

Egyes internalizációs és externalizációs tünetek vizsgálata a szerhasználati problémák kialakulása szempontjából veszélyeztetett serdülők és fiatal felnőttek körében

Doktori Értekezés

Matuszka Balázs

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Gerevich József, Ph.D., egyetemi tanár,

Hivatalos bírálók: Dr. Gádoros Júlia, Ph.D., főorvos

Dr. Szily Erika, Ph.D., egyetemi adjunktus

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Túry Ferenc, Ph.D., egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Demetrovics Zsolt, Ph.D., egyetemi tanár

Dr. Martos Tamás, Ph.D., egyetemi docens

Budapest
2015

Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke	4
1. BEVEZETÉS	5
1.1. A kémiai szerek maladaptív használatának jelentősége serdülő- és fiatal felnőtt korban.....	5
1.2. Az internalizációs és externalizációs tünetek összefüggései a szerhasználati zavarokkal	6
1.3. A serdülőkori dohányzás és az alkoholfogyasztás jellemzői	7
1.3.1. A dohányzás jellemzői serdülőkorban	7
1.3.2. Az alkoholfogyasztás jellemzői serdülőkorban.....	10
1.3.3. A dohányzás és alkoholfogyasztás együttes előfordulásának jellemzői serdülőkorban	11
1.4. A serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás egyes externalizációs- és internalizációs tünetekkel való összefüggései	14
1.4.1. A fizikai agresszió összefüggései a dohányzással és az alkoholfogyasztással.....	14
1.4.2. Az iskolai terrorizálás és a szerhasználat összefüggései	15
1.4.3. A Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) tüneteinek összefüggései a dohányzással és az alkoholfogyasztással	18
1.4.4. Az internalizációs zavarok összefüggései a dohányzással és az alkoholfogyasztással .	19
1.5. A fiatal felnőttkorra jellemző szerhasználat jellegzetességei.....	20
1.6. Egyes externalizációs és internalizációs tünetek összefüggései a szerhasználattal fiatal felnőttkorban	22
1.7. A kémiai addikciók szűrése.....	23
1.8. A DUDIT és a DUDIT-E jellemzői	25
1.8.1. A DUDIT	26
1.8.2. A DUDIT-E.....	28
1.9. A DUDIT és a DUDIT-E pszichometriai mutatói.....	30
1.10. A mérőeszközök pszichometriai validálása	31
1.10.1. A megbízhatóság kérdése	32
1.10.2. Az érvényesség kérdése	33
2. CÉLKITŰZÉSEK	35
2.1. A kutatás általános célkitűzései.....	35

2.2. A serdülők körében végzett vizsgálat hipotézisei	35
2.3. A fiatal felnőttek mintáján végzett vizsgálat hipotézisei.....	36
3. MÓDSZEREK.....	38
3.1.A serdülők körében végzett vizsgálat módszerei	38
3.1.1. Vizsgálati minta.....	38
3.1.2. Eljárás.....	40
3.1.3. Mérőeszközök	41
3.1.4. Az elemzett változók ismertetése	44
3.1.5. Statisztikai elemzések	45
3.2. A fiatal felnőttek mintáján végzett vizsgálat módszerei.....	47
3.2.1. Vizsgálati minta.....	47
3.2.2. Eljárás.....	48
3.2.3. Mérőeszközök	50
3.2.4. Statisztikai elemzések	51
4. EREDMÉNYEK.....	53
4.1. A serdülők körében végzett vizsgálat eredményei	53
4.1.1. Leíró statisztikai adatok	53
4.1.2. A felhasznált kérdőívek pszichometriai jellemzői	60
4.1.3. Hipotézisvizsgálatok	66
4.2. A fiatal felnőttek körében végzett vizsgálat eredményei	80
4.2.1. Leíró statisztikai adatok	80
4.2.2. A mérőeszközök pszichometriai jellemzői.....	83
4.2.3. Hipotézisvizsgálatok	92
5. MEGBESZÉLÉS	106
5.1. A serdülők körében végzett vizsgálat megbeszélése.....	106
5.1.1. A vizsgált externalizációs tünetek és a szerhasználat összefüggései	107
5.1.2. A vizsgált internalizációs tünetek és a szerhasználat összefüggései	111

5.1.3. Összefoglalás.....	111
5.1.4. A vizsgálat korlátai.....	112
5.2. A fiatal felnőttek mintáján végzett kutatás megbeszélése.....	113
5.2.1. A droghasználat jellegzetességei a vizsgált mintán.....	113
5.2.2. A vizsgált externalizációs tünetek összefüggései a szerhasználattal.....	114
5.2.3. A vizsgált internalizációs tünetek összefüggései a szerhasználattal	116
5.2.4. A kezelésre való motiváltság jellemzői.....	117
5.2.5. A DUDIT és a DUDIT-E pszichometriai értékelése.....	119
5.2.6. A vizsgálat korlátai.....	121
5.3. A vizsgálat legfontosabb megállapításai	121
6. KÖVETKEZTETÉSEK	123
6.1. A serdülők körében végzett vizsgálat következtetései	123
6.1.1. Az együttes használattal összefüggő problémák kezelésére tett ajánlások	123
6.2. A fiatal felnőttek mintáján végzett kutatás klinikai implikációi	129
7. ÖSSZEFOGLALÁS.....	131
8. SUMMARY	132
9. IRODALOMJEGYZÉK.....	133
10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	149
11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	150
MELLÉKLETEK.....	151

Rövidítések jegyzéke

ADHD:	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar)
AQ:	Buss-Perry Aggression Questionnaire (Buss-Perry Agresszió Kérdőív)
ASI:	Addiction Severity Index (Addikció Súlyossági Index)
AUC:	Area Under the Curve (A görbe alatti terület)
AUDIT:	Alcohol Use Disorders Identification Test (Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje)
BNO-10:	Betegségek Nemzetközi Osztályozása, tizedik kiadás
DAST:	Drug Abuse Screening Test (Drogabúzus Szűrőteszt)
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve)
DUDIT:	Drug Use Disorders Identification Test (Droghasználat Zavarainak Szűrőtesztje)
	DUDIT-E: Drug Use Disorders Identification Test – Extended (Droghasználat Zavarainak Kiterjesztett Szűrőtesztje)
DUSI:	Drug Use Screening Inventory (Droghasználati Szűrőkérdőív)
EFA:	exploratory factor analysis (feltáró faktoranalízis)
ESPAD:	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról)
EuroADAD:	European Adolescent Assessment Dialogue (A Serdülőkorú Problémák Európai Értékelő Intéjája)
GLIMMIX:	Generalized Linear Integrated Mixed Model (általánosított lineáris integrált kevert modell)
GLMM:	General Linear Mixed Model (általános lineáris kevert modell)
HBSC:	Health Behavior of School Children (Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása)
ICC:	Intraclass Correlation Coefficient (Intraklassz korrelációs együttható)
MAO:	monoamin-oxidáz enzim
MAST:	Michigan Alcoholism Screening Test (Michigan Alkoholizmus Szűrőteszt)
OR:	Odds Ratio (Esélyhányados)
ROC:	Receiver Operated Characteristic curve (ROC görbe)
SAS:	The Statistical Analysis System for Windows
SCAN:	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SCID:	The Structured Clinical Interview for DSM-IV (Struktúrált Klinikai Interjú a DSM-IV I. tengelyes Zavaraihoz)
SDQ:	Strengths and Difficulties Questionnaire (Képességek és Nehézségek Kérdőív)
SPSS:	Statistical Product and Service Solutions for Windows
WHO:	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

1. BEVEZETÉS

1.1. A kémiai szerek maladaptív használatának jelentősége serdülő- és fiatal felnőtt korban

A serdülőkor és a fiatal felnőttkor kitüntetett jelentőségű időszakok a szerhasználati problémák kialakulása szempontjából, ugyanis az alkohol, a dohány és az illegális drogok abuzív használata általában ebben a két életszakaszban kezdődik (NIDA, 2014). Az addiktív problémák kialakulása szempontjából a serdülőkor a legkritikusabb életszakasz, mivel a serdülőkorban kialakuló szerabúzus és pszichoaktív szer-dependencia nagyobb valószínűséggel vezet a felnőtt korban is fennálló addikció kialakulásához, orvosi kezeléshez, pszichiátriai zavarok kialakulásához, szomatikus megbetegedésekhez és halálhoz (O'Neil, Conner, és Kendall, 2011; Wu, Gersing, Burchett, Woody, és Blazer, 2011). A serdülőkort olyan bio-pszicho-szociális tényezők jellemzik, melyek összefüggésben állnak a szerabúzus és dependencia kialakulásával. A pszichoaktív szer-dependencia kialakulása olyan tényezőkkel áll összefüggésben, mint öröklött genetikai jellemzők, az agy érésének-fejlődésének jellegzetességei, bizonyos személyiségvonások jelenléte (pl. impulzivitás vagy újdonságkeresés), a családi környezet jellemzői (gyermekkori bántalmazás, elhanyagolás, pszichiátriai vagy szerhasználati zavarok jelenléte a szülőknél) és a fiatalot érő kortárs- hatások (az iskolai környezet jellege, a barátok, iskolatársak szerfogyasztása) (NIDA, 2014). A serdülőket a droghasználat kialakulása szempontjából különösen vulnerabilissá teszik az adolescens korban végbemenő idegfejlődési jelenségek, melyek a központi idegrendszer területeinek egyenetlen érési ütemében ragadhatnak meg. A serdülők agyára egyszerre jellemző az a kettősség, hogy a jutalom- és büntetés jelzéseire érzékeny középagyi területek már kellően érettek, azonban a gátlásért és tervezésért felelős prefrontális területek csak az élet 20-as éveire érik el az érési maximumukat (NIDA, 2014). Ez a kettősség felelős neurobiológiai szinten a serdülő- és fiatal felnőtt korra fokozottan jellemző rizikómagatartás-formák megjelenéséért. A szociális rizikótényezők közül az egyik legjelentősebb a szerhasználat kialakulása szempontjából az általános iskolás korból a középiskolás korba történő átmenet (ami időben egybeesik a korai adolescens korból az adolescens korba történő átmenettel), mely érzékennyé teszi a fiatal serdülőket a pszichológiai problémák (Ge, Conger, és Elder, 2001) és a szerhasználati zavarok kialakulása szempontjából (Costa, Jessor, és Turbin, 1999; Crews, He, és Hodge, 2007;

Fettes és Aarons, 2011; Liao, Huang, Huh, Pentz, és Chou, 2013). Ez az átmeneti időszak az iskola kilencedik osztálya körüli időszakban megy végbe. Korábbi kutatási adatok tanulsága szerint a kilencedik osztály a legnehezebb az egész középiskolai képzés során, mivel a kilencedik osztályba lépő tanulóknak egy a középiskolától gyökeresen eltérő iskolai környezethez kell alkalmazkodniuk (Black, 2004). Az új iskolatípushoz való alkalmazkodás által keltett stressz tovább növeli az ebben az időszakban lejátszódó biológiai és pszichológiai változásokkal együttjáró stressz szintjét (Costa és mtsai, 1999). Korábbi kutatások eredményei alapján a kilencedik iskolaév (a 14 és 16 éves kor közötti időszak) döntő jelentőségű a dohányzás (Liao és mtsai, 2013) valamint az együttesen megjelenő ivás és dohányzás kialakulásában is (Johnson, Webber, Myers, Boris, és Berenson, 2009; Lotrean, Kremers, Ionut, és de Vries, 2009).

Fiatal felnőtt korban e rizikótényezők mellé további járulékos tényezők is társulnak (pl. a szülői ház elhagyása, a továbbtanulással, munkavállalással összefüggő stresszorok, a konvencionális felnőtt szerepek elsajátításának nehézségei), melyek növelik a pszichoaktív szerek kipróbálásának, valamint a szerhasználati zavarok kialakulásának valószínűségét (Kristina M. Jackson, Sher, és Schulenberg, 2008; NIDA, 2014). Serdülő- és fiatal felnőtt korban a szerhasználati zavarokkal összefüggő tényezők feltárása és megismerése mind a megelőzés, mind pedig a klinikai kezelés szempontjából kitüntetett jelentőségű. A szerhasználati zavarokkal kapcsolatos kutatások ezen áramlatába illeszthetők az e zavarokkal egyidejűleg fennálló egyéb pszichopatológiai problémák feltárását célzó kutatások is.

1.2. Az internalizációs és externalizációs tünetek összefüggései a szerhasználati zavarokkal

A szerhasználati zavarokkal összefüggő egyéb pszichiátriai zavarok feltárását célzó kutatási irányzatnak az alapját az a klinikai tapasztalat és szakirodalmi ismeret képezi, hogy a szerhasználati zavarok gyakran más pszichiátriai zavarokkal és pszichopatológiai tünetekkel is együttjárnak (Chan, Dennis, és Funk, 2008; Wu és mtsai, 2011).

A felnőttek és serdülők körében lakossági és klinikai mintákon lefolytatott epidemiológiai kutatások 3 fő dimenziót azonosítottak, melyekbe valamennyi gyakran előforduló mentális zavar beilleszthető (Chan és mtsai, 2008). Az első az ún. internalizációs zavarok csoportja, olyan diagnosztikus entitások tartoznak ide, mint pl. a depresszió tünetei, az

egyedülálló jelenségek, az öngyilkosság vagy a pszichoszomatikus problémák. A közös elem e csoportba tartozó zavarok között a problémák internalizációja, a tünetek által kiváltott szenvedés locusa az azokat átélő személy. A második csoport az externalizációs zavarok csoportja. Az ide tartozó zavarok közül a figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar, az impulzuskontroll- és viselkedészavarok, valamint az antiszociális viselkedés és az agresszív viselkedés a leggyakoribbak. Az e csoportba tartozó zavarok közös jellemzője, hogy tüneteik első sorban az ilyen betegségben szenvedő személy környezetében okoznak nehézségeket. A zavarok harmadik csoportját a szerhasználati zavarok (abúzus, depenencia) jelentik. Az azonos dimenzióhoz tartozó zavarok hasonló etiológiai háttérrel, lefolyási- és kezelési jellemzőkkel jellemezhetők, szemben a másik dimenziókba tartozó zavarokkal. Ezért e hármass csoportosítás megkönnyíti a zavarok együttes előfordulásának leírását (Chan és mtsai, 2008). Az externalizációs- és internalizációs zavarok mind klinikai, mind pedig lakossági mintákon végzett kutatások tanulságai alapján mind serülő, mind pedig felnőtt korban összefüggésben állnak a szerhasználati zavarokkal (Chan és mtsai, 2008; O'Neil és mtsai, 2011; Roberts, Roberts, és Xing, 2007), bár a szerhasználati zavarok és az internalizációs- és externalizációs zavarok kialakulásának időrendje, és a háttérben feltárható etiológiai tényezők egyelőre nem teljesen tisztázottak (Chan és mtsai, 2008; O'Neil és mtsai, 2011; Roberts és mtsai, 2007).

1.3. A serdülőkori dohányzás és az alkoholfogyasztás jellemzői

A serdülőkor kitüntetett jelentőségű időszak az olyan egészségkárosító magatartásformák kialakulása szempontjából, mint amilyen a dohányzás, az alkoholvás vagy a drogfogyasztás (Doran, Luczak, Bekman, Koutsenok, és Brown, 2012). Az ebben az időszakban kialakuló dohányzás és alkoholvás kérdését általában különálló problémákként kezelték a szakirodalomban (Latvala és mtsai, 2009; SAMSHA, 2005), így a két szer együttes használata iránti kutatói érdeklődés viszonylag újabb keletű (Anthony és Echeagaray-Wagner, 2000; Chun és Chung, 2013; Grucza és Bierut, 2006; K. M. Jackson, Sher, Cooper, és Wood, 2002; Johnson és mtsai, 2009).

1.3.1 A dohányzás jellemzői serdülőkorban

A rendszeres dohányzás és a nikotinfüggőség kialakulásának leggyakoribb időszaka a serdülőkor (Currie és mtsai, 2008; *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young*

Adults: A Report of the Surgeon General, 2012), a serdülőkorban kialakuló dohányzás felnőtt korra is tartóssá válhat. Ennek háttérében fejlődéstani okok és genetikai tényezők egyaránt szerepet játszanak (Hipple, Lando, Klein, és Winickoff, 2011). A dohányzás korai kezdete összefüggésben áll a napi dohányzással, a hosszú ideig tartó dohányos karrierrel és az elfogyasztott cigaretták számával (Grant, 1998). A felnőtt dohányosok 80-90%-a 18 éves kora előtt kezd el dohányozni (Fettes és Aarons, 2011). Ennek okai a nikotin serdülőkori fogyasztásának farmakológiai sajátosságiban keresendők: serdülőkorban a felnőttkorinál ritkább dohányzás és kevesebb elfogyasztott cigaretta is nikotinfüggőséghez vezethet (Currie és mtsai, 2012). A serdülőkori dohányzás légzőszervi, nőgyógyászati, reprodukciós és mentális megbetegedésekhez is vezethet (*Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*, 2012). Noha a dohány élvezetének világszerte még mindig a cigarettaszívás a legelterjedtebb formája a serdülők körében, a füstmentes dohánytermékek fogyasztásának és a vízipipázás prevalenciája is nő (Agaku, Ayo-Yusuf, Vardavas, és Connolly, 2014; Albisser, Schmidlin, Schindler, Tamm, és Stolz, 2013). A serdülőkori dohányzás a HBSC kutatások adatai szerint olyan egészségkárosító magatartásformákkal állt összefüggésben, mint az iskolai terrorizálás, az alkoholfogyasztás, a nemi élet korai kezdete, az étellel való elégedettség alacsony mértéke vagy az egészségi problémák korai kialakulása (Currie és mtsai., 2012).

Az egészségmagatartás kialakulásának és megszilárdulásának időszaka a serdülőkorra tehető, párhuzamosan a dohányzással való kísérletezés kezdetével (Agaku és mtsai, 2014). Ezért a serdülőkori dohányzás prevalenciájának pontos felmérése és a serdülőkori dohányzás kialakulásának szempontjából lényeges rizikótényezők feltárása világszerte kiemelt kutatói prioritást élvez.

Agaku és munkatársai (2014) tanulmányokban a világ 32 országában vizsgálták meg a dohányzás prevalenciáját a 13-15 éves serdülők körében 2007 és 2011 között. Eredményeik szerint Európában és Észak-Amerikában volt a legmagasabb a dohányzás kialakulásának valószínűsége ebben az életkorban. Az Ázsiai, Afrikai és a Csendes óceáni régiókban a füstmentes dohánytermékek fogyasztása volt a leginkább jellemző. A jelenlegi dohányzás prevalenciája 8% volt az Egyesült Államokban, míg Európában átlagosan 16,7% (Magyarországon 23,2%). A magyarországi prevalencia-adat európai

viszonylatban is magas volta miatt a kérdés tudományos vizsgálata Magyarországon különösen indokolt.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) együttműködésében 36 ország részvételével zajló nemzetközi kutatás, Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour of School-Aged Children, HBSC) legfrissebb, 2009/2010-ben lezajlott felmérése szerint a rendszeres dohányosok (hetente legalább egy alkalommal dohányzó) aránya átlagosan 18% volt a 36 ország 15 éves serdülői körében. Hazánkban ez az arány 26% volt. A nemek közötti különbség az elmúlt évek során folyamatosan csökkent a dohányzás prevalenciájában a nyugati országokban. A legfrissebb eredmények alapján ez a jelenség a közép- és kelet-európai országokban is megfigyelhetővé vált, Magyarországon például mindkét nem esetén 26% volt a jelenlegi dohányzás prevalenciája (Currie és mtsai., 2012). A csökkenő nemi különbségek nemcsak az életkorra, hanem az iskolai osztályra vonatkoztatva is megfigyelhetők maradtak. Hazánkban a dohányzás prevalenciája 29,6% volt a fiúk és 26,0% volt a lányok körében a 9. évfolyamos serdülőknél, és ugyanez az arány 41,5% és 33,8% volt a 11. évfolyamos serdülőknél (Halmai és Németh, 2011b). Ezek az eredmények összhangban vannak azokkal a korábbi eredményekkel, melyek szerint a nemi különbségek csökkennek a dohányzás tekintetében (Pitel, Geckova, van Dijk, és Reijneveld, 2010). Ezek az eredmények a 9. évfolyamos időszak jelentőségére hívják fel a figyelmet a rendszeres dohányzás kialakulása kapcsán.

A HBSC kutatás mellett a másik, a kérdéssel rendszeresen foglalkozó nemzetközi kutatás az Európai iskola vizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD), melynek legfrissebb, ötödik vizsgálati hulláma 2011-ben került lebonyolításra 40 ország részvételével. A 15-16 éves serdülők mintáján végzett kutatás eredményei szerint a jelenlegi (az elmúlt 30 napban legalább egyszer történő) dohányzás prevalenciájának átlaga 28% volt a teljes mintán (Hibell és mtsai., 2012). Ugyanez az arány 37% volt a magyar fiatalok körében. A dohányzás trendjeit tekintve Magyarországon jelentősen nőtt a jelenlegi dohányosok aránya 2007 és 2011 között. Hasonló jelenség volt megfigyelhető Franciaországban, Monacóban, Lengyelországban, Romániában, Finnországban és Portugáliában is. A nemi különbségek tekintetében az ESPAD kutatás is a HBSC kutatáshoz hasonló

eredményeiről számolt be, a fiúk és a lányok közötti, a jelenlegi dohányzás prevalenciájában korábban mért különbségek 2011-re szinte teljesen eltűntek (Hibell és mtsai., 2012).

1.3.2 Az alkoholfogyasztás jellemzői serdülőkorban

Az alkohol fogyasztásának serdülőkorban mért prevalenciája világszerte nő (Fuhr és Gmel, 2011), a serdülőkori használat prevalenciája 20 és 82% közé tehető a 15-16 éves serdülők körében (Fuhr és Gmel, 2011). A korán, már a serdülőkor folyamán kialakuló rendszeres alkoholfogyasztás jelentős prediktora a felnőttkori excesszív ivásnak, az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák kialakulásának, és az alkoholfüggőségnek (Grant, 1998; Jackson és mtsai, 2002). A serdülőkorban évente átlagosan elfogyasztott tiszta szesz mennyisége együttjárást mutat a felnőttkorban elfogyasztott mennyiséggel (Fuhr és Gmel, 2011). A serdülőkori alkoholfogyasztás jelentős kapcsolatban áll az olyan rizikó-magatartásmódokkal, mint a balesetek elszenvedése, az alkoholos befolyásoltság közben történő autózvezetés, az erőszakos cselekmények elkövetése és azok áldozatává válás, az öngyilkosság valamint a kockázatos szexuális viselkedés. Az alkohol ilyenformán szoros kapcsolatban áll a vezető serdülőkori halálokokkal (Chaveepojnkamjorn és Pichainarong, 2011; Johnson és mtsai, 2009; Kokkevi és mtsai, 2012; Miller, Naimi, Brewer, és Jones, 2007; Ortin, Lake, Kleinman, és Gould, 2012; Stickley, Koyanagi, Kuposov, Razvodovsky, és Ruchkin, 2013). Emellett káros hatással lehet a társas kapcsolatok kialakítására, az iskolai teljesítményre vagy a nagyagykéreg fejlődésére (Currie és mtsai, 2012).

A 2010-es HBSC kutatás eredményei szerint a rendszeres alkoholivók (hetente legalább egy alkalommal fogyasztanak alkoholt) aránya átlagosan 21% volt a 15 éves serdülők körében, ami a dohányzásénál (18%) valamivel magasabb prevalencia-értéket jelent. A nemek közötti különbség jelentős volt: a lányok körében 17%, míg a fiúkban 25% volt a rendszeres alkoholivás gyakorisága. Hazánkban ez az arány 20 és 32% volt. A 15 évesek körében a valaha legalább már kétszer lerészegedő diákok aránya átlagosan 32%, míg a nemek tekintetében 29% (lányok) és 34% (fiúk) volt a 36 országban. Magyarországon ez az arány valamivel magasabb volt az átlagnál (lányok: 35%, fiúk 47%). A nemek közötti különbség az elmúlt évek során folyamatosan csökkent a rendszeres ivás és a korai lerészegedések számában (valamennyi ország vonatkozásában). A 13 és a 15 éves kor

közötti „ugrás” valamennyi országban jelentős (Currie és mtsai., 2012). A csökkenő nemi különbségek nemcsak az életkorra, hanem az iskolai osztályra vonatkoztatva is megfigyelhetők maradtak.

Magyarországon a rendszeres fogyasztás prevalenciája 33,2% volt a fiúk és 21,6% volt a lányok körében a 9. évfolyamos serdülőknél, míg ugyanez az arány 47,6% és 31,5% volt a 11. évfolyamos serdülőknél. A röviditalok fogyasztásának aránya mindkét nemnél szinte teljesen megegyezett a sör és a bor fogyasztásának arányával a 9. évfolyamosok mintáján (Halmai és Németh, 2011a). Ezek az eredmények a 9. évfolyamos időszak jelentőségére hívják fel a figyelmet a rendszeres alkoholfogyasztás és az ezzel összefüggő problémás fogyasztás kialakulása kapcsán. A 9. évfolyamba járó fiúk 50,5%-a és a lányok 36%-a már legalább kétszer lerészegedett élete során (Halmai és Németh, 2011a).

