utáni sóvárgása azon a ponton, amikor ez a legerőteljesebb volt?**

- 0 Semekkora készzetést nem éreztem
- 1 Nagyon enyhe készzetés
- 2 Enyhe készzetés
- 3 Mérsékelt készzetés
- 4 Erős, de könnyen kontrollálható készzetés
- 5 Erős, nehezen kontrollálható készzetés
- 6 Erős készzetés, és ittam is volna alkoholt, ha elérhető lett volna

**3. Az elmúlt egy hétben mennyit gondolt az ivásra, vagy arra, hogy milyen jól esne egy ital?**

- 0 Semennyit
- 1 Kevesebbet mint 20 percet
- 2 21-45 percet
- 3 46-90 percet
- 4 90 perc és 3 óra között
- 5 3 és 6 óra között
- 6 Több mint 6 órát

**4. Az elmúlt egy hétben mennyire lett volna nehéz ellenállni egy italnak, ha tudta volna, hogy van otthon egy üveggel?**

- 0 Egyáltalán nem lett volna nehéz
- 1 Nagyon kis nehézséget okozott volna
- 2 Kis nehézséget okozott volna
- 3 Mérsékelt nehézséget okozott volna
- 4 Nagyon nehéz lett volna
- 5 Rendkívül nehéz lett volna
- 6 Nem tudtam volna ellenállni

**5. Figyelembe véve az előző kérdésekre adott válaszait, értékelje alkohol utáni sóvárgásának átlagos mértékét az elmúlt hétre vonatkozóan!**

- 0 Sosem gondoltam az ivásra, és nem éreztem készzetést rá.
- 1 Ritkán gondoltam az ivásra, és ritkán éreztem készzetést rá.
- 2 Esetenként gondoltam az ivásra, és esetenként éreztem rá készzetést.
- 3 Néha gondoltam az ivásra, és néha éreztem rá készzetést.
- 4 Gyakran gondoltam az ivásra, és gyakran éreztem rá készzetést.
- 5 Legtöbbször gondoltam az ivásra, és legtöbbször éreztem rá készzetést.
- 6 Szinte mindig az ivásra gondoltam, és szinte mindig éreztem rá készzetést.

Fordította: Gubucz-Pálfalvi S., Gajdics J., Pribék I. K., Lázár B. A., és Danis I.

## 4. melléklet Alkohol Relapszus Kockázati Skála (ARKS)

## ALKOHOL RELAPSZUS KOCKÁZATI SKÁLA (ARKS)

Kérjük, írja le, milyen volt az állapota az elmúlt egy hétben. Minden állítás esetében egy választ karikázzon be.

Pl.) Jól alszom.	nem értek egyet	semleges	egyetértek
1) Abba tudom hagyni magamtól az alkoholfogyasztást.	X	Δ	O
2) Idegesítenek mások szavai.	X	Δ	O
3) Nehéz lenne visszautasítanom, ha valaki alkoholt tenne elém.	X	Δ	O
4) Irritált vagyok.	X	Δ	O
5) Ha innék egy kevés alkoholt, nem tudnám abbahagyni az ivást.	X	Δ	O
6) Szinte bármit megtennék, hogy alkoholt fogyaszthassak.	X	Δ	O
7) Motiválatlan vagyok, hogy bármit csináljak.	X	Δ	O
8) Biztos vagyok benne, hogy nem innék újra alkoholt.	X	Δ	O
9) Jól meglennék alkohol nélkül.	X	Δ	O
10) Már felépültem az alkohollal való visszaélésből.	X	Δ	O
11) Magányos vagyok.	X	Δ	O
12) Nem tudnám kontrollálni magam, ha alkoholt innék.	X	Δ	O
13) Ha valaki alkoholt tartana az orrom alá, nem tudnám visszautasítani.	X	Δ	O
14) Unatkozom.	X	Δ	O
15) Az alkohol megmentene a magány érzésétől.	X	Δ	O
16) Ha a barátaim felajánlanák nekem az utcán, fogyasztanék alkoholt.	X	Δ	O
17) Szorongok a jövőm miatt.	X	Δ	O
18) Fogyasztanék alkoholt, ha egyedül lennék.	X	Δ	O
19) Ha alkoholt fogyasztanék, az rossz hatással lenne a munkámra.	X	Δ	O
20) Ha egy barátom alkoholt adna nekem, még a kórházban is meginnám.	X	Δ	O
21) Nem tudom kontrollálni az érzéseimet.	X	Δ	O
22) Jelentős munkával kapcsolatos gondjaim vannak.	X	Δ	O
23) Ha alkoholt tennének elém, meginnám.	X	Δ	O
24) Úgy gondolom, függő vagyok.	X	Δ	O
25) Nyugtalan lennék, ha alkoholt innék.	X	Δ	O
26) Bármit megtennék, hogy pénzhez jussak alkoholra.	X	Δ	O
27) Fogyasztanék alkoholt egy buliban vagy összejövetelem.	X	Δ	O
28) Ha alkoholt iszom, úgy érzem, minden jól halad.	X	Δ	O
29) Alkoholt akarok szerezni, még akkor is, ha lopnom kell érte.	X	Δ	O
30) Ha alkoholt iszom, felélénkülök.	X	Δ	O
31) Fogok alkoholt fogyasztani a közeli jövőben.	X	Δ	O
32) Szeretnék alkoholt fogyasztani annak ellenére is, hogy káros az egészségemre.	X	Δ	O

Fordította: Lázár B. A., Gajdics J., Pribék I. K.