A 2011-es ESPAD kutatás eredményei szerint a 15-16 éves serdülők mintáján a jelenlegi (az elmúlt 12 hónapban legalább egyszer történő) alkoholfogyasztás átlagprevalenciája 78% volt, ami enyhe csökkenést mutat a 2007-es adatokhoz képest (81%) (Hibell és mtsai., 2012). Ugyanez az arány növekedett a magyar fiatalok körében (közel 85%). Az elmúlt 30 napra vonatkoztatott (jelenlegi használati) értékek stagnáltak 2007 és 2011 között (Hibell és mtsai., 2012). Az adatok Magyarországon is 60% körül maradtak 2007 és 2011 között. A dohányzáshoz hasonlóan a nemi különbségek a jelenlegi alkoholfogyasztás arányában is szinte teljesen eltűntek, azonban az elfogyasztott alkohol mennyiségében jelentős különbségek figyelhetők meg (Hibell és mtsai., 2012). A súlyos, epizodikus ivás prevalenciája hazánkban meghaladta a 40%-ot. Ez az arány a 1999-es adatfelvétel óta minden alkalommal jelentősen nőtt (Hibell és mtsai., 2012). A nemi különbségek ebben a tekintetben is jelentősen csökkentek 2007-hez képest (Hibell és mtsai., 2012).

1.3.3. A dohányzás és alkoholfogyasztás együttes előfordulásának jellemzői serdülőkorban

A serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás gyakran együtt jár egymással. A jelenlegi dohányosok jelentős hányada alkoholt is fogyaszt, míg a fordított arány lényegesen kisebb (Schmid és mtsai., 2007). A serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás fokozzák egymás használatának kialakulását és a fogyasztás gyakoriságának növekedését (Schmid és mtsai., 2007), sőt a későbbi, felnőttkori problémás alkoholhasználat és nikotinfüggőség

kialakulási kockázatát is növelik (Faeh, Viswanathan, Chiolero, Warren, és Bovet, 2006; Jackson és mtsai, 2002). Emellett a két szer egymás hatását szinergisztikusan erősítheti a szív-érrendszeri és daganatos megbetegedések kialakulásában (Lotrean és mtsai, 2009). Emellett a dohányzás és az alkoholfogyasztás együttes serdülőkori megjelenése a fiatal felnőtt korra stabilizálódhat (Anthony és Echeagaray-Wagner, 2000), továbbá a két szer együttes használata következtében kialakuló betegségek súlyosabb lefolyásúak, mint azok, melyek vagy az ivás vagy a dohányzás következtében alakulnak ki (Anthony és Echeagaray-Wagner, 2000; Jackson és mtsai, 2002; Johnson és mtsai, 2009). Mindez az együttesen fennálló dohányzás és alkoholvás közegészségügyi jelentőségére hívja fel a figyelmet (Skara és mtsai, 2008).

A dohányzás és az alkoholfogyasztás együttes használata ismert jelenség a felnőttek és a serdülők körében (Faeh és mtsai, 2006), azonban a jelenség háttérében álló tényezők még nem teljesen tisztázottak (Room, 2004; Schmid és mtsai, 2007). A két szer együttes használatának elméletei négy lehetőséget vetnek fel. Az első szerint az alkoholfogyasztás vezet a dohányzáshoz, a második szerint épp ellenkezőleg, a dohányzás következtében alakul ki az alkoholfogyasztás, a harmadik megközelítés a két szer fogyasztása reciprok módon hatnak egymásra, és végül mindkettő használata egy harmadik, közös változó következménye (Jackson és mtsai, 2002).

Az utóbbi jelenség magyarázatának igényével fellépő elméletek egyaránt hangsúlyozzák bizonyos személyiségvonások (pl. az impulzivitás vagy az újdonságkeresés), genetikai tényezők vagy a viselkedéses gátlás zavarának jelentőségét (Schmid és mtsai, 2007). Room 2004-es összefoglaló cikkében a két szer egymás hatását fokozó farmakológiai jellemzőit, a személyiségvonások szerepét és a két szer együttes fogyasztásának szociális-kulturális kontextusát emelte ki (Room, 2004).

A két szer együttes használatának elterjedtségét az elmúlt évtizedben kezdték el vizsgálni serdülők körében. Johnson és munkatársai (2009) eredményei szerint a két szer együttes használatának prevalenciája 20% volt kilencedik osztályos amerikai serdülők mintáján.

Vizsgálatuk keretében rizikó-magatartásformák, vagy személyiségtényezők mérésére nem került sor (Johnson és mtsai, 2009), azonban az olyan tényezők, mint az iskolai teljesítmény, a tanulmányok korai lezárása és az etnikum szignifikánsan összefüggött az

együttes használat kialakulásával. Kutatásuk eredménye megegyezik Johnson és Echeagaray-Wagner eredményeivel, akik a serdülők körében 20%-ban határozták meg a két szer együttes használatának prevalenciáját (Anthony és Echeagaray-Wagner, 2000). Johnson és munkatársai a kilencedik osztályos diákok alkoholfogyasztási preferenciái alapján azt állapították meg, hogy a használat eltolódott a rövid italok fogyasztása felé. A két szer együttesen használó fiatalok között a nemi különbség mértéke minimális volt. Az együttes használók tanulmányi eredménye szignifikánsan rosszabb volt, mint társaiké, baráti körükben és családjukban jelentősen több dohányos és rendszeres ivó volt felfedezhető (Johnson és mtsai, 2009).

Lotrean és munkatársai utánkövetéses vizsgálatukban a két szer együttes használatának prevalenciáját 15,4%-ban állapították meg 9. évfolyamos román serdülők mintáján. Ugyanez az érték 22,5%-ra módosult a 10. évfolyamra. A két szer együttes használatát tekintve jelentős nemi különbségeket mutattak ki: a lányoknál a dohányzás jobban előre jelezte az alkoholhasználatot, mint az alkoholhasználat a dohányzást, ez az összefüggés a fiúknál azonban fordított volt (Lotrean és mtsai, 2009).

Schmidt és munkatársai 2007-es vizsgálatukban 25,8%-ban határozták meg a két szer együttes használatának prevalenciáját 15 éves német serdülők mintáján. Eredményeik szerint a dohányzás dominált az együttes használat kialakulásában: mintájukban a jelenlegi dohányosok körében majdnem mindenki alkoholt is ivott, míg a jelenlegi alkoholivóknak kevesebb, mint a fele dohányzott (Schmid és mtsai, 2007). Eredményeik alapján a két szer együttesen fogyasztó fiatalok egy jól körülírható csoportot képeznek, akik különösen veszélyeztetettek a későbbi szerhasználati zavarok kialakulása szempontjából. Korábban, átlagosan 13 éves korukban kezdtek el inni, és több mint háromszor annyi alkoholt fogyasztottak alkalmanként, mint a csak alkoholt fogyasztó társaik (Schmid és mtsai, 2007). Ezen kívül háromszor-öttször nagyobb volt körükben a kannabisz fogyasztásának esélye is, mint a csak dohányzó vagy csak alkoholt fogyasztó serdülők körében (Schmid és mtsai, 2007). Azt az összefüggést, mely szerint a dohányos fiatalok gyakrabban fogyasztanak alkoholt és kannabiszt, mint a nem dohányzó kortársaik, Faeh és munkatársai (2006) kutatása is megerősítette (Seychelles-szigeteki serdülők mintáján) (Faeh és mtsai, 2006).

A kutatási eredményeket összefoglalva a két szer együttes használatának prevalenciája 20 és 26% közé tehető, és ez az arány konzisztensnek tűnik az kulturális és földrajzi jellemzők ellenére is. A nemi különbségek nem jellemzőek ebben a tekintetben és a 14-16 éves kor kitüntetett jelentőségű időszak a probléma kialakulása szempontjából.

1.4. A serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás egyes externalizációs- és internalizációs tünetekkel való összefüggései

1.4.1. A fizikai agresszió összefüggései a dohányzással és az alkoholfogyasztással

Az agresszió fogalma olyan szándékos viselkedésre utal, melynek célja sérülés vagy kellemetlen érzelmi állapot előidézése egy másik ember számára (Olweus, 1973). Az egyes pszichoaktív szerek használata és az – általában vett – agresszió valamint specifikusan a fizikai agresszió kialakulása közötti összefüggés régóta ismert jelenség a szakirodalomban (Doran és mtsai, 2012). Bár az együttesen megjelenő dohányzás és alkoholfogyasztás prevalenciájának felmérése céljából végeztek kutatásokat (Grucza és Bierut, 2006; Jackson és mtsai, 2002; Lotrean és mtsai, 2009; Wetzels, Kremers, Vitoria, és de Vries, 2003), ezek nem terjedtek ki a jelenség esetleges összefüggéseire az agresszív viselkedésformákkal. Ennek ellenére korábbi kutatások vizsgálták ezt az összefüggést, de a két szer használatát önálló problémáknak tekintették. Korábbi kutatások tanulságai alapján a dohányzás és az alkoholfogyasztás önálló megjelenése összefüggésben áll az agresszív viselkedésformák kialakulásával (Skara és mtsai, 2008). Az agresszív viselkedés és a serdülőkorban kialakuló dohányzás és alkoholfogyasztás közötti összefüggés is ismert jelenség (OAS, 2005; S. J. Roberts, Glod, Kim, és Houchell, 2010; Skara és mtsai, 2008; White, Fite, Pardini, Mun, és Loeber, 2013). Ráadásul e kutatások alapján a serdülőkori problémaviselkedés-komplexum (OAS, 2005) és az impulzív-agresszív viselkedésformák (Walther, Morgenstern, és Hanewinkel, 2012) is összefüggésben álltak az alkoholfogyasztással és a dohányzással. A serdülőkori agresszív magatartásmódok szempontjából a fizikai agresszió a leggyakrabban vizsgált agresszív magatartásforma a szakirodalomban (Skara és mtsai, 2008).

A fizikai agresszió és az alkoholfogyasztás közötti direkt összefüggés jól dokumentált jelenség (OAS, 2005; S. J. Roberts és mtsai, 2010), továbbá a dohányzás és az agresszió

valamint a hosztilitás közötti összefüggések is alátámasztást nyertek (Helstrom, Bryan, Hutchison, Riggs, és Blechman, 2004; Weiss, Moumtapa, Cen, Johnson, és Unger, 2011).

A serdülőkori alkoholivás és a fizikai agresszió közötti összefüggések eltéréseket mutatathatnak bizonyos szociokulturális tényezők (pl. rassz, családi jellemzők, nemek vagy iskolai teljesítmény) mentén (Mercado-Crespo és Mbah, 2013). Ez összefüggés a kutatási eredmények alapján eltéréseket mutat (Chun és Chung, 2013): a fizikai agresszió a fiúk körében az ivással, míg a lányok esetén a dohányzással függött össze (Chun és Chung, 2013). Más kutatások a fizikai is megerősítik a korábban kimutatott nemi különbségeket: az összefüggés a dohányzás esetén volt kimutatható (Skara és mtsai, 2008). Az agresszió és az ivás közötti összefüggés azonban mindkét nem esetén kimutatható volt (Skara és mtsai, 2008).

A dohányzás és az alkoholfogyasztás tekintetében jelentős eltérések figyelhetők meg a szakirodalomban az agresszió célelvősége szempontjából. Fite és munkatársai (2008) vizsgálatukban kimutatták, hogy az alkoholfogyasztás és a dohányzás serdülőkori kialakulása eltérően függ össze a proaktív (egy cél elérése érdekében alkalmazott agresszió) és a reaktív (mások agresszív vagy fenyegető viselkedése által kiváltott agresszió) agresszióval: a dohányzás kialakulásának hatása a reaktív agresszióval, míg az alkoholfogyasztás a proaktív agresszióval mutatott összefüggést (Fite, Colder, Lochman, és Wells, 2008). Longitudinális vizsgálatukban (2009) Fite és munkatársai eredményei szerint 16 éves fiúk körében a dohányzás, a nagyivás és a marihuána fogyasztás a proaktív agresszióval függött össze (Fite, Raine, Stouthamer-Loeber, Loeber, és Pardini, 2009). A 16 éves korban megjelenő proaktív agresszió a tíz évvel későbbi nagyivással szignifikáns összefüggést mutatott (Fite, Schwartz, és Hendrickson, 2012). A proaktív agresszió és a nagyivás közötti összefüggést más longitudinális vizsgálatok is megerősítették (Fite és mtsai, 2012).

1.4.2. Az iskolai terrorizálás és a szerhasználat összefüggései

Az iskolai terrorizálás (bullying) az agresszív viselkedésmódok egy formája, mely számos meghatározott jellemzővel rendelkezik. Olweus az alábbi definíció szerint határozza meg a jelenséget (Olweus, 1993): „Egy diák abban az esetben tekinthető a bullying áldozatának, amennyiben egy vagy több másik diák által hosszú időn keresztül és ismétlődő jelleggel negatív cselekedeteknek van kitéve. Negatív cselekedetnek azt

nevezzük, amikor valaki szándékosan sérülést vagy diszkomfort érzést okoz vagy próbál okozni egy másik személynek.” Olweus ezt azzal egészíti ki, hogy a „negatív cselekedet” nem csupán a fizikai síkon manifesztálódó megjelenési formákra korlátozódik, hanem magában foglal minden verbális vagy egyéb módot is, mint amilyen például a közösségből való kirekesztés vagy az obszcén gesztusokkal történő székálás (Kyriakides, Kaloyirou, és Lindsay, 2006). A bullying fontos elemeként definiálta továbbá az agresszor és az áldozat között megfigyelhető, erőviszonyokban fennálló egyenlőtlenséget is (Olweus, 1993). A nem hosszabb időn át fennálló vagy nem ismétlődő, illetve nem szándékos agresszióformák nem tartoznak a bullying jelenségkörébe.

Az iskolai terrorizálás (bullying) világszerte elterjedt probléma, mely mind az általános, mind pedig a középiskolás diákok körében megfigyelhető (Alikasifoglu, Erginoz, Ercan, Uysal, és Albayrak-Kaymak, 2007). Az iskolai terrorizálás prevalenciáját az egyes kutatások – eltérő metodikájuknál és mérőeszközeiknél fogva – egy viszonylag széles tartományban (10-20%) jelölik meg az egyes országokban (Kim és Kim, 2013). A WHO legfrissebb adatai szerint átlagosan a 15 éves fiúk 16% és a lányok 5%-a keveredik verekedésekbe az elmúlt 12 hónap vonatkozásában és ugyanebben az időtartamban a fiúk 10 és a lányok 7%-a válik az iskolai terrorizálás áldozatává (Currie és mtsai, 2012). Az iskolai terrorizálás magyarországi prevalencia-adatai ugyancsak széles, tartományban mérhetők. Figula Erika (2004) Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 505 diák bevonásával lefolytatott kutatása során az általános iskola ötödik és nyolcadik osztályába járó, valamint lakóotthonban lakó diákok körében 12,87% volt az iskolai terrorizálás elkövetésének prevalenciája. A válaszadó diákok 26,14%-a vált a terrorizálás áldozatává, míg a 26,53%-uk egyszerre volt elkövető és áldozat. A terrorizálásban részt nem vevő, szemlélődő diákok aránya 34,46% volt (Figula,2004). Az Oktatási Jogok Biztosának Hivatala a 2008/2009-es tanévben országos reprezentatív felmérést végzett 11. osztályos középiskolások között (n=4263). A felmérés eredményei szerint a 11. évfolyamos diákok 60%-a alkalmazott verbális agressziót legalább egyszer a tanév során. A válaszadók 47,5%-a vett részt legalább egyszer társai megszegésében és a válaszadók egynegyede vett részt a fizikai agresszió valamilyen formájában (OJB,2010). Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, (Health Behaviour of School-Aged Children, HBSC) országos reprezentatív mintán (N=8096), 2009/2010-ben lezajlott kutatási program eredményei szerint az iskolai terrorizálás elkövetésének prevalenciája

12,6% volt az 5. osztályos, 16,8% a 7. osztályos, 15,5% a 9. osztályos és 13,4% a 11. osztályos tanulók körében. Az áldozattá válás aránya 20,4% volt az 5. évfolyamba járó, 16,6% a 7. évfolyamba járó, 11,3% a 9. évfolyamba járó és 7,2% a 11. évfolyamba járó tanulók között. Az elkövető-áldozatok aránya összesítve 10% volt a teljes mintán (N=7979). A tanulók 61,9%-a egyáltalán nem volt érintett az iskolai terrorizálásban (Zsiros és Örkényi, 2011).

Mind nemzetközi és hazai jellemzői alapján az iskolai terrorizálás és erőszak kezelése és megelőzése fontos közegészségügyi jelentőséggel bír (Alikasifoglu és mtsai, 2007). Az iskolai erőszak és terrorizálás háttértényezőinek feltárása és azonosítása adekvát és probléma specifikus preventív és interventív módszerek kidolgozásához nyújthat lehetőséget. A serdülőkorban kialakuló szerhasználati formák kiemelt jelentőségűek e tekintetben. Recens kutatások kimutatták, hogy a bullying egy olyan súlyos iskolai probléma, mely hatással van az iskolai hatékonyságra, jelentős nemi különbségeket mutat, valamint számos negatív következménnyel jár az elszenvedőire nézve: kapcsolatban állhat a gyermekkori stresszel összefüggő tünetekkel, az iskolafóbiával vagy akár az öngyilkossággal is (Kyriakides és mtsai, 2006; Olweus, 1993; Dan Olweus, 1997; Olweus, 2007; Solberg és Olweus, 2003; Solberg, Olweus, és Endresen, 2007).

Az iskolai terrorizálás és a pszichoaktív szerek használata közötti összefüggés jól dokumentált jelenség a szakirodalomban (Gamez-Guadix, Orue, Smith, és Calvete, 2013; Vaughn és mtsai, 2010; Weiss és mtsai, 2011; Wienke Totura, Green, Karver, és Gesten, 2009). Azok a diákok, akik rendszeresen terrorizálják osztálytársaikat, gyakrabban szoknak rá a dohányzásra a terrorizálás kezdetétől számított 15 hónapon belül, mint társaik (Helstrom és mtsai, 2004) és felnőtt korukban hajlamosak nikotinfüggőség kialakítására (Vaughn és mtsai, 2010). Ugyanakkor az áldozattá váló diákok között is magasabb a dohányzás prevalenciája, mint a terrorizálásban részt nem vevő társaik körében (Weiss és mtsai, 2011). Az összefüggés hátterében közvetítő tényezőkként az érzelmi reaktivitás, a kortársak elutasítása és a nyomott hangulat állhatnak. A dohányzás a stresszel vagy a depresszív tünetekkel szembeni megküzdésben segítheti az áldozatokat (Weiss és mtsai, 2011). Ezt az elméletet erősíti az az eredmény, mely szerint a terrorizálás vagy az áldozattá válás nem függött össze a három évvel későbbi dohányzással, miután a modellt kontrollálták a pszichiátriai zavarokra (Moore és mtsai, 2014).

Az erőszak áldozatává válás és a dohányzás összefüggése kultúrától és az adott ország gazdasági teljesítményétől függetlenül is kimutatásra került (Fleming és Jacobsen, 2010). Hasonló eredmények mutathatók ki az interneten keresztül történő zaklatás, az ún. cyber-bullyinggal kapcsolatban is (Gamez-Guadix és mtsai, 2013).

A terrorizálás és az alkoholfogyasztás közötti szoros összefüggések is hasonló természetűek, mint a dohányzásnál kimutatottak. Egyrészt a terrorizáló diákok körében valószínűbb a későbbi alkoholhasználattal összefüggő probléma, mint az áldozatok körében, ami az elkövetők kiterjedtebb társas mezőjével és esetleges externalizációs problémáikkal magyarázható (Moore és mtsai, 2014). Ezzel összhangban Vaughn és munkatársai az alkoholhasználati zavarok kialakulásának nagyobb valószínűségét mutatták ki diákkorukban másokat terrorizáló fiatal felnőttek körében (Vaughn és mtsai, 2010) Fleming és Jacobsen (2010) ezzel ellentétben a terrorizálás áldozatává váló diákok körében is emelkedett prevalenciát mutatott ki (Fleming és Jacobsen, 2010). A terrorizálásban áldozatként és egyidejűleg elkövetőként is részt vevő diákok (bully-victims) mindkét szer fogyasztásának szempontjából a legveszélyeztetettebbek.

1.4.3. A Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) tüneteinek összefüggései a dohányzással és az alkoholfogyasztással

A figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder, ADHD) gyermekkorban kezdődő neuropszichiátriai tünet együttes. A szindrómában szenvedő fiatalok figyelemzavarban és hiperaktivitásban-impulzivitásban szenvednek melyek iskolai, otthoni és társas feladataikban és kapcsolataikban is problémákat okoznak számukra (Mason, Walker, Wine, Knoper, és Tercyak, 2007). A gyermekkorban diagnosztizált betegek 70%-a serdülőkorában is szenved a zavar tüneteitől és az esetek 30-60%-ban a tünetek a fiatal felnőttkorban is megmaradnak, a zavar felnőttkorban mért prevalenciája 4% körüli (Mason és mtsai, 2007; Molina és Pelham, 2003; Palmer és mtsai, 2013). Az ADHD-ban szenvedők között gyakori a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a droghasználat megjelenése (Mason és mtsai, 2007).

Az összefüggés magyarázata nem egyértelmű, több elmélet is született a jelenség tisztázása érdekében. Ezek közül a leggyakrabban említett az önmedikalizációs elmélet, mely szerint a nikotin és egyéb pszichoaktív szerek (első sorban a pszichostimulánsok) enyhítik a zavar tüneteit. A másik fontos elmélet szerint az ADHD jól körülírható kognitív

deficitekkel jár együtt, melyek elősegítik a szerhasználati zavarok kialakulását. Ilyen deficit lehet például a gátlászavar vagy az impulzusok kontrolljának zavara (Mason és mtsai, 2007; Palmer és mtsai, 2013).

Epidemiológiai vizsgálatok tanulsága szerint az ADHD-ben szenvedő serdülők különösen sérülékenyek a dohányzás és a nikotin dependencia kialakulásával szemben. Az ADHD-ban szenvedő serdülőknél több mint kétszer nagyobb a valószínűsége a rendszeres dohányzás kialakulásának, mint az ADHD-ban nem szenvedő társaik esetében (Lambert és Hartsough, 1998; Mason és mtsai, 2007) A nikotinfüggőség és a dohányzás korai kezdete is hasonlóképpen függött össze az ADHD-vel. Epidemiológiai vizsgálatok eredményei szerint az ADHD tünetei közül a figyelemzavar erősebb összefüggést mutatott a dohányzással, mint a hiperaktivitás-impulzivitás (Mason és mtsai, 2007; Molina és Pelham, 2003). Ezzel ellentétben az ADHD hiperaktivitás-impulzivitás tünetcsoportja és a dohányzás korai, 15 éves kor előtti kialakulása mutatott összefüggést egymással (Chang, Lichtenstein, és Larsson, 2012). Ez a tünetcsoport az alkoholfogyasztással és a dohányzással is összefüggésben állt.

1.4.4. Az internalizációs zavarok összefüggései a dohányzással és az alkoholfogyasztással

A serdülőkori alkoholhasználat és dohányzás egyaránt összefügg a hangulattal. A dohányzás szorongáscsökkentő és elvonási tüneteinek szorongást fokozó hatása ismert jelenség, a dohányzás segítségével szabályozható a szorongás mértéke (Picciotto, Brunzell, és Caldarone, 2002). Az alkohol akut anxiolitikus hatásai is ismertek, mind farmakológiai mind pedig klinikai vizsgálatok eredményei alapján, ugyanakkor az alkohol elvonás markáns szorongásos tüneteket okoz (Abreu-Villaça és mtsai, 2013; Kushner, Menary, Maurer, és Thuras, 2012). A két szer együttes használata a nikotin és az alkohol hangulatra gyakorolt hatásával is magyarázható lenne. Mivel a két szer együttes használata erősebb anxiolitikus hatással bír, mint a két szer használata külön-külön, ez az együttes használat motivációs bázisul szolgálhatna. Ez a hipotézis részben alátámasztást nyert állatkísérletek során (Abreu-Villaça és mtsai, 2013).

Mindezek ellenére a serdülőkori komorbiditás vizsgálatok leginkább az externalizációs tünetek összefüggéseinek feltárására összpontosítottak, pedig a szorongásos- és depresszív zavarok a leggyakrabban előforduló serdülőkori kórképek (O'Neil és mtsai,

2011). Lakossági- és klinikai mintákon egyaránt kimutatásra került, hogy a depresszió az externalizációs zavarok után a leggyakrabban előforduló komorbid pszichiátriai zavar a szerhasználó serdülők körében (O'Neil és mtsai, 2011).

A szorongásos vagy hangulati zavarokban szenvedő felnőttek (Kushner és mtsai, 2012) és serdülők körében (Griesler, Hu, Schaffran, és Kandel, 2011) gyorsabban és erősebben alakul ki függőség, mint az ilyen problémákban nem szenvedők között. Az összefüggés hátterében közös genetikai és neurobiológiai tényezők állhatnak (Kushner és mtsai, 2012).

A serdülőkori nikotinfüggőség és a hangulati, szorongásos, diszruptív és komorbid pszichiátriai zavarok közötti összefüggések klinikai vizsgálatok és metaanalitikus kutatások során is kimutatásra kerültek (Griesler és mtsai, 2011). A szorongásos zavarok esetén egyirányú, a diszruptív viselkedésformák esetén bidirekcionális, míg a depresszió esetén egy közös harmadik tényezővel magyarázható összefüggések voltak kimutathatók a nikotinfüggőség esetén (Griesler és mtsai, 2011)

Az alkoholhasználat és az alkoholhasználati zavarok szintén összefüggésbe hozhatók az internalizációs tünetek kialakulásával serdülőkorban (Saraceno, Munafó, Heron, Craddock, és van den Bree, 2009). A zavarok közötti összefüggés többirányú lehet. Egyrészt lehet direkt (amikor az alkoholhasználat okozza a szorongást vagy a depressziót), másrészt pedig közös magyarázó tényezők állhatnak a két zavar komorbiditásának hátterében. Ezek közül a leggyakrabban vizsgáltak az externalizációs zavarok, a családban előforduló alkoholproblémák és az olyan molekuláris biológiai okok, mint a MAO-A enzim alacsony szintű aktivitása vagy az 5-HTT gén S allélja (Saraceno és mtsai, 2009).

1.5. A fiatal felnőttkorra jellemző szerhasználat jellegzetességei

A 18-25 éves kor közötti időszakot fiatal felnőttkornak, vagy induló felnőttkornak nevezik a szakirodalomban (Jackson és mtsai, 2008). A szerhasználati zavarok szempontjából ez egy kitüntetett jelentőségű időszak, mivel az alkohol, a dohány és az illegális szerek használatának prevalenciája ebben az időszakban a legmagasabb a teljes életutat tekintve (Jackson és mtsai, 2008; Johnston, O'Malley, Bachman, Schulenberg, és Miech, 2015). Ebben az életkorban jellemző leginkább az experimentális jellegű

szerhasználat, mely kontextusában a legális és illegális szerek kipróbálása és excesszív használata is jellemző. Az amerikai lakosság körében évente lefolytatott „Nemzeti Felmérés a Droghasználatról és Egészségről” (National Survey on Drug Use and Health; Substance Abuse and Mental Health Service Administration, SAMSHA, 2015) legutóbbi 5 évi adatai alapján a 18-25 éves lakosság körében az alkohol dependencia prevalenciája folyamatosan csökkent az elmúlt öt évben: míg 2009-ben 16,1% volt ebben a populációban, addig 2013-ban 13% (SAMSHA, 2015). Ezzel egyidejűleg a pszichoaktív szer-dependencia és abúzus aránya ebben a korcsoportban volt a legmagasabb (7,4%), a mért prevalencia-adat nagysága több, mint kétszerese volt a második legmagasabb prevalenciával jellemezhető 12-17 éves populációnak (3,5%). A jelenlegi (a mérést megelőző hónapra vonatkozó) szerhasználat elterjedtsége 21,5% volt 2013-ban, ami 2002-től egy folyamatosan emelkedő trendet jelez (2002:16,1%, 2008:17,3%, 2012:19%) (SAMSHA, 2014). A leggyakrabban használt illegális drog a marihuána volt (jelenlegi használat: 19,1%), amit a sorban a pszichoaktív gyógyszerek illegitim módon történő használata követett (4,8%). A leggyakrabban használt drogok közé tartoztak még a hallucinogének (1,8%) és a kokain (1,1%) (SAMSHA, 2014).

Európában – Az Amerikai Egyesült Államokhoz hasonlóan – a kannabisz volt a leggyakrabban használt illegális drog a fiatal felnőttek populációjában (15,2%), amit a kokain (1,9%) az MDMA (1,4%) az amfetaminok (1%) követték. A designer drogok és a hallucinogének használata 1% alatt maradt. A problémás opiát-használók aránya, a teljes vizsgált (15-64 év) lakosság körében 0,4% volt. Az intravénás használat mind a heroin, a kokain és az amfetaminok esetében is csökkent az elmúlt 10 év során (EMCDDA, 2015). A Kábítószer és Kábítószer-Függőség Európai Megfigyelőközpontja (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) legfrissebb, 2015-ös európai jelentésében kiemeli, hogy azon 15-34 éves fiatalok körében, akik legalább háromhavonta éjszakai zenés klubokba járnak szórakozni, az illegális szerek használatának elmúlt évi prevalenciája jelentősen nagyobb volt, mint az általános lakosság körében: a kannabisz használatában négyszeres, a kokainéban kilencszeres, az amfetaminok használatában tizenötszörös, az ecstasy használatában huszonötszörös különbség volt kimutatható (EMCDDA, 2015).

A vizsgált 18-25 éves korosztály droghasználatáról és problémás droghasználatáról Magyarország tekintetében csak korlátozott számban állnak rendelkezésre adatok. A legfrissebb, 2012-es Magyar Ifjúság kutatás alapján a 20-24 éves fiatalok körében a napi dohányzás prevalenciája 29% volt (Székely, Susánszky, és Ádám, 2013). A jelenlegi droghasználat a 20-24 éves korosztályban volt a legmagasabb (11%), amit a 25-29 éves korcsoportban mért adatok követtek (10%). A leggyakrabban használt szer a marihuána volt (7,2%), amit a nyugtató-altató hatású gyógyszerek nem orvosi rendelvényre történő használata követett (3%). Az ecstasy elmúlt évi használatának prevalenciája 1% volt, míg a kokain, a heroin, az amfetaminok és a designer drogok használata 1% alatti volt (Székely és mtsai, 2013). A 2012-es eredmények alapján a megkérdezett fiatalok 22%-nak volt olyan barátja, aki használt valamilyen kábítószer. Ez az érték elmarad a korábbi évek során mértékhez képest (2004-ben 43% és 2008-ban 34% volt ez az arány) (Székely és mtsai, 2013). A problémás drogfogyasztók száma – hasonlóan az európai trendekhez – az utóbbi évek során csökkent. A heroin használata jelentősen csökkent, míg az amfetaminok, a kokain, a hallucinogének, designer drogok és inhalánsok használata nőtt (utóbbi a szerabúzusban és vagy dependenciában szenvedők 2,3%-át jelentik (EMCDDA, 2012).

1.6. Egyes externalizációs és internalizációs tünetek összefüggései a szerhasználattal fiatal felnőttkorban

A fiatal felnőttkori drogfogyasztás kapcsán kimutatásra került, hogy a serdülőkori externalizációs- és internalizációs tünetek egyaránt előre jelzik a fiatal felnőttkori drogfogyasztást (Hayatbakhsh és mtsai, 2008). Az externalizációs tünetek és a fiatal felnőttkori problémás kannabiszhasználat közötti összefüggések keresztmetszeti- és hosszmetzeti vizsgálatok eredményei alapján is kimutathatók (Hayatbakhsh és mtsai, 2008). Az externalizációs zavarok közül leggyakrabban az agresszív és erőszakos viselkedés, az ADHD-t és az antiszocialitást vizsgálták a kérdés kapcsán (Boles és Miotto, 2003).

Az erőszakos viselkedés bidirekcionális összefüggést mutatott a dohányzással és az alkoholfogyasztással mind lakossági, mind klinikai, mind pedig fogvatartotti mintákon (Boles és Miotto, 2003). Az altató-nyugtató hatású gyógyszerek kapcsán az akut intoxikáció során összefüggés mutatkozik e szerek használata és az erőszakosság között.

Az illegális szerek esetén a kutatási eredmények nem ennyire egyértelműek. Szakirodalmi összefoglaló közlemények tanulságai szerint a kannabiszhasználat nem áll összefüggésben az erőszakos viselkedéssel, az amfetaminokkal, a kokainnal és a PCP-vel ellentétben, melyek esetén megalapozott összefüggés tárható fel az erőszakos viselkedés és e két szer használata között. A heroin esetén csak az elvonási tünetcsoport fennállása idején igazolható ilyen jellegű együttjárás, míg a hallucinogének esetén nem tárható fel ilyen összefüggés (Boles és Miotto, 2003; Hoaken és Stewart, 2003).

Az internalizációs tünetek és a szerhasználati zavarok közötti összefüggések feltárása során a leggyakrabban a szorongásos- és hangulatzavarok tüneteit és az öngyilkos viselkedést vizsgálták (Goldner, Lusted, Roerecke, Rehm, és Fischer, 2014). A témában fellelhető 14 legfontosabb empirikus tanulmány metaelemzése szerint a kezelés alatt álló opiátfüggők körében a depresszió prevalenciája 38%, míg a szorongásos zavaroké 29% (Goldner és mtsai, 2014). A pszichoaktív szer-használat és az önsértő magatartásformák között is statisztikailag jelentős kapcsolat tárható fel mind klinikai, mind pedig lakossági mintákon, az empirikus kutatások eredményei alapján. Moller és munkatársai szisztematikus áttekintő közleményének eredményei szerint a szerhasználat jelentősen megnöveli az önsértő viselkedésformák kialakulásának valószínűségét (Moller, Tait, és Byrne, 2013). Ez az összefüggés az alkoholfogyasztás, a dohányzás és az amfetaminhasználat esetén különösen jelentős (Moller, Tait, és Byrne, 2013). Az öngyilkosság és a szerhasználat közötti összefüggések metaanalitikus feltárása során kimutatásra került, hogy a drogfogyasztók körében az öngyilkosság legfontosabb prediktorai a férfi nem, a depresszió, a problémás alkoholhasználat és a kórtörténetben szereplő agresszió (Bohnert, Roeder, és Ilgen, 2010). Ezek a kockázati tényezők egyaránt azonosíthatók voltak alkohol-, kokain-, heroin-, benzodiazepin- és polydrog-függők klinikai mintáin (Bohnert és mtsai, 2010).

1.7. A kémiai addikciók szűrése

Az addiktív problémák egyik legfontosabb kérdése az addiktív kórképek jelenlétének gyors megállapítása, diagnosztizálása és a legmegfelelőbb kezelési terv kialakítása (Rózsa, 2009; Sweetman, Raistrick, Mdege, és Crosby, 2013). A mérések módja a vizsgálat színterétől vagy az addiktív kémiai ágenstől függhet (Sweetman és mtsai, 2013; Tiet, Finney, és Moos, 2008). Szakirodalmi ajánlások szerint az különböző funkciójú

mérőeszközöket a mérési folyamat során együttesen, „csomagszerűen” célszerű alkalmazni, így a probléma azonosításától a diagnózisalkotásig a klinikus egy koherens és egymást kiegészítő eredményeket szolgáltató eszközrendszerrel tud felhasználni (Coombs, 2004). Berman és munkatársai (2003) modelljükben az addiktív problémák felméréseinek négylépéses modelljét vázolták fel (Berman, Bergman, Palmstierna, és Schlyter, 2003).

Az értékelési folyamat első lépésének célja, hogy kiszűrje (vagy kizárja) és korán felismerje az esetleges szerhasználati problémákat. A szűrőmódszerek tehát veszélyeztetett személyek vagy csoportok azonosítására szolgálnak. Egy megfelelően használható szűrőtesztől elvárható, hogy magas diagnosztikus megbízhatósággal azonosítja azokat a személyeket, akik valamilyen szerhasználati problémával jellemezhetőek. A használt pszichoaktív szertől függően számos szűrőeszköz került kidolgozásra az elmúlt három évtizedben. Ezek közül a legismertebb az Alkoholhasználat zavarainak szűrőtesztje (Alcohol Use Disorder Identification Test, AUDIT), melyet WHO együttműködés keretében az 1980-as évek keretében fejlesztettek ki (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, és Monteiro, 2001), melyet hazánkban is sikeresen alkalmaznak. Fejlesztői olyan tételket igyekeztek összeállítani, melyek segítenek különbséget tenni az alkoholfogyasztással összefüggő testi és pszichológiai problémák megjelenésével veszélyeztetett személyek („hazardous drinkers”) és azok között, akiknél az ilyen jellegű problémák már megjelentek és komoly károsodást okoznak („harmful drinkers”). Az alkohollal összefüggő pszichés és fizikai problémák szűrésére szolgál továbbá a CAGE skála, melyet az 1970-es években fejlesztettek ki (Ewing, 1998) és Magyarországon is validálásra került (Gerevich, Bácskai, és Rózsa, 2006). A problémás alkoholhasználat ismert szűrőkérdőíve továbbá a Michigan Alkoholizmus Szűrőkérdőív (Michigan Alcoholism Screening Test, MAST). A drogasználati problémák szűrésére szolgáló kérdőívek közül a MAST konstrukciós elveit követő DAST (Drug Abuse Screening Test) és a Drug Use Screening Inventory (DUSI) a leggyakrabban használtak (McPherson és Hersch, 2000).

Az értékelési folyamat második lépése – a problémafeltárás – a probléma mértékének és természetének mélyebb vizsgálatát foglalja magában. A felmérés e szakasza eszköz- és időigényesebb, mint az első szakasz, és speciális szakértelmet kíván. Ebben a szakaszban

a leggyakrabban használt interjúmódszerek az ASI és serdülőkre kidolgozott változata az EuroADAD. Az Addikció Súlyossági Index (Addiction Severity Index, ASI; McLellan és mtsai, 1992) jól használható hét problématerület mélyebb problémáinak és támogatási szükségleteinek kiterjedt felmérésére. Az ASI visszajelző Lap (AFF) segítségével a kliens és a kezelőszemélyzet könnyen nagyobb belátásra juthat a tekintetben, hogy a kliens életének mely területén van szükség a legsürgősebb változtatásra. Az egyik legszélesebb körben használt félig-strukturált interjú, melyet már több mint két évtizede alkalmaznak a szenvedélybetegek problémáinak feltárására, a betegség kimenetelének és a kezelés hatékonyságának a mérésére. Több mint tíz nyelvre fordították le, magyar változata is validálásra került (Gerevich és mtsai, 2001). A Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja (European Adolescent Assessment Dialogue, EuroADAD) a serdülőkori problémák multidimenzionális profiljának megalkotására szolgáló félig strukturált interjú, mely az egyes problématerületekhez kapcsolódó kezelési szükségleteket is jelzi (Gerevich és mtsai., 2006). A felmérés első két lépése kiegészíthető biológiai markerek vizsgálatával is.

A harmadik lépés során a felmérés kiterjed a részletes diagnózis megalkotására, valamint a droghasználattól független életterületek felmérésére is. A felmérési folyamat e pontján a SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry ,WHO,1999) 11. (alkohol) és 12.(drogok) fejezetei vagy a SCID (The Structured Clinical Interview for DSM-IV; First és mtsai, 1997) szerhasználattal kapcsolatos fejezete használható a drogabúzus és dependencia diagnózisának felállításához. A mentális státusz vizsgálatára a teljes SCAN vagy a teljes SCID használható. A negyedik lépés a teljes felmérési folyamat utánkövetését tartalmazza, melyre az első felmérés után egy meghatározott idő elteltével kerül sor.

1.8. A DUDIT és a DUDIT-E jellemzői

Jelen kutatás során a fenti diagnosztikus folyamat első és második lépéséhez tartozó, a droghasználati problémák részletes azonosítását és feltárását lehetővé tevő mérőeszközök alkalmazására került sor. E két mérőeszköz a DUDIT és a DUDIT-E, melyek használatával lehetőség nyílik a problémás droghasználattal összefüggő problémák komplex azonosítására is.

1.8.1 A DUDIT

A problémás alkoholhasználat mérésére kidolgozott és a nemzetközi gyakorlatban a legszélesebb körben használt és validált mérőeszköz az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) volt (Babor és mtsai, 2001). A kérdőív a veszélyes és a káros ivás azonosítására szolgál a problémás ivók körében. A teszt az alkoholfogyasztással összefüggő pszichológiai és fizikai problémákat méri (Babor és mtsai, 2001).

A Droghasználati Zavarok Szűrőtesztje (Drug Use Disorders Identification Test, DUDIT) az AUDIT analóg mérőeszközöként került kidolgozásra. A tesztet Anna H. Berman és munkacsoportja dolgozta ki a Karolinska Egyetemen, Svédországban (Berman, Bergman, Palmstierna, és Schlyter, 2003, 2005). A teszt a problémás drogfogyasztók hatékony szűrésére szolgál. A jelenlegi problémás szerhasználatot három problématerület gyors felmérésével végzi. Az első problématerület a droghasználat gyakoriság, a második a drogfogyasztással összefüggő pszichológiai és fizikai problémák, a harmadik pedig a DSM-IV és a BNO-10 szerinti függőségi tünetek (Berman, Bergman, Palmstierna, és Schlyter, 2003) (1. táblázat).

1. táblázat A DUDIT egyes tételeihez tartozó problématerületek

Sorszám	Tétel	Problématerület
1.	Milyen gyakran használ drogokat Ön az alkoholon kívül?	A droghasználat heti/havi gyakorisága
2.	Használ-e Ön egynél több fajta drogok egy alkalommal?	Polidrog használat
3.	Hány alkalommal fogyaszt Ön drogokat egy átlagos napon, amikor drogot használ?	A használat napi gyakorisága
4.	Milyen gyakran áll Ön súlyosan drogok befolyásoltsága alatt?	Súlyos szerhasználat
5.	Érezte-e úgy az elmúlt év során, hogy a drogok iránti vágyódása annyira erős, hogy nem tud neki ellenállni?	Sóvárgás
6.	Előfordult ez elmúlt egy év során, hogy nem volt képes abbahagyni a drogok fogyasztását, ha egyszer elkezdte?	Kontrollvesztés

7.	Milyen gyakran fordult elő az elmúlt év folyamán, hogy drogokat fogyasztott és utána elhanyagolt valami olyasmit, amit meg kellett volna tennie?	A droghasználat előtérbe helyezése
8.	Milyen gyakran fordult elő Önnel az elmúlt évben, hogy egy nagyobb drogfogyasztás után másnap reggel is drogot kellett fogyasztania?	„Eye-opener használat” (A reggeli drogbevitel gyakorisága)
9.	Milyen gyakran érzett Ön az elmúlt évben büntudatot vagy lelkifurdalást droghasználata miatt?	Bűnösségi gondolatok
10.	Megsérült-e Ön vagy más személy (mentálisan vagy fizikailag) az Ön drogfogyasztása miatt?	Ártalmas szerhasználat
11.	Aggódott-e már ismerős, orvos, nővér vagy bárki más az Ön drogfogyasztása miatt vagy mondta-e azt, hogy fel kellene hagynia a drogok használatával?	Mások által kifejezett aggodalom a droghasználattal szemben

A DUDIT-ot az Alkoholhasználattal Összefüggő Betegségek Azonosítására Irányuló Teszttel (AUDIT) történő együttes használat céljából fejlesztették ki. A két mérőeszköz együttes használatával lehetőség nyílik az illegális és legális szerekkel kapcsolatban kialakuló abúzus és dependencia szűrésére. A két mérőeszköz (AUDIT és DUDIT) tételei nagyfokú hasonlóságot mutatnak, mindkét mérőeszköz folyamatos intervallumskála segítségével méri a pontszámokat, illetve mindkét mérőeszköz egyszerűen és megbízhatóan használható az addiktológiai és pszichiátriai ellátás területén.

A DUDIT megbízhatóságát a polichotóm skálázás és az illegális, és illegitim módon használt legális szereket tartalmazó részletes drog lista is növeli (Berman, Bergman, Palmstierna, és mtsai, 2003; Berman és mtsai, 2005), ezért a kérdőív megbízható mérési eredményeket biztosít különböző vizsgálati helyzetekben is (Berman és mtsai, 2005). A mérőeszköz kétlapos formátumban érhető el.

A teszt 11 tétel segítségével méri a droghasználattal kapcsolatos problémák mértékét.

Az első kilenc tétel ötfokozatú, míg a 10. és a 11. háromfokozatú skálán értékelhető, ezért a tételek pontozása eltérően alakul. Az értékelő skála egyik végpontját a „Soha/Nem” válaszalternatívák jelölik. A másik végpont válaszalternatívái az egyes tételek esetén eltérőek lehetnek („Heti 4 alkalommal vagy gyakrabban” (1. és 2. tétel)/ „7 vagy több” (3. tétel) / „Naponta vagy majdnem minden nap” (4.-9. tétel)/ „Igen, az elmúlt év folyamán” (10-11. tétel) (2. táblázat).

2. táblázat: A DUDIT egyes tételeinek pontozása

Tételek	Pontozás
1—9	0,1,2,3,4
10–11	0,2,4

A kérdőív maximális pontszáma 44 pont.

1.8.2 A DUDIT-E

A DUDIT által azonosított problémás szerhasználat további, részletesebb vizsgálata érdekében Berman és munkatársai kidolgozták Droghasználati Zavarok Kiterjesztett Szűrőtesztjét (Drug Use Disorders Identification Test-Extended, DUDIT-E). A DUDIT által azonosított, valószínűsíthető szerabúzus vagy dependencia esetén a DUDIT-E további információkat szolgáltat a klinikus számára, melyek a diagnosztikus és terápiás munkában jól alkalmazhatók. Az 54 tételt tartalmazó eszköz segítségével felmérhető a vizsgált személyre jellemző szerhasználat, az ezzel összefüggő pszichológiai és fiziológia problémák valamint a kezelésre való motiváltság mértéke. A teszt skálát tartalmaz: a drogfogyasztás gyakoriságát mérő, (Drug frequency) 10 tételes D Skálát, mely a leggyakrabban használt szerek (az alkoholon kívül) használati gyakoriságáról ad információkat; a Pozitív és Negatív (P és N) Skálákat (mindkettő 17 tételt tartalmaz), melyek a szerhasználat pozitív és negatív aspektusait mérik, köztük az internalizációs- és externalizációs problémákat; és a T (Treatment) Skálát (10 tétel), mely a kezelésre való készséget méri. A négy skálán kívül a teszt a páciensek a droghasználat megváltozásra való motiváltságának mértékét is jelzi egy gyorsértékelő index, a Motivációs Index (MotInd) segítségével (Berman, Palmstiema, Kallmen, és Bergman, 2007).

A D Skála tételeinek pontozása a következő: 0 pont („Soha”), 1 pont („Egy vagy több alkalommal próbáltam”), 2 pont („Havonta egyszer vagy ritkábban”), 3 pont („Havonta 2-4 alkalommal”) 4 pont („Hetente 2-3 alkalommal”), 5 pont („Hetente négyszer vagy többször”). Az egyes drogkategóriákra vonatkozó pontértékek összesítésével állapítható meg az alskála összpontszáma. A teljes alskálapontszám kiszámításához az összpontszámot annyival kell elosztani, ahány drogkategória esetén a pontszám nagyobb volt, mint 0. Fontos, hogy a dohányzásra adott pontszámok nem számítanak bele az összpontszámába. A skála maximális pontszáma 5 pont lehet.

A P skála tételeinek pontozása: 0 pont („Egyáltalán nem”), 1 pont („Egy kicsit”), 2 pont („Valamennyire”), 3 pont („Nagyon”), 4 pont („Teljesen”). Az egyes tételek pontszámainak összegzésével állapítható meg a skálapontszám. A maximálisan elérhető pont 68.

Az N Skála tételeinek pontozása megegyezik a P Skáláéval és szintén 68 pont érhető el rajta.

A T Skála tételeinek pontozása: 0 pont („Egyáltalán nem”), 1 pont („Részben”), 2 pont („Teljesen”). A skála pontszámainak kiszámítása során a 6, 7. és 10. tételek pontszámai kizárásra kerülnek. A 6. és 7. tételek a kezelés elérhetőségével, valamint a páciens kezeléssel kapcsolatos hiedelmeivel foglalkoznak és nem a páciens gyógyulásra való motiváltságával (1). A 10. tétel a motiváció ciklusának (a Prochaska-DiClemente modell alapján) egyes szakaszaival kapcsolatban szolgáltat információkat. A 0 pontos érték azt jelenti, hogy a páciens a prekontemplatív szakaszban van, az 1 pont azt, hogy fontolgatja a leszokást (kontemplatív szakasz), a 2 pont, hogy a visszaesés megelőzéséhez szeretne segítséget kérni (visszaesés megelőzési szakasz).

A skála összpontszámának kiszámítása során az 1, 2, 3, 4, 5, 8 és 9 tételek pontértékei kerülnek felhasználásra.

A skála összesített pontértéke az alábbi formula segítségével számolható ki:

$$T = (2+3+4+5+8) - (1+9)$$

Az 1. és 9. tételek pontszámának összege azért kerül kivonásra a 2, 3, 4, 5 és 8. tételek pontszámának összértékéből, mivel azok pontozása fordított.

A skálán maximum 10 pont érhető el. Az 1. és 9. tételek értékének kivonása következtében az elérhető legkisebb pontszám -4 pont (Berman és mtsai, 2007).

1.9. A DUDIT és a DUDIT-E pszichometriai mutatói

A DUDIT pszichometriai jellemzőit és klinikai alkalmazhatóságát különböző vizsgálati mintákon vizsgálták. Lakossági mintán (Berman és mtsai, 2005; Sinadinovic, Wennberg, és Berman, 2011), kórházban kezelt drogfüggők mintáján (Berman és mtsai, 2005; Brunt, Koeter, Hertoghs, van Noorden, és van den Brink, 2013; Hoxmark, Nivison, és Wynn, 2010), börtönbeli fogvatartottak mintáján (Berman és mtsai, 2005; Durbeej és mtsai, 2010), pszichotikus betegek mintáján (Cruce, Nordstrom, és Ojehagen, 2007; Nesvag és mtsai, 2010), sürgősségi pszichiátriai kezelés alatt álló betegek mintáján (Gundersen, Mordal, Berman, és Bramness, 2013) valamint ambuláns és bentlakásos kezelésben részesülő, szerabúzusban szenvedő páciensek mintáján (Voluse és mtsai, 2012) történtek vizsgálatok. Az utóbbi években a DUDIT hatékony és könnyen használható szűrőtesztnak bizonyult a felnőtt és a serdülőkorú szerhasználók (Bakken, Landheim, és Vaglum, 2007; Hillege, Das, és de Ruiten, 2010; Langas, Malt, és Opjordsmoen, 2011; Willem, Bijttebier, Claes, és Raes, 2011) és pszichiátriai betegek (Eberhard, Nordstrom, Hoglund, és Ojehagen, 2009; Gundersen és mtsai, 2013; Hodgins és mtsai, 2009; Tiet és mtsai, 2008) körében. A teszt további pozitívuma, hogy a pszichoterápia során bekövetkező változások mérésére is alkalmasnak bizonyult (Hedman és mtsai, 2011; Ljotsson és mtsai, 2010).