## 5. melléklet Alkoholmegvonás Súlyosságát Előrejelző Skála (ASES)

## ALKOHOLMEGVONÁS SÚLYOSSÁGÁT ELŐREJELZŐ SKÁLA (ASES)

## A rész: Alapvető kritériumok:

(1 pont bármelyik igen esetén)

1. Fogyasztott-e alkoholt az elmúlt 30 napban? \_\_\_\_\_

Vagy: volt-e pozitív véralkoholszintje? \_\_\_\_\_

Ha bármelyik kérdésre a válasz igen, folytassa a tesztet.

## B rész: A beteg válaszai alapján:

(1 pont minden esetben)

2. Volt-e valaha alkoholmegvonási tünetegyüttese? \_\_\_\_\_

3. Volt-e valaha alkalmi konvulzív rosszulléte? \_\_\_\_\_

4. Kialakult-e valaha delírium tremens-szel járó megvonása? \_\_\_\_\_

5. Részt vett-e valaha rehabilitációs kezelésben alkoholproblémái miatt?  
(pl. fekvő-, vagy járóbetegként, AA-ban) \_\_\_\_\_

6. Előfordult-e képszakadás ittas állapotban? \_\_\_\_\_

7. Előfordult-e az elmúlt 90 napban, hogy az alkoholt más depresszánsokkal kombinálta,  
például benzodiazepinekkal, vagy barbiturátokkal? \_\_\_\_\_

8. Az elmúlt 90 napban használt-e más szereket az alkohollal egyidejűleg? \_\_\_\_\_

## C rész: A megfigyelt klinikai tünetek alapján:

(1 pont minden esetben)

9. 200 mg/dl (~43 mmol/l) fölött volt a beteg véralkoholszintje? \_\_\_\_\_

10. Láthatóak vegetatív hiperaktivitás jelei? \_\_\_\_\_

(pl. p &gt;120/min, remegés, izzadás, agitáció, émelygés)

Össz-pontszám: \_\_\_\_\_

Fordította: Kádár B. K., Lázár B. A., Gajdics J.

## Alcohol use disorder: screening, diagnosis and follow-up

**Aims:** In the clinical assessment of alcohol use disorder (AUD), measuring tools are essential to help recognizing the condition, determining the severity of the disorder, and assessing craving and relapse after identifying potential complications. Currently, there are no measurement tools available in Hungary that can quantify the severity of alcohol dependence, the extent of alcohol craving, and the risk of relapse, or help in the early detection of complicated alcohol withdrawal syndrome (c-AWS). There for the aim of the present study was to evaluate the psychometric indicators of the Hungarian versions of the Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SAD-Q), Penn Alcohol Craving Scale (PACS), Multidimensional Alcohol Craving Scale (MACS), Alcohol Relapse Risk Scale (ARRS), and the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS). **Methods:** The present study was conducted among patients (n = 44) admitted to the Department of Psychiatry, University of Szeged with a diagnosis of alcohol dependence, alcohol withdrawal syndrome, or alcohol withdrawal syndrome with delirium. In addition to the aforementioned questionnaires, the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and Visual Analogue Scale (VAS) were administered. Internal consistency coefficients (Cronbach's alpha, item-total correlation) and convergent validity indices (Spearman correlations) were calculated, Mann-Whitney test was used to assess differences in the risk of relapse for the ARRS total score, and the independent-sample t-test was used to explore differences in complicated and non-complicated withdrawal for the PAWSS total score. In addition, binomial logistic regression was performed for both scales to analyze whether total scores were good predictors of c-AWS and relapse. **Results:** Cronbach's alpha values ranged from 0.875 to 0.948, and the construct validity indices (Spearman correlations) ranged from 0.537 to 0.760. For the ARRS, significantly higher total scores were found for those who relapsed within 3 months, and for the PAWSS, significantly higher total scores were found for patients experiencing complicated withdrawal. The ARRS and PAWSS total scores are good predictors of relapse and c-AWS. **Conclusions:** Based on our results, the questionnaires listed are reliable and valid measuring instruments, and their use might facilitate a more modern investigation and treatment of AUD.

**Keywords:** alcohol, psychometry, alcohol withdrawal syndrome, craving, relapse