A DUDIT belső konzisztenciájára vonatkozóan Berman és munkatársai (2005) lakossági mintán végzett vizsgálata szolgált először eredményekkel. A mért Cronbach-alfa együttható értéke 0,93 volt (Berman és mtsai, 2005). A teszt 11 tétele két faktoron helyezkedett el (Berman és mtsai, 2005), melyek közül az első a dependenciára vonatkozó tételeket foglalta magában (a 2. és a 4-8. tételek), míg a második a droghasználattal kapcsolatos problémákat írta le (az 1. 3. és 9-11. tételek). E lakossági mintán végzett eredményei szerint a férfiaknál mért 6 vagy annál nagyobb pontérték, valamint a nőknél mért 2 vagy annál nagyobb pontérték problémás szerhasználatot jelzett (Berman és mtsai, 2005). Ezzel ellentétben Voluse és munkatársai (2012) az Egyesült Államokban a

mérőeszköz egydimenziós szerkezetét tárták fel ambuláns és bentlakásos kezelési programban résztvevő, szerabúzusban szenvedő páciensek mintáján. A kapott faktor a teljes variancia 73.8%-át magyarázta meg (Voluse és mtsai, 2012). Eredményeik szerint ezen a mintán a 8 pontos érték (specifititás: 0.90, szenzitivitás: 0.85) lenne a legjobban alkalmazható küszöbértékként a klinikailag releváns szerhasználati problémák jelzésére (Voluse és mtsai, 2012).

A DUDIT-E pszichometriai vizsgálatát is különböző országokban végezték el. A teszttel elvégzett első kutatások Svédországban (Berman és mtsai, 2007; Sinadinovic, Berman, Hasson, és Wennberg, 2010) és Norvégiában történtek (Sletteng és mtsai, 2011) változatos vizsgálati mintákon. Ilyen volt például a fogvatartottak mintája (Berman és mtsai, 2007) és a kórházi addiktológiai osztályon kezelt drogbetegek mintája (Sletteng és mtsai, 2011). Berman és munkatársai 2007-es validáló tanulmányukban a DUDIT-E belső konzisztenciáját és időbeli megbízhatóságát is megvizsgálták börtönben fogvatartott drogfüggők mintáján. A P Alskála Cronbach-alfa értékei az első és a második vizsgálati időpontban 0,92 és 0,95 volt. A P Alskála értékei 0,92/0,95 és az N Alskála értékei 0,90/0,93 voltak. A negyedik alskála, a T Alskála értékei pedig 0,81 és 0,81 voltak. Az intraclass korrelációs eljárás (Intraclass Correlation Coefficient, ICC) segítségével megállapított teszt-reteszt megbízhatósági együttható értéke 0,89 volt a D, 0,78 a P, 0,75 az N, 0,84 a T és 0,77 a Motivációs Index vonatkozásában. A mérőeszköz online változatának pszichometriai vizsgálatát Sinadinovic és munkatársai (2010) végezték el. Vizsgálatukban a Cronbach-alfa együttható értéke valamennyi alskála esetén meghaladta a 0,75-ös értéket (Sinadinovic és mtsai, 2010). A mérőeszköz pszichometriai vizsgálatát összesen hét országban (Svédország, Norvégia, Törökország, Hollandia, USA, Magyarország és Dél-Afrika Köztársaság) végezték el és valamennyi esetben megbízhatónak és érvényesnek bizonyult (Hildebrand, 2015).

1.10. A mérőeszközök pszichometriai validálása

Egy becselő skála gyakorlati használhatósága klinikai kutatásokban és gyakorlatban általában az eszköz pszichometriai erősségén alapul: bármely mérőeszköz esetén a két legalapvetőbb pszichometriai tulajdonság a megbízhatóság és az érvényesség. A megbízhatóság egy vizsgálat pontosságára és megismételhetőségére vonatkozik, míg az

érvényesség azt mutatja milyen mértékben képes az adott mérőeszköz azt mérni, amit elvárunk tőle, (és nem mérni azt, amire szándékaink szerint nincs szükség).

1.10.1 A megbízhatóság kérdése

Belső konzisztencia

A belső konzisztencia azt méri, hogy egy skála kérdései milyen mértékben mérik ugyanazt a jelenséget (Rao és Sinharay, 2006; Rózsa, 2009). A belső konzisztencia leggyakrabban használt mutatója a Cronbach-alfa koefficiens, mely egyenlő az összes lehetséges tesztfelezéskor kapott korrelációs együtthatók átlagával. Az alfa együttható nulla, ha a teszt tételei közt nincs lineáris összefüggés. Ha az összes tétel tökéletesen megbízható és ugyanazt a jelenséget méri (valódi pontszám), akkor az alfa értéke 1. Bár az α együttható a pszichiátriában gyakran használt mutató, torzított eredményeket ad egy teszt valódi belső konzisztenciájáról (legtöbbször lényegesen alábecslő torzításokat) kivéve, ha a teszt tételei egységes súlyozást kapnak egy közös faktoron. Ezt a feltételt az egyenlő súlyozásnak τ ekvivalenciának hívjuk. A Cronbach-alfa mutató optimális értéke 0,65 és 0,95 között van, a két határérték az inkonzisztenciát és a redundanciát jelöli (Nunnaly, 1978).

Teszt-reteszt megbízhatóság

A megbízható mérőeszközökkel szemben elvárható, hogy a konzisztenciával jellemezhető pszichológia konstruktumról egy viszonylag zárt időintervallumon belül elvégzett többszöri mérések alapján következetes becslést nyújtsanak. A teszt-reteszt vizsgálat azt a feltevést teszteli, mely szerint egy jellegzetességet kétszer mérve a két mérés egymással összehasonlítható eredményeket ad. Az első és a második mérési időpontokban mért eredmények közötti korrelációs együttható képezi a teszt-reteszt együtthatót (Rao és Sinharay, 2006) Egy eszköz megbízhatóságának a tesztelési-újrateesztelési megbízhatóság csak akkor érvényes mutatója, ha a vizsgált jellegzetesség a teszteléstől az újrateesztelésig eltelt idő alatt nem változott meg (Rao és Sinharay, 2006). Ez vagy viszonylagosan stabil jellemvonást, vagy rövid időintervallumot jelent. A rövid intervallum azonban torzított megbízhatósági értékeket eredményezhet a vizsgált személyek tanultságának következtében. Habár annak eldöntése, mikor kell az újrateesztelést elvégezni, függ az alkalmazandó teszt jellemzőitől, általában az első teszt felvételét követő 2-4 hét a legalkalmasabb az ismétlésre (Nunnaly, 1978).

Diagnosztikai megbízhatóság

A klinikumban alkalmazott szűrő és diagnosztikus eljárásokkal szemben támasztott egyik legfontosabb elvárás az általuk végzett osztályozás pontossága, azaz a velük végzett mérések hibamentességi foka. A diagnosztikai megbízhatóság vizsgálata során összevetésre kerül, hogy az adott skála általi osztályozás milyen mértékű egyezést mutat a „valósággal”, azaz, hogy milyen mértékben ad pontos diagnózisokat. A szenzitivitás mutató azt fejezi ki, hogy egy mérőeszköz milyen arányban tudja azonosítani egy adott problémában szenvedőket (pl. a szerfüggőket). Minél nagyobb ez az arány, az adott mérőeszköz annál megbízhatóbb diagnózisokat képes felállítani, valamint annál kevesebb olyan személyt diagnosztizál, akik amúgy nem szenvednek az adott problémában (ez az ún. álpozitivitás jelensége). A specificitás mutató a szenzitivitás ellentéte, olyan értelemben, hogy azt fejezi ki, hogy az adott mérőeszköz milyen mértékben tudja azonosítani azokat a személyeket, akik nem szenvednek egy adott problémától. A diagnosztikus megbízhatóság kérdése szűrőkérdőívek esetén az optimális küszöbértékek (cut-off scores) megállapításával egészül ki. A pontszámok megállapítása során a lehető legmagasabb specificitás és szenzitivitás mutatóval együttjáró pontszám választása az ideális.

1.10.2. Az érvényesség kérdése

Tartalmi validitás

A tartalmi validitás arról nyújt információt, hogy milyen mértékben képesek a teszt egyes tételei által mérni kívánt jelenséget teljességében tükrözni, biztosítva ezzel mind a megfelelő tartalmi relevanciát és mind a tartalmi terjedelmet. Jellemzően a tartalmi érvényesség még egy teszt kifejlesztésének korai szakaszában hangsúlyos, amikor a teszt tételeinek kiválasztása történik. Habár a tartalmi validitásról szóló bizonyítékok jelentik a legkevésbé nyomós validitási érvet, az ilyen bizonyítékok feltétlenül szükségesek további validitástípusok felállításában. A tartalmi érvényesség megállapításának háttérében általában valamilyen szakmai konszenzus figyelhető meg (Rózsa, 2009). A tartalmi érvényesség fogalmán belül említhető meg a látszatérvényesség kérdése is. A látszatérvényesség mutatója arra utal, hogy az adott mérőeszköz tételei „látszatra” a mérni kívánt konstruktumot tükrözik-e. Ez a mutató jóval egyszerűbb és intuitívebb, szerepe első sorban a tesztfejlesztés során fontos.

Kritérium validitás

A kritérium validálás arra utal, hogy az adott mérőeszköz által mért konstruktum milyen kapcsolatban áll az adott konstruktum más megjelenési formáival. Technikailag a kritériumérvényesség vizsgálata során a teszten elért pontszámok egy olyan külső változóval kerülnek összevetésre, melyet adott esetben "arany standard" kritériumnak vagy a vizsgált jelenség megfelelő jelzőjének tekinthetünk. Ezt az eszközt tekinthetjük az érvényesség „kritériumának” (Rózsa, 2009) A kritérium érvényesség tovább osztható konkurrens- és prediktív érvényességre. A konkurrens validitás értékeléséhez a skála azon képessége kerül vizsgálatra, hogy az mennyire képes valódi különbséget tenni olyan csoportok között, melyek között elméletileg különbség elvárható. A gyakorlatban ez legtöbbször a vizsgálati minták közötti különbségre irányul. A prediktív érvényesség arra utal, hogy a mérés eredménye milyen erővel jelzi előre egy állapot jövőbeli bekövetkeztét.

Konstruktum validitás

Egy konstruktum érvényességét és egy skála érvényességét a legjobban úgy mérhetjük meg, hogy értékeljük a kettő kapcsolatát illetve összetett módszerek útján a más konstruktumokhoz fűződő különféle kapcsolatait. A fogalmi érvényesség az érvényesség legátfogóbb szintjének tekinthető. Következésképpen a konstruktum validitás egyrészt magában foglalja azt a konvergens bizonyosságot, amennyiben a szóban forgó mértékegységek összefüggenek-e más, azonos konstruktumot mérő mérőeszközökkel (konvergens érvényesség) és azt a diszkriminatív bizonyosságot (divergens érvényesség), hogy adott eszköz nem méri a különböző, nem összetartozó konstruktumokat, azaz a mérőeszközök közötti függetlenség mértékét vizsgáljuk.

2. CÉLKITŰZÉSEK

2.1. A kutatás általános célkitűzései

A disszertáció általános célkitűzése a problémás szerhasználat jellemzőinek két korcsoportban történő vizsgálata. Mind a prepubertás korból a pubertásba történő átmenet (9. osztályos életkor, 13-15 év), mind pedig a serdülőkorból a felnőttkorba való átmenet (fiatal felnőttkor, 18-25 év) olyan biológiai, szociológiai és pszichológiai változásokkal jár együtt, melyek vulnérabilissá teszik a fiatalokat az addiktív problémák kialakulására. A problémás szerhasználat szempontjából az első időszak preaddiktív szakasznak, míg a második addiktív, a droghasználati problémák kialakulása szempontjából jelentős szakasznak tekinthető. A kutatás fő célkitűzése olyan pszichopatológiai tünetek azonosítása volt, melyek az e korszakokra jellemző sérülékenységen túl járulékos rizikótényezőknek tekinthetők a problémás szerhasználat kialakulása szempontjából. E tényezők azonosítása révén lehetőség nyílik adekvát preventív – és szükség esetén – interventív beavatkozások végzésére. Mindkét korcsoportban az adott életkorra jellemző súlyosabb szerhasználati jellegzetességek vizsgálata volt a cél. Ezért a 9. osztályos serdülők mintáján az életkorra jellemző – főleg experimentális jellegű – dohányzás és alkoholfogyasztáson túl, a két szer együttes használatának jellemzői és pszichopatológiai összefüggései (fizikai agresszió, iskolai terrorizálás, a figyelemhiányos hiperaktivitászavar tünetei és az érzelmi problémák) jelentették a kutatás fő kérdéseit. A fiatal felnőttek mintáján – hasonló megfontolásból – már az illegális droghasználat és ezen belül is a problémás droghasználat jellemzői és ennek pszichopatológiai összefüggései voltak a fő kérdések. Mindkét vizsgálat esetén fontos célkitűzés volt továbbá olyan új mérőeszközök hazai adaptációja és validálása, melyek segítségével az adott korcsoport igényeinek és jellemzőinek megfelelően hatékonyan lehetséges a szerhasználati problémák és a hozzájuk társuló pszichopatológiai tünetek komplex mérése.

2.2 A serdülők körében végzett vizsgálat hipotézisei

1. A dohányzó és alkoholt is fogyasztó serdülők körében a fizikai agresszió mértéke magasabb, mint a csak alkoholt fogyasztó vagy csak dohányzó, illetve egyik szert sem fogyasztó fiatalok között.

2. A fizikai agresszióhoz hasonlóan, az iskolai terrorizálás mértéke szintén magasabb a két szert együttesen fogyasztó serdülők körében, mint a csak dohányzó vagy alkoholt fogyasztó valamint egyik szert sem fogyasztó serdülők esetén.
3. A két szert együttesen használók körében a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar tünetei hangsúlyosabban vannak jelen, mint a szereket külön-külön használók, vagy absztinensek csoportjaiban.
4. Az internalizációs tünetek az alkoholt és a nikotint együttesen használó serdülők csoportjában súlyosabbak, mint a csak alkoholt fogyasztó, csak dohányos vagy absztinens serdülők körében.

2.3 A fiatal felnőttek mintáján végzett vizsgálat hipotézisei

1. A verbális- és fizikai agresszió megjelenésben és gyakoriságában valamint a rendőri intézkedéssel vagy eljárással járó erőszakos viselkedésmódok jelenlétében különbség lesz kimutatható a nemek, a fiatalabb és az idősebb drogfogyasztók valamint a négy vizsgálat csoport között.
2. A használt kémiai szerek mentén különbségek lesznek feltárhatóak az externalizációs tünetekkel való összefüggés mértékében. Várhatóan a serkentő, agressziót fokozó szerek (amfetaminok, kokain, dohány) használata szorosabban függ össze ezekkel a viselkedésformákkal, mint a többi szer használata.
3. A szorongás és az öngyilkossági gondolatok tekintetében nemi- és életkori különbségek lesznek kimutathatók. Mind a szorongás, mind pedig az öngyilkossági gondolatok vonatkozásában a tünetek a drogfüggők körében súlyosabbak lesznek, mint az elterelés alatt állók vagy a partizók között.
4. A fiatal felnőttek által használt szerek között is különbségek lesznek kimutathatók az internalizációs tünetekkel való összefüggés mértékében. Várhatóan a nyugtató, fájdalomcsillapító hatású gyógyszerek mellett az opiátok és a dohány használata jelentősebb mértékben függ össze ezekkel a tünetekkel, mint a többi szer használata.
5. A kezelés iránti motiváció jellege és mértéke nemenként, életkoronként, valamint a szerhasználati probléma súlyossága szerint eltérő mértékű lesz. Az ambuláns kezelés alatt álló drogfüggőkre a szerhasználat negatívumai miatti gyógyulási motiváció, míg

az eltereltekre inkább a külső motiváltság lesz jellemző. A droghasználat pozitívumaiban is különbség lesz a négy csoport között. A kezelés iránti általános motiváció mértéke eltérő lesz a négy csoport között.

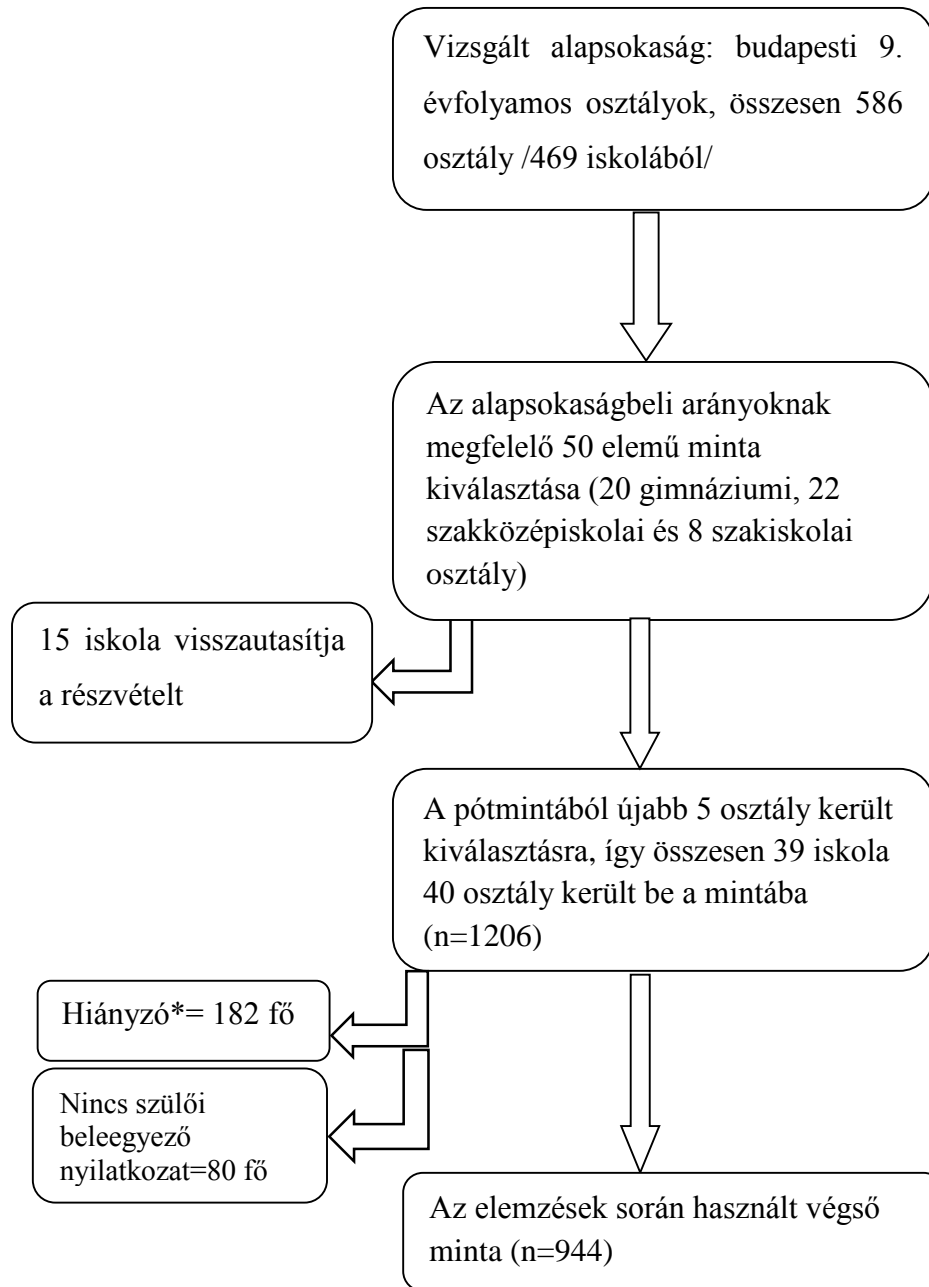
3. MÓDSZEREK

3.1. A serdülők körében végzett vizsgálat módszerei

A disszertáció keretében bemutatott vizsgálat az Addiktológiai Kutató Intézet által lebonyolított „Az agresszió feltárása, megelőzése és kezelése iskolákban” című kutatási projekt keretében valósult meg (szponzor: NKTH, szerződésszám: OMF-00703/2009). A disszertáció szerzője tudományos segédmunkatársként dolgozott a kutatási projektben, abban koordinátori és kérdezőbiztosi feladatokat ellátva.

3.1.1 Vizsgálati minta

A vizsgálat célkitűzéseinek megfelelően a budapesti középiskolák 9. osztályai közül – az iskolatípusok szempontjából reprezentatív – tanulói minta került kialakításra. A főváros összes önkormányzati és állami fenntartású középiskolájának valamennyi 9. évfolyamos osztálya képezte a vizsgálat mintavételi keretét (összesen 469 iskola 586 osztálya), míg a 9. évfolyamos osztályok a mintavételi egységét. Az alapsokaság a következőképpen oszlott meg az iskolai képzések típusai szerint: gimnáziumi osztály=230; szakközépiskolai osztály=264; szakiskolai osztály=92. Az alapsokaságból 50 elemű minta került véletlenszerű és szisztematikus kiválasztásra az alapsokaságbeli arányoknak megfelelően. A mintába így összesen 20 gimnáziumi, 22 szakközépiskolai és 8 szakiskolai osztály tartozott. A kiválasztott 50 iskola 50 osztályából 15 iskola visszautasította a részvételt, a pótmintából újabb 5 osztály került kiválasztásra, így összesen 39 iskola 40 osztály került be a mintába. A vizsgálati mintába összesen 1206 tanuló került. Az 1206 diákból végül összesen 944 fő adatai kerültek be az elemzések alapját képező vizsgálati mintába. A vizsgálatba be nem kerülő diákok vagy iskolai hiányzás (n=182) vagy pedig szülői beleegyezés hiányában (n=80) nem vettek részt a kutatásban. A kutatás mintavételi lépéseit az alábbi folyamatábra szemlélteti:



*: Azok a tanulók, akik az adatfelvétel napján valamilyen okból nincsenek jelen az osztályban.

1.ábra: a vizsgálati minta kialakításának folyamatábrája

3.1.2 Eljárás

3.1.2.1 Nyelvi validálás

A kutatás során adaptált mérőeszközök magyar nyelvre történő fordítása a WHO által kiadott fordítási és adaptálási irányelvek (WHO,2012) alapján történt. A kutatás során került sor az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív, az Agresszió és Viktimizáció Skála, a Pozitív Viselkedési Skála és a Verekedés Szülői Kezelése Skála magyar nyelvű fordítására. A fordítási eljárás hét fázisból állt: 1.) kapcsolatfelvétel a mérőeszköz kifejlesztőivel; 2.) a szöveg angolról magyarra történő fordítása; 3.) szakértői munkacsoport kialakítása és a szöveg szakmai ellenőrzése; 4.) a magyar szöveg visszafordítása 5.) próbatesztelés, a tételek értékelése; 6.) az eredeti és a visszafordított angol szöveg egybevetése és 7.) a végső magyar változat kialakítása. Az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív, valamint az Agresszió és Viktimizáció Skála fordítása során az egyes - diákok által használt - technikai eszközök és kifejezések legpontosabb és a hétköznapi nyelvben leggyakrabban használt formájának alkalmazása a fordítási procedúra fontos szempontját képezte.

3.1.2.2 Adatfelvétel

A reprezentatív budapesti minta meghatározását követően felvettük a kapcsolatot a kiválasztott iskolákkal. Az iskolák igazgatóinak engedélyével került sor az adatfelvétellel. Az önkitöltéses kérdőívek felvételére az osztályok tantermeiben került sor. Az adatgyűjtést tapasztalt szakemberek (gyógypedagógusok és pszichológusok) végezték, akik a vizsgálat kezdete előtt speciális felkészítő tréningen vettek részt. A tréning során felkészítésben részesültek az iskolai környezetben történő kérdezés specifikumairól, a diákokkal való „bánásmódról”. A felkészítés külön kitért a kérdezés megfelelő bevezetésére, a fiatalok megnyerésére, motiválására, a különböző felmerülő gyakorlati kérdések kezelésére, illetve a szövegmegértés esetleges problémáira vonatkozóan. Ennek célja a mérések érvényességének növelése és az osztálytermi helyzetben előforduló torzítások minimalizálása (Burke és Sass, 2008; Creswell, 2012) volt. A kérdőívek kitöltése közben az iskolák tanárai nem voltak jelen az osztályteremben. A kérdőív kitöltése egy 45 perces tanórát vett igénybe. A kutatásban való részvétel önkéntes volt, valamennyi adat anonim módon került összegyűjtésre. A szülők írásban egyeztek

bele gyermekük kutatásban történő részvételébe. A kutatás az Oktatási Minisztérium engedélyével került lebonyolításra.

3.1.3 Mérészközök

A Törless/z/ projekt teljes tesztbateriája az alábbi kérdőíveket tartalmazta: Rosenberg Önértékelési Skála, Junior Temperamentum és Karakter Kérdőív Újdonságkeresés Alskála, Hiperkinetikus Zavar Kérdőív, Buss és Perry Agresszió Kérdőív – Fizikai Agresszió Alskála, Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív, Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ), Agresszió és Viktimizáció Skálák, Pozitív Viselkedési Skálák és Verekedés Szülői Támogatása Skála, valamint az alkoholfogyasztás és dohányzás mérésére az A Serdülőkori Problémák Európai Értékelő Interjúja (EuroADAD) vonatkozó kérdései.

A disszertációban ismertetett vizsgálatokban az alábbi kérdőívek adatai kerültek felhasználásra.

A Serdülőkori Problémák Európai Értékelő Interjúja (European Version of the Adolescent Assessment Dialogue, EuroADAD), Szerhasználat problématerület

Az EuroADAD félig strukturált interjú segítségével a serdülőkori problémák többdimenziós profilja állítható fel (Czobor, Bácskai E, Oberg D, Haack J-M, és Gerevich, 2011). Jelen vizsgálatunk során az alkoholvásra és a dohányzásra vonatkozó tételeket (a Szerhasználati problémák fejezetből) valamint az elmúlt évi iskolai teljesítményre vonatkozó változót (D6 változó az Iskolai problémák fejezetből) használtuk fel.

Buss-Perry Agresszió Kérdőív (Buss-Perry Aggression Questionnaire, AQ)

Az Agresszió Kérdőív a személyiség agresszív vonásait (ún. vonás-agresszió) mérő önkítöltéses mérőeszköz (Gerevich, Bácskai, és Czobor, 2007). Vizsgálatunk során a kérdőív négy alskálája közül a Fizikai Agresszió Alskála került felhasználásra. Az alskála konstrukció-érvényességét laboratóriumi és empirikus kutatások is egyaránt alátámasztják. A Fizikai Agresszió Alskála pontszáma statisztikailag szignifikánsan korrelált a fizikai agresszió manifeszt, életszerű megnyilvánulásával (Bushman és Wells, 1998). A mérőeszköz –korábbi kutatások tapasztalatai alapján – alkalmas serdülők

vizsgálatára (Ang, 2007; Miotto, Pollini, Restaneo, Favaretto, és Preti, 2008; Ongen, 2010). A kérdőív magyar nyelvre validált változata elérhető felnőttek és serdülők vizsgálatához (Gerevich és mtsai., 2007).

Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív (Olweus Bullying/Victimization Questionnaire)

A Dan Olweus által kifejlesztett önkitöltéses kérdőív az iskolai terrorizálásban való részvétel, és az abban való áldozattá válás mértékét állapítja meg (Solberg és Olweus, 2003; Solberg és mtsai., 2007). A kérdőív az elmúlt 3 hónap vonatkozásában 40 tétel segítségével méri az iskolai terrorizálás (bullying) és áldozattá válás (viktimizáció) előfordulási formáit és gyakoriságát, valamint további kérdéseket tartalmaz az iskola klímájára, az iskolai terrorizálás helyszíneire, a diákok, a tanárok, a szülők terrorizálással kapcsolatos attitűdjeire vonatkozóan (Kyriakides és mtsai., 2006). Az iskolai terrorizálást és viktimizációt a mérőeszköz egy-egy ún. globális kérdéssel és két különálló, 9-9 tételt tartalmazó kérdéssorral tárja fel. Az egyes tételeket ötfokozatú Likert-skála (1-5-ig) segítségével lehet értékelni. A viktimizáció és az áldozattá válás prevalenciája többféleképpen is megállapítható. Az egyik lehetséges módszer a globális tételek alkalmazása. A terrorizálásra és a viktimizációra vonatkozó küszöbérték mindkét tétel esetén 3-3 pont (mely a „Havonta kétszer vagy háromszor” szöveges válaszalternatívát jelenti). A 3 pontot elérő vagy meghaladó diákok terrorizálóknak vagy áldozatoknak tekinthetők a globális ételek alapján. A másik lehetőség két különálló alskála kialakítása a terrorizálás és az áldozattá válás egyes formáit mérő 9-9 tétel alapján (Kyriakides és mtsai., 2006; Solberg és Olweus, 2003). Elemzésünk során az iskolai terrorizálásra valamint az áldozattá válásra vonatkozó tételeket különálló skálákként értelmeztük (a Terrorizálás Skála értékeit a 25-33. tételek, a Viktimizáció Skála pontszámait a 4-12. tételek) és a 0-4 tartomány értékeire kódoltuk át. Az egyes skálakon elérhető maximális pontszám így 36 pont (9*4) lett. A kérdőív pszichometriai mutatói korábbi vizsgálatok alapján jónak tekinthetők (Kyriakides és mtsai., 2006; Lee és Cornell, 2010; R. D. Olweus, 2007; Solberg és Olweus, 2003; Solberg és mtsai., 2007).

Agresszió és Viktimizáció Skála (Reduced Aggression and Victimization Scales)

A Pamela Orpinas által kifejlesztett skála az iskolai terrorizálás és áldozattá válás súlyosságának és gyakoriságának mérésére (Orpinas, 2009; Orpinas és Frankowski, 2001) szolgál. A mérőeszköz két alskálára bomlik: az 1-6 tétel alkotja a Viktimizáció, a 7-12 tétel az Agresszió Alskálát. A tételek 7 fokozatú Liket-skálán értékelhetők, a maximális pontszám alskálánként 36 pont. A mérőeszközzel végzett vizsgálatok annak jó pszichometriai mutatóit támasztották alá (Orpinas, 2009).

Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála (Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale IV)

A mérőeszközt DuPaul és munkatársai dolgozták ki a figyelemzavar és hiperaktivitás/impulzivitás tüneteinek felmérésre. Az egyes tételek kidolgozása a DSM-IV diagnosztikai kritériumai alapján történt. A kérdőív 18 tételt tartalmaz, a páratlan számúak a figyelemzavar, a párosak a hiperaktivitás/impulzivitás mérésére szolgálnak. Az egyes tételeket négyfokozatú skálán lehet értékelni. A kérdőív az egyes tünetek klinikai jelentőségének felmérésére is alkalmas. A szerzők vizsgálatai a mérőeszköz egy- és kétfaktoros struktúráját is kimutatták, a skála a gyermek- és serdülőkori ADHD érvényes szűrőeszközének tekinthető (DuPaul és mtsai., 1998). A kérdőív megbízhatóságát további vizsgálatok is alátámasztották (Faries, Yalcin, Harder, és Heiligenstein, 2001; Zhang, Faries, Vowles, és Michelson, 2005).

Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ)

A kérdőívet Robert Goodman dolgozta ki 1994-ben gyermekek és serdülők viselkedéses jellemzőinek és pszichopatológiai tüneteinek mérésére. Az SDQ az egyes problémákon kívül a viselkedés proszociális aspektusait is méri (Goodman, 2001). A 25 tétéles kérdőív öt alskálát tartalmaz: Érzelmi Tünetek Alskála, Viselkedési Problémák Alskála, Hiperaktivitás Alskála, Kortárskapcsolati Problémák Alskála, Proszociális Viselkedés Alskála. Az első négy - nehézségekre vonatkozó - alskála összege adja az Összesített Nehézségek pontszámot, az ötödik alskála a kitöltők szociális kompetenciáiról és erősségeiről ad információkat (Goodman, 2001; Muris, Meesters, és van der Berg, 2003). A tételek három fokozatú skálán értékelhetők. Valamennyi alskála 5 tételt tartalmaz, a

maximális pontszám 25 pont lehet alskálánként, így az Összesített Nehézségek pontszám maximális értéke is 40 pont lehet. A mérőeszköz pszichometriai mutatói brit (Goodman, 2001) és holland (Muris és mtsai., 2003) mintákon is elfogadhatónak, jónak bizonyultak. A kérdőív magyar változatát Gervai Judit és Székely Mária készítették el. A kérdőív hazai változata is megbízhatóan alkalmazható különféle mintákon (Turi, Tóth, és Gervai, 2011).

3.1.4. Az elemzett változók ismertetése

A jelenlegi alkoholvás és dohányzás változói a fenti változók dichotóm (igen/nem) alakban kerültek kódolásra az elmúlt 30 nap adatai alapján. Minden válaszadó, aki legalább egy alkalommal alkoholt ivott vagy elszívott legalább egy szál nikotinos cigarettát a vizsgálatot megelőző 30 napban, a jelenlegi alkoholt fogyasztó/dohányos csoportba került. Aki ennél ritkábban fogyasztotta e szereket, vagy élete során egyáltalán nem fogyasztotta őket, a jelenlegi nem ivó/dohányos csoportba került.

Az elmúlt évi iskolai teljesítményre vonatkozó változó trichotóm. A diákok saját bevallása alapján állapítja meg, hogy az adott tanuló előző évi iskolai teljesítménye vajon „átlag alatti”, „átlagos” vagy „átlag feletti” volt-e.

A vonás-agressziót, az iskolai terrorizálást, az externalizációs és internalizációs tüneteket, valamint a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar tüneteit kétféleképpen vizsgáltuk. Először a Buss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskálájának, az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőívnek, az Agresszió és Viktimizáció Skálanak, az SDQ Érzelmi Tünetek Alskálájának és a Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála pontértékeinek folytonos változatát alkalmaztuk. Másrészt az egyes skálák és alskálák pontszámait kategoriális (dichotóm formátumúra átkódolt) változatban is alkalmaztuk.

Az átkódolás az egyes skálák és alskálák esetén az adott eszközök értékelésétől függően eltérő volt.

A Buss-Perry agresszió Kérdőív Fizikai Alskálája esetén a 27 pont alatti értékek „alacsonynak”, míg a 27 pont fölötti értékek „magasnak” tekintendők. A 27 pontos küszöbérték megállapítása *a priori* történt. A Buss-Perry kérdőív PA alskálája esetében

az egyes tételek közepes súlyosságú értékelését a középső válaszalternatíva, azaz 3-as érték képviseli („Jellemző is meg nem is”). Mivel az egyes tételek közepes súlyosságú értékelésének egyenletes eloszlása esetén az alsókála összpontszáma 27 lenne, ezért a 27 pontos küszöbérték kerül alkalmazásra.

A Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála dichotomizált értékeinek megállapítása is *a priori* módon történt. A figyelemzavarra, valamint a hiperaktivitás/impulzivitásra vonatkozó tételek tekintetében a 9 pontos értéket vettük figyelembe, mely szerint a vizsgált személy a figyelemzavar, valamint a hiperaktivitás/impulzivitás tüneteit mérő 9-9 tétel mindegyikén legalább 1 pontos tüneti súlyosságot ért el. A teljes skála pontszámaira vonatkozó határérték ugyanezen elvek alapján 18 pont volt.

Az Agresszió és Viktimizáció Kérdőív skálái esetén az előbbi módszer került alkalmazására. Az iskolai terrorizálás és a viktimizáció skáláknál küszöbértékeként mindkét esetben a 6 pontos határt alkalmaztuk. A 6 pontos küszöb azt jelenti, hogy a válaszadó az alsókálához tartozó 6-6 tétel mindegyikén legalább átlagosan 1 pontot ért el.

Az Olweus Terrorizálás és Viktomizáció Kérdőív és a Képességek és Nehézségek Kérdőív esetén az „alacsony” és „magas” pontértékek a mintaátlagoktól való eltérés alapján kerültek megállapításra.

3.1.5 Statisztikai elemzések

A leíró statisztikai elemzések során egyszempontos varianciaanalízist alkalmaztunk a folyamatos változókhoz, és χ^2 próbát a kategoriális változókhoz.

A hipotézisvizsgálatok során a fizikai agresszió (folytonos változó) és az alkohol és dohány együttes fogyasztása közötti kapcsolatot kétféle elemzés keretében vizsgáltuk. Az elemzés első lépéseként általánosított lineáris integrált kevert modellt (Generalized Linear Integrated Mixed Model (GLIMMIX)) alkalmaztunk, mely során a függő változó (azaz a Buss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alsókálájának összpontszáma) folytonos változóként került bevonásra a modellbe. A jelenlegi alkoholfogyasztás és

dohányzás változói független (magyarázó) változókként szerepeltek. A dohányzás és az alkoholhasználat közötti interakció szintén bevonásra került a modellbe a nemek változójának kovariánsként történő alkalmazása mellett.

Az elemzés második lépéseként a fizikai agresszió változója kategoriális változóként szerepelt a modellben. A változók főhatásai között interakció szintén bevonásra került a modellben a log-link funkció alkalmazása mellett (mivel a két változó dichotóm formájú volt). A hatásnagyságok megállapítása érdekében az Esélyhányadosok (Odds Ratio, OR) is megállapításra kerültek.

A kiegészítő elemzés keretében került sor az iskolai teljesítmény kovariánsként történő bevonására.

Az alkohol és a dohány együttes fogyasztása és az iskolai terrorizálás, az internalizációs és externalizációs problémák és a figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar közötti összefüggések vizsgálata a feljebb leírt logikát követi.

Az elemzések első lépésében általánosított lineáris kevert modellek (Generalized Linear Mixed Model, GLMM) kerültek alkalmazásra, melyekben az adott központi (függő) változó (azaz az iskolai terrorizálás esetén az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív, és az Agresszió és Viktimizáció Skála; az SDQ Érzelmi Tünetek Alskálája; a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar esetén pedig a Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála pontszámai) folytonos változóként került be a modellekbe. A jelenlegi alkoholfogyasztás és dohányzás változói magyarázó (független) változókként szerepeltek. A dohányzás és az alkoholhasználat közötti interakció is bekerült a modellekbe a nemek változójának kovariánsként történő alkalmazása mellett.

A kiegészítő elemzések keretében került sor az iskolai teljesítmény kovariánsként történő bevonására az egyes GLMM modellekbe.

A másodlagos elemzések során az iskolai terrorizálás, az internalizációs és externalizációs tünetek és a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar tüneteinek egyes változói dichotóm változóként szerepeltek a bináris logisztikus regressziós modellekben. A hatásnagyságok megállapítása érdekében az egyes modellekben az esélyhányadosok (Odds Ratio, OR) is megállapításra kerültek.

A vizsgálatban használt mérőeszközök pszichometriai vizsgálata során kétféle vizsgálat került elvégzésre. 1.) Az időbeli (teszt-reteszt) megbízhatóság intraclass korrelációs együtthatók (Intraclass Correlation Coefficient, ICC) segítségével került vizsgálatra. 2.) A belső konzisztencia vizsgálata Cronbach-alfa együtthatók megállapításával, valamint tétel-totál és az egyes tételek közötti korrelációs együtthatók kiszámításával történt.

Az elemzések a SAS (The Statistical Analysis System for Windows) (verziószám 9.1; SAS Institute, Cary, NC) és az SPSS (Statistical Product and Service Solutions for Windows) (verziószám 20.0; IBM) programcsomagok használatával készültek. Az elsőfajú hiba (α) szintje a 0.05 értékben került megállapításra a statisztikai szignifikancia jelzésére.

3.2. A fiatal felnőttek mintáján végzett vizsgálat módszerei

Jelen kutatás az Addiktológiai Kutató Intézetben lefolytatott „Új addiktológiai mérőmódszerek magyarországi adaptációja” című kutatási projekt keretében valósult meg. A disszertáció szerzője tudományos segédmunkatársként a kutatás koordinálásában, az adatfelvételben és az adatok elemzésében vett részt.

3.2.1 Vizsgálati minta

A vizsgálati minta három almintából állt, melyek a megkérdezett vizsgálati személyek droghasználatának súlyosságában és a segítségkérésük mértékében különböztek egymástól. Az első almintát ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők alkották, akik a többi almintához képest a legsúlyosabb droghasználatot mutatták (N=98 fő; átlagéletkor=25,6 év). A második almintát kötelező megelőző-felvilágosító programban¹ résztvevő fiatalokból állt (N=85 fő, átlagéletkor=23,5 év). A megelőző-felvilágosító programba - és ezáltal a vizsgálati mintába is - olyan személyek is bekerülhetnek, akik csak egy alkalommal használtak valamilyen drogot (1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről). A harmadik almintába olyan fiatal felnőttek kerültek bevonásra, akik elektronikus zenei partikat látogattak, és a droghasználat szempontjából veszélyeztetettek voltak (N=76 fő; átlagéletkor= 22,9 év). A vizsgálati csoport almintái mellett kontrollesoportként egy, a droghasználó fiatalokból álló almintákhoz korban illesztett,

¹ „elterelésen résztvevők”: valamilyen droghasználatához kötődő bűncselekmény elkövetése miatt a megelőző-felvilágosító programban való részvételre kötelezettek.

felsőoktatási hallgatókból álló negyedik csoport is bevonásra került (N=109 fő, átlagéletkor=25,5 év). Az egyetemista fiatalok és partizó fiatalok között jelentős eltérés mutatható ki az illegális szerhasználat prevalenciájában (EMCDDA, 2015), ezért az egyetemista fiatalok populációja alkalmas kontrollcsoportként való alkalmazásra.

A vizsgálat kizárási kritériumaiként az alábbiak kerültek meghatározásra: akut intoxikáció vagy bármely olyan testi betegség megléte (mint például súlyos neurológiai tünetek vagy akut pszichózis), ami meggátolta a kutatásban való részvételt. Valamennyi vizsgálati személy önként vett részt a vizsgálatban.

3.2.2 Eljárás

A kérdőívek nyelvi validálása

A DUDIT és a DUDIT-E mérőeszközök Magyar nyelvre történő fordítása az Egészségügyi Világszervezet által kiadott irányelvek (WHO) és a mérőeszköz fejlesztőinek fordítási irányelvei alapján történt (Berman, Palmstierna, Schlyter, és Bergman, 2006). A fordítási eljárás hét fázisból állt: 1.) kapcsolatfelvétel a mérőeszköz kifejlesztőivel; 2.) a szöveg angolról magyarra történő fordítása; 3.) szakértői munkacsoport által történő ellenőrzés; 4.) a magyar szöveg visszafordítása 5.) próbatesztelés, a tételek értékelése; 6.) az eredeti és a visszafordított angol szöveg egybevetése és 7.) a végső magyar változat kialakítása. A gyógyszerlista végleges összeállítása során konzultációra került sor az addiktológiai kórképek farmakoterápiás kezelésében szakértő addiktológus-pszichiáter szakorvossal. A konzultáció keretében történt meg a drogok listájának véglegesítése is (olyan speciális magyar nevek kerültek be a listába, mint például a mepredon megnevezésére használt „Kati”). A fájdalomcsillapító és altató/nyugtató hatású gyógyszerek listájának összeállítása során az adott szerek kereskedelmi nevét alkalmaztuk. A standardizált tesztfelvétel körülményeinek biztosítása érdekében a DUDIT kézikönyve is fordításra került.

Adatfelvétel

Az ambuláns addiktológiai kezelés alatt álló páciensek körében két drogambulancián került sor az adatgyűjtésre. A megelőző-felvilágosító programban résztvevő személyek két ilyen programot is biztosító alacsony-küszöbű ellátó helyen kerültek bevonásra. A droghasználat kialakulása szempontjából veszélyeztetett fiatal felnőttek körében két

elektronikus zenei rendezvényen történt az adatfelvétel. A kontrollmintába tartozó személyek három felsőoktatási intézmény hallgatói közül véletlenszerűen kerültek kiválasztásra.

Az adatfelvételre 2010 decembere és 2011 májusa között került sor. A vizsgálatban való részvételre felkért személyek informált beleegyezés után vettek részt a kutatásban. Valamennyi válaszadó önként és anonim módon vett részt a kutatásban. A kérdőívek teszt-reteszt megbízhatóságának megállapítása érdekében két hét elteltével újabb adatfelvételre került sor két almintán (az ambuláns kezelés alatt álló páciensek és a megelőző-felvilágosító programban való részvételre kötelezett személyek almintáin), összesen két ellátó intézményben (N=53). Az ambuláns kezelés alatt álló betegek és a kötelező megelőző-felvilágosító programban résztvevő személyek közül az adatfelvételi időszak alatt az adott intézményben kezelésre vagy elterelési programra jelentkező valamennyi személy bekerült. A droghasználat kialakulása szempontjából veszélyeztetett fiatal felnőttek közül véletlenszerűen kerültek kiválasztásra az almintába bekerülő személyek (minden ötödik személy kapott felkérést a vizsgálatban való részvételre). A kontrollmintába bekerülő hallgatók véletlenszerűen kerültek kiválasztásra három nagy fővárosi egyetem és főiskola hallgatói közül.

Az ambuláns kezelési és megelőző felvilágosító programokban résztvevő személyekkel történő adatfelvételt tapasztalt addiktológus szakemberek végezték. Az elektronikus zenei rendezvényeken felkért személyek és a kontrollminta hallgatói körében előzetes képzésben résztvevő pszichológushallgatók töltették ki a kérdőíveket.

A válaszadási arány eltérően alakult a négy almintán. Az ambuláns kezelés alatt állók körében 91% (98 fő válaszolt a felkért 112 főből) volt; a kötelező megelőző-felvilágosító programban résztvevők között 100% (85 fő adott választ a felkért 85-ből) volt, a droghasználat szempontjából veszélyeztetett elektronikus zenei rendezvényeket látogatók közül 76% (76 fő a felkért 100 főből) volt; a kontroll csoportban pedig 80,7% (109 a felkért 135-ből) volt. A teljes minta összesen 368 főből állt.

3.2.3 MÉRŐESZKÖZÖK

A vizsgálatban a Szerhasználati Zavarok Szűrőtesztje (Drug Use Disorders Identification Test, DUDIT) és a Szerhasználati Zavarok Kiterjesztett Szűrőtesztje (Drug Use Disorders Identification Test-Extended, DUDIT-E) került felvételre.

A mérőeszközök változói

Az elemzések során a DUDIT kérdőív összesített pontszámai kerültek alkalmazásra. A DUDIT-E esetén a teszt négy skálájának pontszámai képezték az elemzés alapját. A négy skála-pontszám a D (Drug frequency, a droghasználat gyakorisága) a P (Positive, a droghasználattal kapcsolatos pozitívumok), az N (Negative, a droghasználattal kapcsolatos negatív élmények és tapasztalatok) és a T (Treatment, kezelés) skálák tételei alapján kerültek megállapításra. Az ötödik vizsgált változó, a Motivációs Index (MotInd) három skála tételeiből (az N, a P és a T skálák) került kiszámításra.

A MotInd-et a kérdőív 54 tételéből 41 alapján lehet kiszámítani. A számítás alapját az alábbiak képezik: a P skála összes, 17 tétele, az N skála összes, 17 tétele és 7 tétel a T skála összes, 10 tétele közül. A Motivációs Index a kérdőív fejlesztőinek ajánlásai alapján az alábbi képlet segítségével került kiszámításra: $(N_{\text{összpontszám}}/P_{\text{összpontszám}})*T[(2+3+4+5+8 \text{ tételek})-(1+9 \text{ tételek})]$ (Berman, Bergman, Palmstiema, és mtsai., 2003). A -2 és 3, a 4 és 9 valamint a 10 és 14 közötti értékek a gyenge-, közepes- valamint erős kezelési motivációnak feleltethetők meg.

Az externalizációs- és internalizációs tüneteket a DUDIT-E N skálájának egyes tételeivel mértük. Az alábbi négy változó került vizsgálatra:

1. A verbális- és a fizikai agresszió elkövetésének gyakoriságát mérő változó: „Az elmúlt évben veszekedésben vettem részt, vagy erőszakosan viselkedtem a drogok hatására” (5 fokozatú skála: soha, ritkábban, mint havonta, minden hónapban, minden héten, naponta, vagy majdnem minden nap).
2. A drogfogyasztás vagy az erőszakos viselkedés miatt fogatosított rendőrségi intézkedések és eljárások gyakoriságát mérő változó: „Az elmúlt évben problémáim voltak a rendőrséggel a drogok miatt.” (5 fokozatú skála: soha, ritkábban, mint havonta, minden hónapban, minden héten, naponta, vagy majdnem minden nap).

3. A szorongást mérő változó: „Melyek a drogfogyasztás negatívumai az ön számára: Szorongás érzése” (5 fokozatú skála: egyáltalán nem, egy kicsit, valamennyire, nagyon, teljesen).
4. Az öngyilkossági gondolatokat mérő változó: „Melyek a drogfogyasztás negatívumai az ön számára: Öngyilkossági gondolatok” (5 fokozatú skála: egyáltalán nem, egy kicsit, valamennyire, nagyon, teljesen).

3.2.4 Statisztikai elemzések

A mérőeszközök pszichometriai vizsgálata során az alábbi vizsgálatok kerültek elvégzésre: A belső konzisztencia vizsgálata Cronbach-alfa együtthatók megállapításával, valamint tétel-totál és az egyes tételek közötti korrelációs együtthatók kiszámításával történt. Az időbeli megbízhatóság intraclass korrelációs együtthatók (Intraclass Correlation Coefficient, ICC) segítségével került vizsgálatra. A mérőeszközök faktorstruktúrájának megállapításához feltáró faktoranalízist (Exploratory Factor Analysis, EFA) végeztünk, melyek során főkomponens eljárást és VARIMAX-forgatást alkalmaztunk. A kérdőívek dimenzionalitása a Kaiser-Guttman-féle, sajátérték >1 feltétel és a Cattell-féle lejtődiagram alapján került megállapításra (Kaiser, 1960). Az egyes tételek faktorokhoz történő rendelése a legmagasabb faktorsúlyok alapján történt. A faktorsúlyok küszöbértéke 0,4 volt a kiemelkedőség (saliency) tekintetében. A kritériumvaliditás vizsgálata az egyes csoportok közötti különbségek megfigyelésén alapult. A vizsgálat során általános lineáris modell (General Linear Model, GLM) elemzéseket végeztünk. Az egyes modellekben a kor és a nem kovariánsokként szerepeltek. A tesztek prediktív érvényességét azok érzékenységi (sensitivity) és fajlagossági (specificity) mutatói alapján állapítottuk meg. A mutatók ROC (Receiver Operating Characteristic) görbe-analízis alapján kerültek megállapításra, mely során a görbe alatti terület (Area Under the Curve, AUC) is kiszámításra került. A konvergens érvényesség a DUDIT összesített- és a DUDIT-E alszála-pontszámai közötti korrelációs vizsgálatok alapján került elemzésre. A konkurens érvényesség kérdését a DUDIT alapján kiszűrt és kiszűrésre nem került személyek DUDIT-E pontszámaiban megfigyelhető különbségek alapján, független mintás t-próbák segítségével vizsgáltuk. A hipotézisvizsgálatok során egyszempontos varianciaanalíziseket (ANOVA) végeztünk a csoportok közötti különbségek kimutatására. Az egyes szerek és a pszichopatológiai tünetek valamint a

szerhasználat abbahagyása iránti motivációs tényezők összefüggései többszörös lineáris regressziós modellek segítségével kerültek vizsgálatra. Valamennyi modell során magyarázó változókként tizenkét változó szerepelt: tíz kémiai szercsoport használatának gyakorisága (a DUDIT-E D skálájának változói: kannabisz, amfetaminok, kokain, opiátok, hallucinogének, oldószeres és egyéb drogok, GHB és egyéb designer drogok, nyugtató/altató hatású valamint fájdalomcsillapító gyógyszerek és dohány) valamint két demográfiai kontrollváltozó (nemek és életkor). Valamennyi modellben a magyarázó változók bevonására ENTER módszerrel került sor.

Mindegyik statisztikai elemzés az SPSS for Windows programcsomag 20.0-ás változatának felhasználásával készült el. Az elsőfajú hiba (α) határértéke a 0,05 értékben került megállapításra a statisztikai szignifikancia jelzésére.

4. EREDMÉNYEK

4.1. A serdülők körében végzett vizsgálat eredményei

4.1.1. Leíró statisztikai adatok

Az adatfelvételhez 39 iskola járult hozzá (összesen 40 osztállyal), így 944 tanuló vett részt a vizsgálatban (a teljes válaszadási arány 78% volt). Átlagéletkoruk 15.03 (SD=0,77) év volt, és a válaszadók 48.5% volt fiú. Gimnáziumba 373 tanuló járt (39,5%), szakközépiskolába 410 (43,4%) s szakiskolába 161 (17,1%). Iskolai teljesítménye alapján 311 (32,9%) tanuló tartozott az elmúlt évben átlag feletti teljesítményt elérők közé. Átlagos eredményt 540 (57,2%) tanuló ért el, az átlagosnál gyengébbet pedig 88 (9,3%).

Az elemzésekbe bevont mérőeszközöket tekintve, a Buss-Perry Aggresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskála átlagos összpontszáma 21,52 pont (SD=7,93) volt, ami alacsony fizikai agresszió-szintnek felel meg (maximális pontszám=40). Az Alskála pontszámai jelentős mértékben különböztek a nemek, az iskolai teljesítmény és az iskolatípus alapján (ld. 3. táblázat).

Az Olweus Iskolai Terrorizálás és Viktimizáció Kérdőív globális értékelő tételei alapján a tanulók 20,3%-a vált áldozattá az elmúlt három hónapban, míg társait a diákok 21,8%-a terrorizálta legalább egy alkalommal. A diákok 7%-a ún. agresszor-áldozat (azaz egyszerre elkövető és áldozat is) volt. A nemek között jelentős különbségek mutathatók ki az iskolai terrorizálás elszenvedésének tekintetében: a lányok körében 17,4% volt terrorizálást elszenvedők aránya, a fiúkban 23,7% (Pearson $\chi^2=5,87$; df=1; p=0,015). A fiúk 26,5%-a terrorizálta társait, míg ez a lányok 17,6-ra volt jellemző (Pearson $\chi^2=11,05$; df=1; p=0,001). Az iskolai teljesítmény alapján képzett csoportokban nem voltak jelentős különbségek: az áldozattá válás prevalenciája 20,6, 19,0 és 28,4% volt az átlag fölötti, átlagos és átlagi alatti tanulmányi eredménnyel jellemezhető csoportokban (Pearson $\chi^2=4,14$; df=2; p=0,125). Ez az arány 18,6, 23,2 és 25,3% volt az iskolai terrorizálás esetén (Pearson $\chi^2=3,03$; df=2; p=0,220). A gimnáziumi tanulók 22,5%-a számolt be arról, hogy iskolai terrorizálás áldozatává vált az elmúlt három hónapban. Ez az arány 18,5% volt a szakközépiskolások és 20,3% a szakiskolások között, a különbség nem tekinthető statisztikailag szignifikánsnak (Pearson $\chi^2=1,91$; df=2; p=0,385). A terrorizálás tekintetében azonban jelentős különbségek állapíthatók meg a három csoport között: a terrorizálás prevalenciája a szakiskolai tanulók körében volt a legnagyobb, szemben a

másik két csoporttal (17,7, 22,0 és 31,2% a gimnáziumi, szakközépiskolai és szakiskolai osztályokban (Pearson $\chi^2=12,05$; $df=2$; $p=0,002$).

Az Olweus Terrorizálás és Viktimizáció Kérdőív iskolai terrorizálásra, valamint az áldozattá válásra vonatkozó tételeit különálló skálákként értelmezve a Terrorizálás Skála átlagpontszáma 0,65 (SD=2,24) pont volt, a Viktimizáció Skáláé 0,58 (SD=1,89), ami alacsony pontszámoknak felel meg. Mindkét Skála pontszámai jelentős mértékben különböztek a nemek szerint (mindkét esetben a fiúk értek el magasabb pontszámokat), az iskolai teljesítmény alapján azonban a különbségek nem érik el a statisztikai szignifikancia szintjét (ld. 3. táblázat). Az iskolatípusok között a Terrorizálás Skálán jelentős különbség volt kimutatható ($F=3,02$; $df=2$; $p=0,049$), a Viktimizáció Skálán a különbség nem volt szignifikáns.

Az Agresszió és Viktimizáció Skála Agresszió Skáláján elért átlagos pontszám a teljes serdülő mintán 2,58 pont (SD=4,60) volt, a Viktimizáció Skáláján pedig 2,00 pont (SD=4,04) volt az átlag. Mindkét skálán szignifikáns nemi különbségek voltak kimutathatók, az iskolai teljesítmény alapján azonban csak az Agresszió Skálán ($F=7,71$; $df=2$; $p<0,0001$) volt jelentős különbség, a Viktimizáció Skálán nem ($F=1,77$; $df=2$; $p=0,17$). Az iskolatípus alapján mindkét skálán statisztikailag szignifikáns különbségek voltak megfigyelhetők ($F=20,84$; $df=2$; $p<0,0001$ és $F=8,55$; $df=2$; $p<0,0001$).

A Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) skála átlagpontszáma 14,57 pont (SD=7,88) volt a teljes iskolai mintán. A Figyelemzavar Alskála átlagos pontszáma 7,70 (SD=4,18), a hiperaktivitás/impulzivitásé pedig 6,87 (SD=4,52) pont. Mindez azt jelenti, hogy a válaszadó diákok átlagosan egy pontnál kevesebbet értek el a skála egyes tételein, ami alacsony pontszámra utal. A teljes ADHD skála összpontszámaiban jelentős nemi különbségek nem voltak kimutathatók (egyutas $F=3,02$; $df=1, 940$; $p=0,082$), a fiúk átlaga 14,09 (SD=7,91) pont, lányoké pedig 14,99 pont (SD=7,82) volt. A Hiperaktivitás/impulzivitás Alskála esetén azonban szignifikáns különbség volt, a lányok értékei magasabbak voltak: (7,14 (SD= 4,44) és 6,55 (SD=4,57). A különböző iskolatípusok szerint szintén lényeges különbségek mutatkoztak ($F=8,630, 2, 938,$

$p < 0,0001$). A legmagasabb pontértékek a szakiskolai tanulók mintáján voltak mérhetőek (16,89, $SD=8,80$), míg a legalacsonyabbak a gimnáziumba járó diákokéban (14,57, $SD=7,88$). A Figyelemzavar ($F=6,89$, $df=2$, 937, $p=0,001$) és a Hiperaktivitás/impulzivitás ($F=7,49$, $df=2$, 940, $p=0,001$) Alskálák esetén is ugyanez a jelenség volt megfigyelhető.

A Képességek és Nehézségek Kérdőív Nehézségek alskáláira vonatkozó összesített átlagpontszám 9,98 ($SD=4,6$) pont volt. A mérőeszköz egyes alskáláinak átlagpontszámai a következőképpen alakultak: Érzelmi Tünetek Alskála (2,88 pont; $SD=2,22$), Viselkedési Problémák Alskála (2,43 pont; $SD=1,51$); Hiperaktivitás Alskála (3,11 pont; $SD=1,91$),

Kortárskapcsolati Problémák Alskála (1,57 pont; $SD=1,64$) és Proszociális Viselkedés Skála (6,89 pont; $SD=2,06$).

A nemek között szignifikáns volt a különbség ($F=16,60$; $df=1$, 930; $p < 0,0001$), a lányok mintáján volt magasabb az átlagpontszám (10,55 ($SD=4,60$) és 9,33 ($SD=4,49$). Az SDQ egyes alskáláit vizsgálva valamennyi alskálán szignifikáns eltérés volt megfigyelhető a fiúk és a lányok között az összpontszámok tekintetében (minden esetben $p < 0,0001$). A viselkedési és a kortárskapcsolati problémák alskálákon a fiúk értek el magasabb pontszámokat, a lányok mintáján pedig az Érzelmi Problémák és a Hiperaktivitás Alskálákon voltak magasabbak az értékek. A Proszociális Viselkedés Alskálán is jelentős különbség volt a két nem között ($F=143,18$; $df=1$, 937; $p < 0,0001$): a lányok átlagai voltak magasabbak (7,61 és 6,11).

Az elmúlt évi tanulmányi eredmény (átlagos, átlag feletti és alatti) szerint képzett csoportokban az érzelmi tüneteket mérő alskálán kívül ($F=0,618$; $df=2$, 935; $p=0,539$) valamennyi alskála átlagos pontszámaiban statisztikailag jelentős különbségek voltak kimutathatók (p minden esetben $< 0,0001$). A viselkedési- és kortárskapcsolati problémákat, valamint a hiperaktivitást mérő alskálák pontszámai az átlag alatti teljesítményt elérő csoportban voltak a legmagasabbak és az átlag feletti teljesítményt nyújtókéban a legalacsonyabbak.

Az oktatási intézményük típusa alapján a tanulók csoportjai között is szignifikáns különbség volt mérhető a mérőeszköz összpontszámában, valamint az egyes alskálákon. Az Összesített Nehézségek pontszám a legmagasabb a szakiskolai tanulók csoportjában volt (11,95, SD=4,98), a legalacsonyabb pedig a gimnáziumi tanulók csoportjában (9,24, SD=4,42) Az Érzelmi Tünetek Alskála pontszámaiban nem volt kimutatható jelentős különbség az egyes iskolatípusok szerint, a viselkedési- és a kortárskapcsolati problémákat, valamint a hiperaktivitást mérő alskálák átlagpontszámai a szakiskolai diákok körében voltak a legmagasabbak. A Proszociális Viselkedés Alskálán ezzel ellentétben a legmagasabb pontszámok a gimnáziumi mintán (7,27, SD=1,87) voltak mérhetőek.

3. táblázat: Az egyes mérőeszközök pontszámainak megoszlása a nemek, az iskolai teljesítmény az iskolatípusok szerint

Mérőeszköz	Nemek		Iskolai teljesítmény			Iskolatípus		
	Fiú	Lány	Átlag feletti	Átlagos	Átlag alatti	Gimnázium	Szakközépi skola	Szakiskola
	átlag (SD)	átlag (SD)	átlag (SD)	átlag (SD)	átlag (SD)	átlag (SD)	átlag (SD)	átlag (SD)
Buss-Perry PA Fizikai Agresszió Alskála	23,69 (7,59)	19,48 (7,70)*	19,63 (7,35)	21,85 (7,82)	26,08 (8,24)*	19,45 (7,22)	19,45 (7,22)	19,45 (7,22)*
Olweus Iskolai Terrorizálás és Viktimizáció kérdőív- Viktimizáció Skála	0,74 (2,22)	0,43 (1,50)*	0,50 (1,73)	0,58 (1,87)	0,93 (2,45)	0,59 (1,71)	0,51 (1,73)	0,79 (1,55)
Olweus Iskolai Terrorizálás és Viktimizáció Terrorizálás Skála	0,87 (2,77)	0,43 (1,49)*	0,65 (2,46)	0,61 (1,87)	0,89 (3,30)	0,51 (1,77)	0,62 (2,13)	1,02 (3,25)*
Agresszió és Viktimizáció Skála- Agresszió Skála	3,37 (5,54)	1,84 (3,34)*	2,20 (4,64)	2,53 (4,33)	4,36 (5,71)*	1,96 (3,85)	2,34 (4,21)	4,66 (6,31)*
Agresszió és Viktimizáció Skála- Viktimizáció	2,59 (4,60)	1,43 (3,34)*	1,88 (3,98)	1,94 (3,84)	2,77 (5,32)	1,76 (3,60)	1,75 (3,8)	3,21 (5,21)*

Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála összpontszám	14,09 (7,91)	14,99 (7,82)	13,49 (8,04)	14,78 (7,36)	17,09 (9,56)*	13,94 (7,52)	14,24 (7,67)	16,89 (8,80)*
Figyelemzavar pontszám	7,53 (4,22)	7,84 (4,13)	6,71 (4,29)	7,97 (3,84)	9,45 (4,87)*	7,38 (4,02)	7,57 (4,07)	8,78 (4,66)*
Hiperaktivitás/ Impulzivitás pontszám	6,55 (4,57)	7,14 (4,44)*	6,77 (4,53)	6,80 (4,34)	7,64 (5,36)	6,56 (4,33)	6,65 (4,40)	8,07 (5,06)*
Képességek és Nehézségek Kérdőív-Érzelmi Tünetek Alskála	2,13 (2,00)	3,57 (2,19)*	2,78 (2,04)	2,90 (2,26)	3,06 (4,49)	2,87 (2,20)	2,89 (2,20)	2,88 (2,32)

A táblázatban szereplő valamennyi összehasonlítás egyszempontos varianciaanalízis segítségével történt.

A „*”-gal jelölt különbségek elérték a statisztikai szignifikancia szintjét

4.1.2. A felhasznált kérdőívek pszichometriai jellemzői

A mérőeszközök belső konzisztenciája

Buss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskála

A Fizikai Agresszió Alskála valamennyi tételére kiszámított Cronbach-alfa együttható értéke 0,90 volt a teljes iskolai mintán, ami kiváló belső konzisztenciára utalt. A lányok mintáján ennél valamivel nagyobb (0,91), míg a fiúknál (0,88), a gimnáziumi tanulóknál (0,89), a szakközépiskolai diákoknál (0,89) és a szakmunkás tanulóknál (0,89) valamivel kisebb Cronbach-alfa értékek voltak mérhetőek (4. táblázat).

A homogenitást az egyes tételek alskálából való kihagyása esetén mért Cronbach-alfa értékekkel, illetve az egyes tételek és az alskála összesített pontszáma közötti korrigált korrelációval vizsgáltuk. A teljes alskálára kiszámított Cronbach-alfa érték (0,90) az alskála egyes tételeinek törlése után nem változott jelentősen. Valamennyi tétel közel azonos mértékben illeszkedett a skálához, ami a tételek jó homogenitását támasztotta alá.

Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív

Az elemzések során a mérőeszköz iskolai terrorizálást és áldozattá válást mérő 9-9 specifikus kérdéseit tartalmazó skálákat alkalmaztuk. A Terrorizálás Skála Cronbach-alfa értékei jó (0,78), míg a Viktimizáció Skáláé elfogadható (0,69) megbízhatóságot jeleztek. A legmagasabb értékek mindkét skála esetében a szakiskolai mintán voltak mérhetőek, a legalacsonyabbak a gimnáziumi mintán. A legalacsonyabb értékű együttható a Viktimizáció Alskála esetén a lányoknál volt. A Cronbach-alfa értékek mindhárom almintán és a nemek tekintetében elfogadható, valamint jó belső konzisztenciára utaltak (4. táblázat).

A Terrorizálás Skála vizsgálatánál a tételek skálából való törlése esetén a Cronbach-alfa együtthatók értékei nem mutattak jelentős változást a teljes skálára vonatkozó 0,78-as értékhez képest, ami a 9 tétel megfelelő homogenitását támasztotta alá. Valamennyi tétel

közel azonos mértékben illeszkedett a skálához. Az eredmények a Viktimizáció Skála esetén is hasonlóképpen alakultak, az egyes tételek nem mutattak nagyfokú változást a teljes skálán mért 0,69-es Cronbach-alfa értékhez képest.

Agresszió és Viktimizáció Skála

A mérőeszköz alskáláinak megfelelő belső konzisztenciáját igazolták a Cronbach-alfa értékek mind az Agresszió, mind a Viktimizáció Alskálára vonatkozóan (0,7-0,8 közötti érték-tartomány). A mérőeszköz összes tételének egy skálaként történő vizsgálatakor is hasonló eredmény született (Cronbach-alfa=0,73). Az értékek a lányok esetében mindkét alskálán alacsonyabbak voltak, a legnagyobb különbség a fiúkhoz képest a Viktimizáció Alskálán mutatkozott (lányok= 0,67; fiúk= 0,82)

Az iskolatípusok szerinti csoportoknál a Cronbach alfa értékei mind az Agresszió-, mind a Viktimizáció Alskálák esetében jó belső konzisztenciát (0,74- 0,83) mértek (Bartko és Carpenter, 1976) (4. táblázat).

Az Agresszió Alskála valamennyi tétele azonos mértékben illeszkedett az alskálához, a 6 tételre kiszámított Cronbach-alfa együttható (0,78) egyik tétel kihagyása esetén sem volt nagyobb. Az adatok a tételek homogenitását alátámasztották. Ugyanez volt megállapítható a Viktimizáció Alskáláról is, a teljes skála 0,78-as Cronbach-alfa értékénél nagyobb együttható egyik tétel kihagyása esetén sem volt mérhető.

Figyelemhiányos Hiperaktivitás Skála

A Cronbach-alfa mutató értékei a teljes skála (0,87), valamint a Figyelemzavar (0,78) és a Hiperaktivitás/impulzivitás (0,79) (Rao és Sinharay, 2006) Alskálák tételei esetében is jó és kiváló belső konzisztenciára utaltak a teljes mintára, valamint a nemek és az iskolatípusok által megkülönböztetett csoportokra vonatkozóan is. (4. táblázat). A 18 tételre kiszámított Cronbach-alfa együttható (0,87) értékénél nagyobb egyik tétel kihagyása esetén sem volt, valamennyi tétel körülbelül azonos mértékben illeszkedett a skálához. A kapott együtthatók a tételek kiváló homogenitását támasztották alá.

Képességek és Nehézségek Kérdőív

A mérőeszköz Összesített Nehézségek Skálájának Cronbach-alfa értéke a teljes serdülőkből álló mintán (0,71) és az egyes nemek vagy iskolatípusok által képzett csoportban is elfogadható volt (4. táblázat).

Az egyes alskálák közül a legjobb belső konzisztenciával az Érzelmi Tünetek és a Proszociális Viselkedés Alskálák rendelkeztek: a teljes iskolai mintán, valamint az egyes almintákon is az elfogadható és a jó tartományban (0,6-0,7, és 0,7-0,8). A leggyengébb belső konzisztenciát jelző alacsony Cronbach alfa értékek a Viselkedési Problémák Alskálát jellemezték.

Az egyes iskolatípusok közül a szakiskolások körében volt megfigyelhető a legmagasabb Cronbach-alfa érték. Az elvégzett homogenitás-vizsgálat alapján a mérőeszköz belső-homogenitása megfelelő, a teljes Nehézségek Skála, valamint az egyes alskálák esetén mért Cronbach-alfa mutatóknál jelentősen magasabb érték egyetlen tétel törlése esetén sem volt mérhető.

4. táblázat: Az elemzésben használt mérőeszközök Cronbach-alfa mutatói

Skála	Teljes serdülő minta	Fiúk	Lányok	Gimnázium	Szakközép -iskola	Szakiskola
Buss-Perry PA Fizikai Agresszió Alskála	0,90	0,88	0,91	0,89	0,89	0,89
Olweus Iskolai Terrorizálás és Viktimizáció kérdőív- Viktimizáció Skála	0,69	0,74	0,57	0,60	0,67	0,81
Olweus Iskolai Terrorizálás és Viktimizáció Terrorizálás Skála	0,78	0,83	0,64	0,68	0,76	0,87
Agresszió és Viktimizáció Skála- Agresszió Skála	0,78	0,79	0,76	0,76	0,74	0,83

Agresszió és Viktimizáció Skála- Viktimizáció Skála	0,78	0,82	0,67	0,74	0,78	0,82
Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála összpontszám	0,87	0,86	0,87	0,86	0,86	0,87
Figyelemzavar pontszám	0,78	0,78	0,78	0,78	0,77	0,79
Hiperaktivitás/ Impulzivitás pontszám	0,79	0,79	0,79	0,79	0,78	0,80
Képességek és Nehézségek Kérdőív Érzelmi Tünetek Alskála	0,69	0,68	0,63	0,68	0,69	0,72

Az egyes mérőeszközök időbeli konzisztenciája

A mérőeszközök időbeli megbízhatóságának mérésére teszt-reteszt vizsgálatok kerültek elvégzésre. A mérésbe egy szakközépiskolai és egy szakiskolai osztály került kiválasztásra, melyek főbb jellemzőik tekintetében nem különböztek az eredeti mintától. A mérések között két hét telt el. Mindkét alkalommal a teljes kérdőívcsomag felvételre került. A két adatgyűjtés módszere, körülményei azonosak voltak. Az elemezhető teszt-reteszt kérdőívek száma összesen 52 volt. Az egyes mérőeszközök teszt-reteszt reliabilitási mutatóit a 5. táblázat mutatja be.

Buss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskála

Mind a Pearson korrelációs együttható (0,85, $p < 0,0001$), mind az ICC együttható (0,85, $p < 0,0001$) kiváló teszt-reteszt megbízhatóságot jelzett, ami alátámasztotta az alskála időbeli stabilitását. A Cronbach-alfa értékek mindkét időpontban kiválóak voltak.

Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív

A Viktimizáció Skála esetén mind a Pearson korrelációs együttható, mind pedig az ICC együttható (0,65-0,75) „kiváló” időbeli megbízhatóságra utalt (p mindkét esetben $<0,0001$). Az eredmények a skálák időbeli megbízhatóságát támasztották alá. A Terrorizálás Skálán mért Cronbach-alfa értékek mind a teszt, mind pedig a két héttel későbbi reteszt időpontjában gyenge belső konzisztenciára utaltak.

Agresszió és Viktimizáció Skála

A Viktimizáció Alskála esetén mind a Pearson korrelációs együttható, mind pedig az intraclass korrelációs (ICC) együttható (0,65-0,75) jó teszt-reteszt megbízhatóságot jelzett. Az Agresszió Alskálán mindkét mutató gyenge teszt-reteszt megbízhatóságra utalt.

Figyelemhiányos Hiperaktivitás Skála

Mind a Pearson korrelációs együttható ($r=0,87$), mind az ICC együttható (0,86) kiváló teszt-reteszt megbízhatóságot jelzett (Bartko és Carpenter, 1976). A vizsgálati eredmények a mérőeszköz nagyfokú időbeli stabilitására utaltak.

Képességek és Nehézségek Kérdőív

Mind a Pearson korrelációs együttható, mind az ICC együttható elfogadható (0,6-0,7) teszt-reteszt megbízhatóságot jelzett az SDQ teljes skálája esetén. A teszt-reteszt vizsgálat során mért Cronbach-alfa értékek viszonylag gyenge belső konzisztenciára utaltak.

5. táblázat: A vizsgálatban használt mérőeszközök időbeli megbízhatóságának mutatói

Mérőeszköz neve	Cronbach-alfa (teszt)	Cronbach-alfa (reteszt)	Pearson korreláció		Intraclass korreláció	
			r	p	ICC	p
Buss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskála	0,91	0,91	0,85	<0,0001	0,85	<0,0001
Olweus Iskolai Terrorizálás és Viktimizáció kérdőív-Viktimizáció Skála	0,45	0,35	0,77	<0,0001	0,74	<0,0001
Olweus Iskolai Terrorizálás és Viktimizáció Terrorizálás Skála	0,71	0,72	0,83	<0,0001	0,71	<0,0001
Agresszió és Viktimizáció Skála-Agresszió Skála	0,60	0,75	0,33	0,020	0,31	0,014
Agresszió és Viktimizáció Skála-Viktimizáció Skála	0,78	0,85	0,75	<0,0001	0,72	<0,0001
Figyelemhiányos Hiperaktivitás Zavar (ADHD) Skála összpontszám	0,85	0,90	0,87	<0,0001	0,86	<0,0001
Képességek és Nehézségek Kérdőív	0,58	0,73	0,67	<0,0001	0,66	<0,0001

4.1.3 Hipotézisvizsgálatok

Az alkoholhasználat, a dohányzás és az együttes használat prevalenciája az egyes csoportokban

A válaszadó diákok közel fele (50,7%; N=478) nem dohányzott és nem fogyasztott alkoholt az elmúlt 30 napban. Mindösszesen a diákok 29,6%-a (N=279) dohányzott legalább egyszer az elmúlt hónapban és 41,4%-uk (N=391) fogyasztott legalább egyszer alkoholt. Az alkoholivás és a dohányzás együttes megjelenése alapján a tanulók 7,9%-a volt jelenlegi dohányosnak tekinthető (N=75), míg 19,8%-a jelenlegi ivónak (N=187). A válaszadók 21,7%-a együtt használta a két szert (N=204) (6. táblázat).

6. táblázat: A dohányzás, az alkoholhasználat és a két szer együttes használatának prevalenciája

	Nemek ⁺		Iskolai teljesítmény ⁺⁺			Iskolatípus ⁺⁺⁺		
	Fiú (%)	Lány (%)	Átlag feletti (%)	Átlagos (%)	Átlag alatti (%)	Gimnázium (%)	Szakközép iskola (%)	Szakiskola (%)
Nem dohányzik, és nem iszik	49,3	52,0	60,8	48,5	27,2	56,6	50,7	36,6
Csak dohányzik	7,9	7,9	4,5	8,3	18,2	4,0	18,0	8,1
Csak iszik	21,6	18,0	23,8	19,1	11,4	26,8	7,8	17,4
Iszik és dohányzik	21,2	22,1	10,9	24,1	43,2	12,6	23,4	37,9

⁺: χ^2 -próba: Pearson $\chi^2=2.02$; df=3; p=0.569

⁺⁺: χ^2 -próba: Pearson $\chi^2=75.36$; df=6; p<0.0001

⁺⁺⁺: χ^2 -próba: Pearson $\chi^2=89.57$; df=6; p<0.0001

A válaszadó tanulók közel fele még soha nem részegedett le élete folyamán. A lányok közül többen (55,3%) nem voltak még részegek, mint a fiúk csoportjában (47,4%). Az életük során már legalább egyszer lerészegedők közül is a fiúk vannak többen, de a 1 és 10 közötti alkalommal lerészegedők között jelentősen kisebbek a nemi különbségek, mint a 11 vagy több alkalommal lerészegedők között (7. táblázat). Az elmúlt évi iskolai teljesítmény tekintetében is jelentős a különbség a lerészegedések számában. A még le nem részegedők között legkisebb arányban az átlag alatti teljesítményt elérők voltak (29,3%), míg a lerészegedések számát tekintve az ő arányuk a legmagasabb (7. táblázat). Az iskolatípusok tekintetében is jelentős különbség mutatható ki a lerészegedések számában. A gimnáziumi tanulók csoportjában a legalacsonyabb a lerészegedések száma, és a szakiskolásokéban a legmagasabb (51,7% és 13,8%) (7. táblázat).

7. táblázat: A bevallott lerészegedések számának prevalenciája

	Nemek ⁺		Iskolai teljesítmény ⁺⁺			Iskolatípus ⁺⁺⁺		
	Fiú (%)	Lány (%)	Átlag feletti (%)	Átlagos (%)	Átlag alatti (%)	Gimnázium (%)	Szakközépiskola (%)	Szakiskola (%)
Soha nem részegedett le	47,4	55,3	64,8	46,2	29,3	59,3	49,8	34,5
1 és 10 alkalommal	45,2	42,7	32,0	49,0	63,8	38,0	47,1	51,7
11 vagy több alkalommal	7,4	1,9	3,2	4,8	6,9	2,7	3,1	13,8

⁺: χ^2 -próba: Pearson $\chi^2=15,43$; $df=2$; $p<0,0001$

⁺⁺: χ^2 -próba: Pearson $\chi^2=36,15$; $df=4$; $p<0,0001$

⁺⁺⁺: χ^2 -próba: Pearson $\chi^2=41,90$; $df=4$; $p<0,0001$

A dohányzás és alkoholfogyasztás együttes használatának összefüggése a fizikai agresszióval

Az elsődleges, nemekre korrigált GLIMMIX elemzés eredményei azt mutatták, hogy mind a dohányzás, mind pedig az alkoholvás főhatása kapcsolatban állt a fizikai

agresszióval ($F=36,54$, $df=937$, $p<0,001$ (dohányzás) és $F=8,15$, $df=937$, $p=0,004$ (alkohol). A jelenlegi dohányzás és a jelenlegi ivás egyaránt magasabb fizikai agresszió pontszámokkal függött össze (8. táblázat).

8. táblázat: A Buss-Perry PA pontszámának alakulása az ivás, a dohányzás, és az együttes használat függvényében

Rizikómagatartás*	átlag ^a	Standard Hiba (SE) átlaga	Stat. teszt (F, df, p) ⁺
Nem dohányzik, és nem iszik (N=478)	19,60	0,32	-
Csak dohányzik (N=75)	25,73	1,08	$F=36,54$, $df=937$, $p<0,001$
Csak iszik (N=187)	21,43	0,57	$F=8,15$, $df=937$, $p=0,004$
Iszik és dohányzik (N=204)	26,43	0,67	$F=1,14$, $df=937$, $p=0,285$

^aBuss-Perry Agresszió Kérdőív Fizikai Agresszió Alskála pontszámok

⁺: A statisztikai összehasonlítás alapjául a rizikómagatartást nem képviselő csoport szolgált

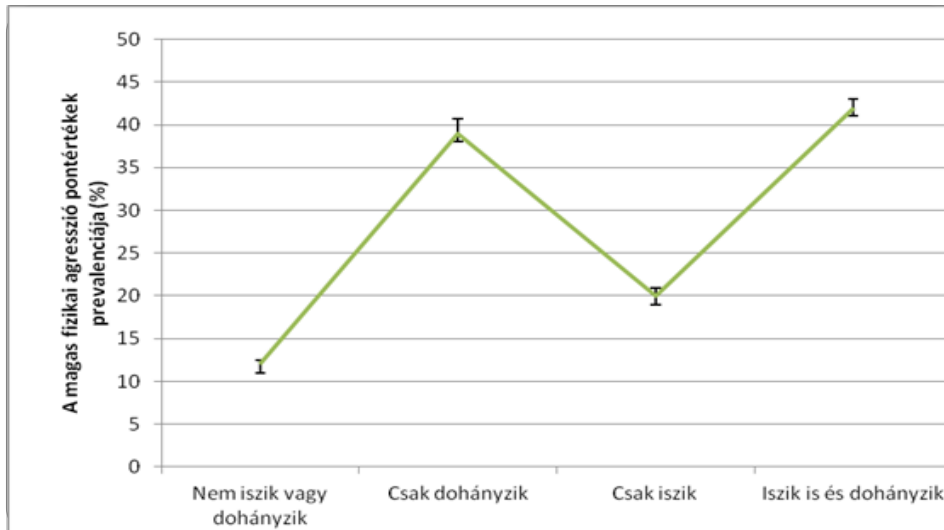
*: A jelenlegi dohányzás és ivás becslt átlagainak alapján került megállapításra. A dohányzás hatása erősebb volt az ivás hatásánál.

A dohányzás és az ivás főhatásai közötti interakció nem bizonyult statisztikailag szignifikánsnak ($F=1,14$, $df=937$, $p=0,285$), ami arra utal, hogy a két szer együttes használata nem függött össze erősebben a fizikai agresszió pontszámokkal, mint azok önálló használata esetén. A két szer együttes használata numerikusan a Fizikai Agresszió Alskála magasabb átlag-pontértékeivel állt kapcsolatban, mint az absztinensek, a jelenlegi ivók és a jelenlegi dohányosok csoportjaiban (8. táblázat). A legmagasabb Fizikai Agresszió értékek az együttes használók csoportjában volt mérhető (átlag:26,43 (SE=0,042) míg a legalacsonyabb a jelenlegi absztinensek csoportjában (19,60 (SE=0,016). Az átlagpontszám a jelenlegi dohányosok csoportjában 25,73 (SE=0,042) pont volt. Ez az eredmény arra utal, hogy a jelenlegi dohányzás és a fizikai agresszió között az összefüggés lényegesen erősebb volt, mint az alkoholvás és a fizikai agresszió között (a legkisebb becslt átlagok közötti különbség a dohányosok és a nemdohányzók között 0,26, míg ez a különbség 0,07 az alkohol fogyasztók és nem fogyasztók között). A

nemek változó főhatása – mely kovariánsként szerepelt ebben a modellben – szintén statisztikailag szignifikánsnak bizonyult, ami arra utal, hogy a fiúk körében magasabb pontszámok voltak mérhetőek ($F=110,82$, $df=937$, $p<0,0001$).

Az elemzés második lépésében a fizikai agresszió változó dichotomizált változata került bevonásra függő változóként. A folytonos változóval lefolytatott elemzéshez hasonlóan, jelen GLIMMIX elemzés is a jelenlegi dohányzás főhatása esetén érte el a statisztikai szignifikancia szintjét ($p<0,0001$). A jelenlegi ivás változó főhatása marginálisan szignifikáns eredményt mutatott ($p=0,051$). A jelenlegi ivás és dohányzás főhatásai közötti interakció, valamint a nemek változó főhatása nem bizonyult statisztikailag jelentősnek ($p>0,05$), ami arra utal, hogy a magas fizikai agresszió pontszámok tekintetében sem volt a két szer együttes használatának egymást erősítő hatása, valamint, hogy nemi különbségek sem voltak kimutathatók. A magas Fizikai Agresszió pontszám megjelenésére kiszámított esélyhányados (Odds Ratio, OR) a jelenlegi dohányosok körében 3,63 (CI: 2.55-5.18) ($p<0,0001$) volt. A jelenlegi ivásra ($p=0,051$) számított OR 1,42 (CI=0.99-2.02) volt, ami közepes hatáserősségre utal ($OR<2$).

A magas fizikai agresszió pontszám egyes csoportokban (absztinensek, dohányosok, ivók, a két szert együttesen használók) mérhető prevalenciájának vizsgálatához további elemzések kerültek lebonyolításra. Az 2. ábra mutatja be a magas fizikai agresszió pontszámok prevalenciáját ezekben a csoportokban. Az absztinensek csoportjában a magas fizikai agresszió pontszámmal jellemezhető tanulók prevalenciája 12% ($SE=0,015$) volt. Ugyanez az értéke 39% ($SE=0,056$) volt a jelenlegi dohányosok csoportjában és 20,0% a jelenlegi ivókéban ($SE=0,029$). A két szert együttesen használók esetén a prevalencia 41,6% ($SE=0,034$) (2. ábra).



2. ábra: A magas Fizikai Agresszió pontszámok megoszlása a GLIMMIX elemzés alapján, rizikótényezők szerinti bontásban

A csoportok közötti páros összehasonlítások eredményei arra utalnak, hogy a magas Fizikai Agresszió pontszámok prevalenciájában mért különbségek a jelenlegi dohányosok és a jelenlegi alkoholfogyasztók közötti különbségen kívül ($p > 0.05$) valamennyi csoport között szignifikánsak voltak ($p < 0,005$), azaz a prevalencia-értékek jelentősen magasabbak voltak a két szert együtt használók csoportjában, mint a jelenleg csak alkoholt ivók vagy dohányzók csoportjaiban.

Kiegészítő elemzésként az iskolai teljesítmény változója mind az elsődleges, mind pedig a másodlagos elemzések során alkalmazott GLIMMIX modellekbe bevonásra került. A változó bevonása után a főhatások szignifikánsak maradtak, és az iskolai teljesítmény változója az alkoholfogyasztás főhatásával mutatott jelentős interakciót ($p = 0,0082$). Az iskolai teljesítmény változója nem lépett szignifikáns interakcióba sem a dohányzással, sem pedig a dohányzás és az alkoholvás kombinált hatásával ($p > 0,05$).

A dohányzás és alkoholfogyasztás együttes használatának összefüggése az iskolai terrorizálással

Az Olweus Bullying és Viktimizáció Kérdőív adatai alapján

Viktimizáció

Az elsődleges, nemekre korrigált GLMM elemzés eredményei azt mutatták, hogy sem a dohányzás, sem pedig az alkoholvás főhatása nem függött össze az iskolai

terrorizálás áldozatává válással (dohányzás: $F=2,10$, $df=933$, $p=0,111$) és (alkohol: $F=2,55$, $df=933$, $p=0,147$) (9. táblázat), vagyis az iskolai terrorizálás elszenvedése tekintetében nem mutathatók ki jelentős különbségek az egyes szerhasználati csoportok között.

A dohányzás és az ivás főhatásai közötti interakció sem bizonyult statisztikailag szignifikánsnak ($F=0,29$, $df=933$, $p=0,593$). A két szer együttes használata numerikusan a Viktimizáció Alskála magasabb átlag-pontértékeivel állt kapcsolatban, mint az absztinensek, a jelenlegi ivók és a jelenlegi dohányosok csoportjaiban (9. táblázat). A jelenlegi ivók (átlag:0,59 (SE=0,14) és a jelenlegi dohányosok (átlag:0,61 (SE=0,22) csoportjai között szinte nem volt különbség megfigyelhető e pontszám tekintetében (9. táblázat).

9. táblázat: Az Olweus Terrorizálás és Viktimizáció Kérdőív Viktimizáció Skála pontszámának alakulása az ivás, a dohányzás, és az együttes használat függvényében

Rizikómagatartás*	átlag ^a	Standard Hiba (SE) átlaga	Stat. teszt (F, df, p) ⁺
Nem dohányzik, és nem iszik (N=478)	0,45	0,86	-
Csak dohányzik (N=75)	0,61	0,22	$F=2,10$, $df=933$, $p=0,111$
Csak iszik (N=187)	0,59	0,14	$F=2,55$, $df=933$, $p=0,147$
Iszik és dohányzik (N=204)	0,91	0,13	$F=0,29$, $df=933$, $p=0,593$

^a: Olweus Terrorizálás és Viktimizáció Kérdőív Viktimizáció Skála pontszámok

⁺: A statisztikai összehasonlítás alapjául a rizikómagatartást nem képviselő csoport szolgált

Terrorizálás

A GLMM (nemekre korrigált) analízis eredményei azt mutatták, hogy mind a dohányzás, mind pedig az alkoholvás főhatása kapcsolatban állt az iskolai terrorizálással. ($F=11,45$, $df=933$, $p=0,001$ (dohányzás) $F=5,43$, $df=933$, $p=0,019$ (alkohol)). A jelenlegi dohányzás és a jelenlegi ivás egyaránt jelentősen magasabb fizikai agresszió

pontszámokkal függött össze, mint az absztinensek csoportjában mért átlagos pontértékek (10. táblázat).

A dohányzás és az ivás főhatásai közötti interakció nem bizonyult statisztikailag szignifikánsnak ($F=0,41$, $df=933$, $p=0,552$). A két szer együttes használata numerikusan azonban a Terrorizálás Skála magasabb pontértékeivel állt kapcsolatban, mint az absztinensek, a jelenlegi ivók és a jelenlegi dohányosok csoportjaiban (10. táblázat). A legmagasabb Terrorizálás Skála értékek az együttes használók csoportjában volt mérhető (átlag: 1,27 (SE=0,15) míg a legalacsonyabb a jelenlegi absztinensek csoportjában (0,25 (SE=0,10). Az átlagpontszám a jelenlegi dohányosok csoportjában 0,77 (SE=0,25) pont volt, míg a jelenlegi ivók csoportjában 0,96 (SE=0,16). Ez az eredmény arra utal, a jelenlegi alkoholfogyasztás és az iskolai terrorizálás közötti összefüggés valamivel erősebb volt, mint a dohányzás és a terrorizálás közötti, azaz a jelenlegi ivás változó önmagában magasabb terrorizálás-pontszámmal függött össze, mint a dohányzás változó.

10. táblázat: Az Olweus Terrorizálás és Viktimizáció Kérdőív Terrorizálás Skála pontszámának alakulása az ivás, a dohányzás, és az együttes használat függvényében

Rizikómagatartás*	átlag ^a	Standard Hiba (SE) átlaga	Stat. teszt (F, df, p) ⁺
Nem dohányzik, és nem iszik (N=478)	0,25	0,10	-
Csak dohányzik (N=75)	0,77	0,25	F=11,45, df=933, p=0,001
Csak iszik (N=187)	0,96	0,16	F=5,43, df=933, p=0,019
Iszik és dohányzik (N=204)	1,27	0,15	F=0,41, df=933, p=0,552

^a: Olweus Terrorizálás és Viktimizáció Kérdőív Terrorizálás Skála pontszámok

⁺: A statisztikai összehasonlítás alapjául a rizikómagatartást nem képviselő csoport szolgált

Az Agresszió és Viktimizáció Skála adatai alapján

Viktimizáció

A Viktimizáció Skála elemzése az Olweus Kérdőív Viktimizációs Skáláján tapasztaltakhoz némileg hasonló eredményeket mutatott. A GLMM elemzés adatai szerint csak az alkoholvás változójának főhatása állt szignifikáns kapcsolatban a viktimizációval ($F=5,52$, $df=934$, $p=0,019$). A jelenlegi ivás magasabb viktimizáció pontszámokkal függött össze, mint a jelenlegi dohányzás. A jelenlegi dohányosok pontszámai alacsonyabbak voltak, mint az absztinensekéi, azaz a dohányzás és a viktimizáció közötti összefüggés nem jelentős (11. táblázat).

A dohányzás és az ivás főhatásai közötti interakció nem volt statisztikailag jelentős. ($F=0,001$, $df=934$, $p=0,977$).

11. táblázat: Az Agresszió és Viktimizáció Skála Viktimizáció Alskála pontszámának alakulása az ivás, a dohányzás, és az együttes használat függvényében

Rizikómagatartás	átlag ^a	Standard Hiba (SE) átlaga	Stat. teszt (F, df, p) ⁺
Nem dohányzik, és nem iszik	1,70	1,19	-
Csak dohányzik	1,62	0,47	$F=0,074$, $df=934$, $p=0,786$
Csak iszik	2,48	0,30	$F=5,52$, $df=934$, $p=0,019$
Iszik és dohányzik	2,38	0,28	$F=0,001$, $df=934$, $p=0,977$

^a: Agresszió és Viktimizáció Skála Viktimizáció Alskála pontszámok

⁺: A statisztikai összehasonlítás alapjául a rizikómagatartást nem képviselő csoport szolgált

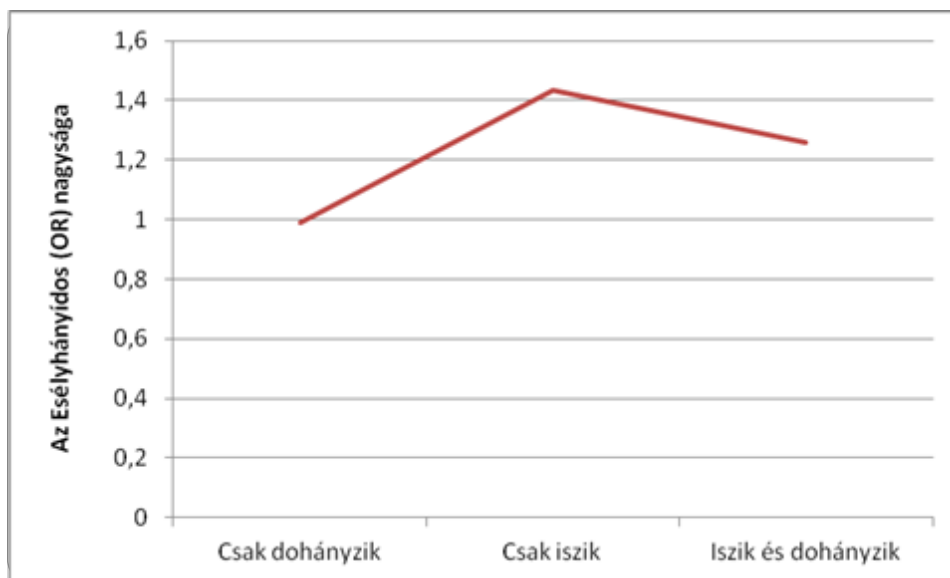
Annak vizsgálata érdekében, hogy a két szer használata alapján képzett használati típusok (csak dohányos, alkoholfogyasztó, együttes fogyasztó) közül melyik jelzi leginkább az iskolai terrorizálás elszenvetését, sorozatos binomiális logisztikus regressziós elemzéseket hajtottunk végre. A modell eredményeit a 12. táblázat tartalmazza.

12. táblázat: Logisztikus regresszió elemzés a viktimizáció prediktorai vonatkozásában

Vizsgált magyarázó változók	Esélyhányados (OR)	95% CI	p	Wald
Konstans	0,09	-	<0,001	-
Csak dohányzik	0,99	0,40-2,43	0,988	0,000
Csak iszik	1,43	0,81-2,50	0,208	1,58
Iszik és dohányzik	1,26	0,43-3,71	0,677	0,174

Khi-négyzet= 5,40; df=3; p=1,444; Nagelkerke R²=0,12; Correct group classification: 90,0%

A viktimizáció pontszámot függő változóként alkalmazó modellben a magyarázó változók az R² értékek alapján a teljes variancia 12%-át magyarázták meg. A magyarázó változók közül egyik sem bizonyult statisztikailag szignifikánsnak. Az elemzés során megállapított esélyhányadosokat a 3. ábra szemlélteti.



3. ábra: A magas Viktimizáció Alsókála pontszámok megoszlása a logisztikus regresszió elemzés alapján, rizikótényezők szerinti bontásban

Terrorizálás

Az Agresszió Alskála esetén elvégzett GLMM modellezés eredményei szerint a dohányzás, és az alkoholvás főhatása is kapcsolatban állt az iskolai terrorizálással (dohányzás: $F=17,99$, $df=934$, $p<0,0001$; alkohol: $F=18,54$, $df=934$, $p<0,0001$). A jelenlegi dohányzás és a jelenlegi ivás egyaránt magasabb agresszió pontszámokkal függött össze (13. táblázat).

A dohányzás és az ivás főhatásai közötti interakció nem érte el a statisztikai szignifikancia szintjét ($F=0,29$, $df=934$, $p=0,593$). A két szer együttesen használók csoportjában azonban az Agresszió Skála magasabb pontértékeivel állt kapcsolatban, mint az absztinensek, a jelenlegi ivók és a jelenlegi dohányosok csoportjaiban (13. táblázat).

13. táblázat: Az Agresszió és Viktimizáció Skála Agresszió Alskála pontszámának alakulása az ivás, a dohányzás, és az együttes használat függvényében

Rizikómagatartás*	átlag ^a	Standard Hiba (SE) átlaga	Stat. teszt (F, df, p) ⁺
Nem dohányzik, és nem iszik	1,40	0,20	-
Csak dohányzik	3,26	0,52	$F=17,99$, $df=934$, $p<0,0001$
Csak iszik	3,29	0,33	$F=18,54$, $df=934$, $p<0,0001$
Iszik és dohányzik	4,45	0,31	$F=0,29$, $df=934$, $p=0,593$

^a: Agresszió és Viktimizáció Skála Agresszió Alskála pontszámok

⁺: A statisztikai összehasonlítás alapjául a rizikómagatartást nem képviselő csoport szolgált

Az elemzés második lépésében logisztikus regresszió-elemzést végeztünk annak vizsgálata érdekében, hogy a két szer használata alapján képzett használati típusok közül melyik jelzi legjobban előre az iskolai terrorizálás elkövetését.

A függő változó az agresszió skála pontszáma volt, a magyarázó változók pedig a jelenlegi dohányzás, alkoholfogyasztás és a két változó interakciója. A modell eredményei a 14. táblázat tartalmazza.

14. táblázat: Logisztikus regresszió elemzés az iskolai terrorizálás prediktorai vonatkozásában

Vizsgált magyarázó változók	Esélyhányados (OR)	95% CI	p	Wald
Konstans	0,058	-	<0,001	-
Csak dohányzik	3,70	1,80-7,59	<0,001	12,80
Csak iszik	4,17	2,44-7,14	<0,001	27,16
Iszik és dohányzik	0,375	0,16-0,89	0,026	4,97
Khi-négyzet= 58,34; df=3; p<0,0001; Nagelkerke R ² =0,11; Correct group classification: 86,6%				

Az agresszió pontszámot függő változóként alkalmazó modellben az ivás és a dohányzás az R² értékek alapján a teljes variancia 11%-át magyarázták meg, azaz a modell magyarázó ereje alacsony volt. Mindkét magyarázó változó statisztikailag szignifikánsnak bizonyult, a két változó interakciója azonban nem. A megfelelő csoport-klasszifikáció mutatója 86,6% volt. A legmagasabb esélyhányados a jelenlegi ivás hatásánál volt mérhető (4,17), ezt követte a dohányzás (3,70) és a két szer együttes használata (0,37) (4. ábra).



4. ábra: A magas Agresszió Alskála pontszámok megoszlása a logisztikus regresszió elemzés alapján, rizikótényezők szerinti bontásban

A dohányzás és alkoholfogyasztás együttes használatának összefüggése a figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (ADHD) tüneteivel

A teljes ADHD Skála bevonásával lefolytatott, nemekre korrigált GLMM elemzés eredményei szerint a dohányzás, és az alkoholvás főhatása is kapcsolatban állt az ADHD pontszámmal (jelenlegi dohányzás: $F=31,92$, $df=937$, $p<0,0000$; jelenlegi alkohol fogyasztás: $F=8,70$, $df=937$, $p=0,003$). A jelenlegi dohányzás és a jelenlegi ivás egyaránt magasabb ADHD pontszámokkal függtek össze, mint az absztinencia (15. táblázat).

A dohányzás és az ivás főhatásai közötti interakció nem érte el a statisztikai szignifikancia szintjét ($F=0,452$, $df=937$, $p=0,502$). A két szert együttesen használók csoportjában azonban az ADHD Skála magasabb pontértékeivel állt kapcsolatban, mint az absztinensek, a jelenlegi ivók és a jelenlegi dohányosok csoportjaiban (15. táblázat). A legmagasabb pontértékek is ebben a csoportban voltak mérhetőek (18,16, $SE=0,53$).

15. táblázat: Az Agresszió és az ADHD Skála pontszámának alakulása az ivás, a dohányzás, és az együttes használat függvényében

Rizikómagatartás	átlag ^a	Standard Hiba (SE) átlaga	Stat. teszt (F, df, p) ⁺
Nem dohányzik, és nem iszik	12,90	0,35	-

Csak dohányzik	15,95	0,88	F=31,92, df=937, p<0,0001
Csak iszik	14,29	0,56	F=8,70, df=937, p=0,003
Iszik és dohányzik	18,16	0,53	F=0,452, df=937, p=0,502

^a: ADHD Skála összpontszám

[†]: A statisztikai összehasonlítás alapjául a rizikómagatartást nem képviselő csoport szolgált

A teljes ADHD skála bevonásával (függő változó) logisztikus regresszió elemzést végeztünk.

Az ADHD pontszámot függő változóként alkalmazó modellben az ivás és a dohányzás az R^2 értékek alapján a teljes variancia 54%-át magyarázták meg. Sem a két magyarázóváltozó (ivás és dohányzás) sem azok interakciója nem bizonyult szignifikánsnak. A megfelelő csoport-klasszifikáció mutatója 74,5% volt. A legmagasabb esélyhányados a két szer együttes használata esetén volt mérhető (1,74) ezt követte a dohányzás (1,33) és az ivás használata (1,28) (16. táblázat).

16. táblázat: Logisztikus regresszió elemzés az ADHD tüneti prediktorai vonatkozásában

Vizsgált magyarázó változók	Esélyhányados (OR)	95% CI	p	Wald
Konstans	0,24	-	<0,0001	-
Csak dohányzik	1,33	0,75-2,36	0,337	0,92
Csak iszik	1,28	0,85-1,92	0,235	1,41
Iszik és dohányzik	1,74	0,84-3,58	0,135	2,23
Khi-négyzet= 35,24; df=3; p<0,0001; Nagelkerke R^2 =0,54; Correct group classification: 74,5%				

A dohányzás és alkoholfogyasztás együttes használatának összefüggése az internalizációs tünetekkel

Az internalizációs tünetek mérésére a Képességek és Nehézségek Kérdőív Érzelmi Tünetek Alskáláját alkalmaztuk.

Az alskála bevonásával és a nemek kontroll mellett tartásával lefolytatott GLMM elemzés eredményei alapján sem a dohányzás, sem pedig az ivás változóinak főhatása nem érte el a statisztikai szignifikancia szintjét (17. táblázat). A dohányzás főhatása marginálisan szignifikáns volt ($p=0,084$). A két változó interakciója sem érte el a statisztikai szignifikancia szintjét ($p=0,833$). Nominálisan a legalacsonyabb pontértékeket a jelenlegi ivók (2,74; $SE=0,16$), míg a legmagasabbat a jelenlegi dohányosok (3,17, $SE=0,26$) érték el (17. táblázat).

17. táblázat: A Képességek és Nehézségek Kérdőív Érzelmi Tünetek Alskála pontszámának alakulása az ivás, a dohányzás, és az együttes használat függvényében

Rizikómagatartás*	átlag ^a	Standard Hiba (SE)	Stat. teszt (F, df, p) ⁺
Nem dohányzik, és nem iszik	2,82	0,10	-
Csak dohányzik	3,17	0,26	F=2,99, df=935, p=0,084
Csak iszik	2,74	0,16	F=0,433, df=935, p=0,511
Iszik és dohányzik	3,01	0,15	F=0,44, df=935, p=0,833

^a: SDQ-Érzelmi Tünetek Alskála összpontszám

⁺: A statisztikai összehasonlítás alapjául a rizikómagatartást nem képviselő csoport szolgált

4.2. A fiatal felnőttek körében végzett vizsgálat eredményei

4.2.1. Leíró statisztikai adatok

A vizsgálati minta szociodemográfiai jellemzőit a 18. táblázat mutatja be. A négy csoport átlagéletkor tekintetében nem különbözött egymástól. Nemek tekintetében jelentős különbségek figyelhetők meg az egyes csoportok között, a nők aránya a kontroll

csoportban volt a legmagasabb (60%). A DUDIT-E D skáláján mért szerek használati prevalenciáját a 18. táblázat tartalmazza.

A kötelező elterelő programban résztvevő és a droghasználat kialakulása szempontjából veszélyeztetett fiatalok almintáiban a kannabisz, az amfetaminok, a kokain, a hallucinogének és a designer drogok voltak a leggyakrabban használt szerek. Az ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők csoportjában ezzel szemben az opiátok voltak a leggyakrabban használt szerek. A szerves oldószereket és az inhalánsokat leggyakrabban a veszélyeztetett fiatalok csoportjában fogyasztották (18. táblázat).

18. táblázat: A vizsgálati minta szociodemográfiai és szerhasználati jellemzői

Jellemző [§]	Ambuláns kezelésben részesülő drogfüggők (n=98)		Kötelező elterelési programban résztvevők (n=85)		A droghasználat szempontjából veszélyeztetett fiatalok (n=76)		Kontroll csoport- hallgatók (n= 109)	
Átlagéletkor	25,6 (5,1)		23,5 (5,9)		22,9 (4,1)		25,5 (5,3)	
Nemek (férfi %) ^a	83,7		88,2		65,8		40,0*	
A szerhasználat prevalenciája ^b	Szerhas- ználó (%)	Nem- használó (%)	Szerhaszn- áló (%)	Nem- használó (%)	Szerhasz- náló (%)	Nem- használó (%)	Szerhasznál- ó (%)	Nem- használó (%)
Kannabisz	85,7	14,3	100,0	0,0	92,1	7,9	31,8	68,2
Amfetaminok	60,2	39,8	71,8	28,2	55,3	44,7	11,0	89,0
Kokain	37,8	62,2	56,5	43,5	39,5	60,5	4,6	95,4
Opiátok	42,9	57,1	14,1	85,9	27,6	72,4	1,8	98,2
Hallucinogének	34,7	65,3	42,4	57,6	48,7	51,3	6,4	93,6
Szerves oldószerek és inhalánsok	19,4	80,6	11,8	88,2	23,7	76,3	4,6	95,4
GHB és egyéb drogok	27,6	72,4	57,6	42,4	22,4	77,6	4,6	95,4
Tabletták(nyugtató/alt- ató)	44,9	55,1	27,1	72,9	36,8	63,2	14,7	85,3
Tabletták (fájdalomcsillapítók)	41,8	58,2	25,3	74,7	42,1	57,9	22,0	78,0

[§]: A folyamatos változók átlagai és szórásai, valamint a prevalencia-adatokra vonatkozó (%) kerültek megjelenítésre.

^a: A férfiak prevalenciája

*:A nők szignifikánsan nagyobb arányban vannak jelen az almintában.

^b: A szerhasználók és a szerek nem használók prevalencia adatai kerültek bemutatásra. Azok a személyek, akik 0 („Soha”) értéket értek el a DUDIT-E D alskálján nem-használóként kerültek meghatározásra. Azok a személyek, akik 1 vagy több pontot értek el a D alskálán, szerhasználóként kerültek meghatározásra. A D alskála tétel-értékei a 0 („Soha”) és az 5 („Hetente négyszer vagy gyakrabban”) között helyezkednek el. A DUDIT-E D alskálaja alapján a vizsgálati mintán (n=259) a kannabisz, az amfetaminok, a fájdalomcsillapító-, valamint a nyugtató- és altató hatású gyógyszerek voltak a leggyakrabban használt szerek.

4.2.2. A mérőeszközök pszichometriai jellemzői

Belső konzisztencia

A DUDIT 11 tétele alapján a teljes felnőtt mintán megállapított Cronbach-alfa érték 0,92 volt. A Cronbach-alfa értékek az alábbiak szerint alakultak a négy csoportban: 0,90 (ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők), 0,85 (kötelező elterelési programban résztvevők), 0,88 (veszélyeztetett fiatal felnőttek) és 0,77 (kontroll csoport). Valamennyi Cronbach-alfa érték jó megbízhatóságra utal (Bartko és Carpenter, 1976; Rao és Sinharay, 2006). Az egyes tételek törlése esetén a teljes skála Cronbach-alfa értéke (0,92) nem változott meg jelentősen, ami jó belső homogenitásra utal. Az egyes tétel-maradék (item-total) korrelációs együtthatók 0,83 (az 5. tételnél) és 0,51 (a 9. tételnél) között kerültek megállapításra.

Az egyes DUDIT-E alskálák teljes felnőttekből álló mintán mért Cronbach-alfa értékei valamennyi almintán elfogadhatók voltak (D alskála: 0,83; P alskála:0,95; N alskála, 0,94; T alskála:0,90) (Nunnally, 1978). Az egyes alskálák almintánkénti elemzése során a Cronbach-alfa együtthatók értékei egy kivétellel valamennyi esetben meghaladták a 0,7-es értéket. A kontroll almintán a T alskála értéke 0,68 volt.

Teszt-reteszt megbízhatóság

A DUDIT és a DUDIT-E teszt-reteszt megbízhatóságának mutatóit a 19. Táblázat tartalmazza. Az elvégzett egymintás t-próbák eredményei a pontértékek időbeli megbízhatóságát támasztották alá (egyik alskála esetén sem volt statisztikailag jelentős időbeli változás, $p > 0,1$ volt valamennyi alskála esetében). A DUDIT és a DUDIT-E alskálák teszt és reteszt időpontokban mért Cronbach-alfa értékei egyaránt elfogadhatók voltak. Az intraclass korrelációs együtthatók (ICC) értékei 0,83 és 0,91 között alakultak az egyes alskálák esetén, mely értékek jó teszt-reteszt megbízhatóságra utalnak. A DUDIT-E alskálái közül a D és a P alskálákon alacsonyabb értékek voltak mérhetőek (0,83 mindkét esetben), de még ezek az értékek is elfogadhatónak tekinthetők (Bartko és Carpenter, 1976).

19. táblázat: A DUDIT és a DUDIT-E teszt-reteszt megbízhatósági mutatói

Skála/alskála	átlag [#] (SD)		Cronbach-alfa érték		Intraclass korreláció	
	Teszt	Reteszt	Teszt	Reteszt	ICC	p
DUDIT	14,35 (9,03)	13,18 (8,68)	0,87	0,88	0,91	<0,0001
DUDIT-E D Alskála	2,21 (1,01)	2,09 (1,01)	0,82	0,79	0,83	<0,0001
DUDIT-E P Alskála	24,43 (13,90)	22,25 (13,76)	0,91	0,93	0,83	<0,0001
DUDIT-E N Alskála	12,77 (11,25)	12,56 (11,22)	0,88	0,88	0,90	<0,0001
DUDIT-E T Alskála	2,57 (1,68)	2,65 (1,66)	0,73	0,73	0,90	<0,0001
Motivational Index	2,35 (3,31)	2,35 (3,25)	-	-	0,89	<0,0001

[#] Az egymintas t-próbák eredményei arra utalnak, hogy az egyes mérési időpontok között nem volt jelentős változás a pontszámokban ($p > 0.05$ valamennyi esetben)

Érvényesség

A mérőeszközök validitás-vizsgálatának keretében azok faktoriális-, kritérium-, prediktív, konstruktum és konkurens érvényessége került elemzésre.

Faktoriális érvényesség

A faktoriális érvényesség vizsgálatához a három – a mérőeszközök klinikai célcsoportját képező - vizsgálati csoport (ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők, kötelező elterelési programban résztvevők, veszélyeztetett fiatalok; $n=259$ fő) adatainak elemzésére került sor.

A DUDIT feltáró faktorelemzése (EFA) két egynél nagyobb sajátértékkel bíró faktort eredményezett. Ez a két faktor összesen a 11 tétel teljes varianciájának 61,2%-át magyarázta meg. Az első faktor önmagában 51,0%-ot, a második pedig 10,2%-ot magyarázott meg a teljes varianciából. A VARIMAX rotáció eredményei alapján

valamennyi tétel faktorsúlya a „jó” vagy a „kiváló” értéktartományba tartozott (Tabachnick és Fidell, 2007).

Az első faktor a 4-11. tételeket tartalmazta, és az egyes tételei jó vagy magas (0,43-0,82) töltésekkel voltak jellemezhetőek. A második faktor magas faktorsúlyokat képezett az 1-3. tételekkel. Mindezek alapján az első faktor a droghasználattal összefüggő problémákra vonatkozik, míg a második inkább a droghasználat gyakoriságára utal (20. táblázat).

20. táblázat: A DUDIT egyes faktoraihoz tartozó tételek és azok faktorsúlyai*

A DUDIT tételei	Faktorok	
	1	2
1. Milyen gyakran használ Ön drogokat az alkoholon kívül?		0.73
2. Egy alkalommal használ-e Ön egynél többféle drogot?		0.79
3. Egy tipikus napon, amikor Ön drogot fogyaszt, hányszor használja a szereket?		0.83
4. Milyen gyakran áll Ön drogok súlyos befolyásoltsága alatt?	0.68	
5. Az elmúlt év során érezte-e a drogok iránti vágyódását olyan erősnek, hogy nem tudott ellenállni a használatuknak?	0.81	
6. Az elmúlt év során előfordult-e, hogy nem volt képes abbahagyni a drogfogyasztást?	0.82	
7. Az elmúlt év során milyen gyakran fordult elő, hogy drogfogyasztást követően elhanyagolt valamit, amit meg kellett volna tennie?	0.70	
8. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő Önnel, hogy egy súlyos drogfogyasztás után másnap reggel is drogot kellett fogyasztania?	0.79	
9. Az elmúlt évben milyen gyakran érzett Ön büntudatot vagy lelkipurdalást droghasználata miatt?	0.68	
10. Valaha megsérült-e Ön vagy valaki más lelkileg vagy fizikailag az Ön drogfogyasztása miatt?	0.43	
11. Aggódott-e már rokon, barát, orvos, nővér vagy bárki más az Ön drogfogyasztása miatt, vagy mondta-e azt, hogy fel kellene hagynia a drogok használatával?	0.50	

*A 0,4-es értéknél nagyobb faktorsúlyokat félkövér szedéssel jelöltük.

A DUDIT-E 54 tételére vonatkozó feltáró faktoranalízis eredményeképpen egy 12 faktoros struktúra rajzolódott ki. A 12 faktor a teljes variancia 72,5%-át magyarázta meg. Az első négy faktor sorrendben a teljes variancia 26,7%-át, 11,5%-át, 7,3%-át és 5%-át magyarázta meg. Mivel a további 8 közül egyik faktor sem magyarázott meg 5%-nál többet, a második elemzés során a mérőeszköz négyfaktoros struktúrája került előállításra. A négy faktor együttesen a teljes variancia 51,0%-át magyarázta meg. A feltáró faktorelemzés által azonosított négy faktor közül kettő (az első és a második) teljesen megegyezette a DUDIT-E N és P alskáláival. A harmadik faktor jó, 80%-os egyezést mutatott a T alskálával (az alskála 10 tételéből 8 ezen a faktoron található). A negyedik faktor a D alskála tételeinek felével egyezett meg. Az eredeti D alskálához képest a dohányzás, az opiát- és kannabisz fogyasztás gyakoriságára, valamint az egyes (altató/nyugtató és fájdalomcsillapító hatású) gyógyszerek abuzív használatának gyakoriságára vonatkozó tételek nem ezen a faktoron helyezkedtek el (21. táblázat).

*21. táblázat. A DUDIT-E egyes alskáláihoz tartozó tételek és azok faktorsúlyai**

Alskála	A DUDIT-E tételei (a tételek száma)	Faktorok			
		1	2	3	4
D	1	0.45			
	2				0.70
	3				0.69
	4	0.50			
	5				0.63
	6				0.59
	7				0.69
	8	0.49			
	9	0.42			
	10	0.01	0.08	0.09	0.38
P	1	0.51			
	2	0.63			
	3	0.75			
	4	0.67			
	5	0.73			
	6	0.57			
	7	0.69			
	8	0.61			
	9	0.67			
	10	0.52	0.45		
	11	0.62			
	12	0.64			
	13	0.62			
	14	0.77			
	15	0.71			
	16	0.73			
	17	0.72			
N	1	0.56			
	2	0.74			
	3	0.55			
	4	0.24	-0.04	0.12	0.34
	5	0.57			
	6	0.71			
	7	0.54			
	8	0.60			
	9	0.65			
	10	0.65			
	11	0.63			
	12	0.63			
	13	0.77			
	14	0.85			
	15	0.69			
	16	0.72			
	17	0.75			

T	1	0.01	0.28	-0.03	0.09
	2	0.60			
	3			0.49	
	4			0.61	
	5			0.74	
	6			0.59	
	7			0.77	
	8			0.75	
	9			0.50	
	10			0.56	

* A 0,4-es értéknél nagyobb faktorsúlyokat félkövér szedéssel jelöltük.

Kritérium érvényesség

A kritérium érvényesség vizsgálata céljából elvégzett általános lineáris modell (General Linear Modell, GLM) elemzések statisztikailag jelentős különbségeket ($p < 0,0001$) mutattak ki az egyes csoportok tagjai között a DUDIT és a DUDIT-E alsókálák összpontszámaiban. A vizsgálatba bevont változók (csoporttagság, nemek és életkor) főhatásai között nem voltak interakciós hatások kimutathatók.

A DUDIT és a DUDIT-E valamennyi alsókáláján (a T alsókála kivételével) az ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők magasabb pontszámokat értek el, mint a másik három csoport tagjai. A kötelező elterelés alatt állók és a veszélyeztetett fiatalok közel azonos pontszámokat értek el ezeken a skálákon. A veszélyeztetett és elterelt fiatalok csoportjai között nem volt jelentős különbség a DUDIT-E P és az N alsókálák pontszámaiban. A D alsókála pontszámai viszont a veszélyeztetett fiatalok csoportjában magasabbak voltak.

A T skálán az elterelt csoportjában voltak a legmagasabbak a pontszámok. A Motivációs Indexen elért legmagasabb pontszám az ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők csoportjában volt mérhető ($p < 0,0001$) (ld. 22. táblázat).

22. táblázat: A GLM elemzések eredményei

Skála/Alskála	Ambuláns kezelésben részesülő drogfüggők (n=98)	Kötelező elterelési programban résztvevők (n=83)	A droghasználat szempontjából veszélyeztetett fiatalok (n=72)	Kontroll csoport-hallgatók ^b (n= 109)	A csoportok közötti különbség [§]	
	átlag ^a (SE)	átlag ^a (SE)	átlag ^a (SE)	átlag ^a (SE)	Teszt-statisztika (F)	p-érték
DUDIT ^c	17,71 (0,81)	14,07 (0,89)	12,69 (0,94)	1,39 (0,82)	67,77	<0,000 1
DUDIT-E D Alskála ^d	2,56 (0,10)	1,98 (0,11)	2,27 (0,12)	0,43 (0,13)	16,01	<0,000 1
DUDIT-E P Alskála ^e	24,29 (1,42)	19,90 (1,57)	23,84 (1,64)	5,03 (1,42)	36,65	<0,000 1
DUDIT-E N Alskála ^c	15,04 (1,15)	10,82 (1,27)	9,63 (1,33)	1,20 (1,15)	23,24	<0,000 1
DUDIT-E T Alskála ^f	2,36 (0,20)	3,03 (0,21)	1,09 (0,22)	-0,23 (0,19)	44,03	<0,000 1
Motivációs Index ^f	2,54 (0,42)	2,17 (0,47)	0,89 (0,48)	-0,13 (0,42)	7,36	<0,000 1

§: GLM analízis; a nemek és a kor kovariánsként szerepelt a modellekben

^a: A GLM modellek becsült marginális értékei

^b: A kontrollcsoport és a három vizsgálati csoport közötti különbség valamennyi elemzésben statisztikailag szignifikáns volt.

^c: A különbség szignifikáns volt az ambuláns kezelés alatt állók és a kötelező elterelésben résztvevők csoportjai és ambuláns kezelés alatt állók és a veszélyeztetett fiatalok csoportjai között. A veszélyeztetett fiatalok és az elterelésben résztvevő fiatalok csoportjai között nem volt jelentős különbség.

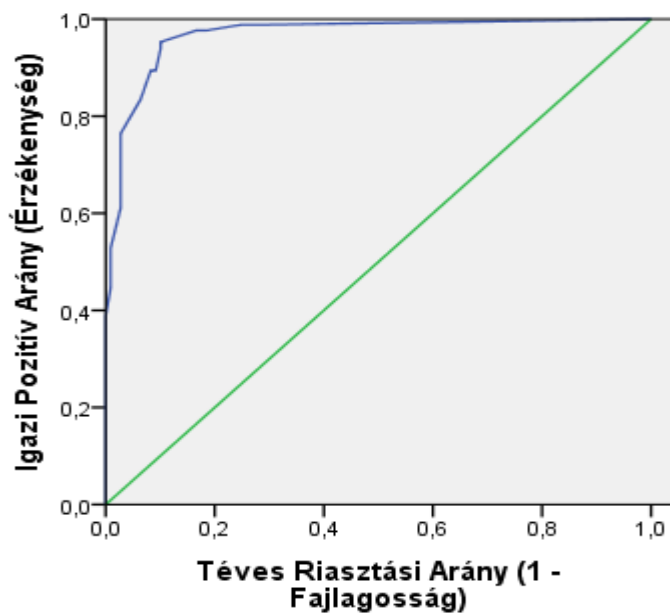
^d: A különbség jelentős volt az ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők és az elterelés alatt állók csoportjai között. A veszélyeztetett fiatalok és az eltereltek csoportjai, valamint az ambuláns kezelés alatt állók és a veszélyeztetett fiatalok csoportjai között mért különbségek nem érték el a statisztikai szignifikancia szintjét.

^e: A három vizsgálati alminták közötti különbségek nem érik el a statisztikai szignifikancia szintjét.

^f: Az ambuláns kezelés alatt állók és a veszélyeztetett fiatalok csoportjai közötti és a veszélyeztetett fiatalok és a kötelező elterelésben résztvevő fiatalok csoportjai közötti különbségek statisztikailag jelentősek. A kötelező elterelés alatt állók és az ambuláns kezelés alatt állók csoportjai közötti különbségek nem szignifikánsak.

Prediktív érvényesség

A DUDIT prediktív érvényessége ROC (Receiver Operating Characteristics Curve) görbe-elemzés segítségével került megállapításra az ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők (pozitív esetek) és a kontroll csoport (negatív esetek) almintáin. Az ROC analízis segítségével a megfelelő leválogatási értékek az érzékenység és a fajlagosság maximális értékei mellett kerültek megállapításra. Az ROC görbe alatti terület (Area Under the Curve, AUC) 0,96 volt a két csoport elválasztására vonatkozóan. Az eredmények alapján a 2,1-es pontérték bizonyult optimálisnak a drogfüggők azonosítására (0,95-ös érzékenységei és 0,81-es fajlagossági értékek mellett) (5. ábra).



5. ábra: A DUDIT összpontszámok (független változó) és a csoporttagság (függő változó) ROC görbéje. Az AUC értéke a DUDIT pontszámokra 0,96 ($p < 0.001$, 95% CI=0,94-0,98) volt. A 2,1-es pontszám bizonyult optimálisnak a drogfüggők azonosítására 0,95-ös érzékenységi és 0,81-es fajlagossági értékek mellett

Konvergens érvényesség

A konvergens érvényesség a DUDIT és a DUDIT-E egyes alskálái között mért Pearson korrelációs együtthatók segítségével került vizsgálatra. A legerősebb kapcsolat a DUDIT és a DUDIT-E P és N alskálái között volt kimutatható (mindkét esetben $r=0,66$, $p<0,0001$). Mérsékelt erősségű kapcsolat mutatkozott a DUDIT pontszámai és a DUDIT-E D és T alskálái között ($r=0,55$ és $0,45$).

Konkurens érvényesség

A konkurens érvényesség megállapításához azt vizsgáltuk a DUDIT által kiszűrt személyek körében, hogy a súlyosabb droghasználattal kapcsolatos problémák gyakoribb szerhasználattal jártak-e együtt. A vizsgálati minta 259 résztvevőjéből 221 fő (85,3%) került kiszűrésre a problémás szerhasználatra vonatkozó küszöbérték (Berman és mtsai, 2005) alkalmazása mellett. Valamennyi DUDIT-E alskálán magasabb pontszámok voltak mérhetőek a kiszűrt személyeknél. A Motivációs Indexben is jelentős különbségek mutatkoztak a DUDIT által kiszűrt és ki nem szűrt személyek között (23. táblázat).

23. táblázat: A DUDIT és a DUDIT-E konkurens érvényességének mutatói

DUDIT-E alskála	DUDIT által kiszűrt személyek		DUDIT által ki nem szűrt személyek		p
	átlag	SD	átlag	SD	
D Alskála	2,3	1,03	1,5	0,76	$p<0,0001$
P Alskála	24,95	16,18	5,13	8,53	$p<0,0001$
N Alskála	13,01	13,72	1,62	4,13	$p<0,0001$
T Alskála	2,14	2,49	0,33	1,15	$p<0,0001$
Motivációs Index	1,67	2,91	0,64	2,7	$p=0,023$

4.2.3 Hipotézisvizsgálatok

1. hipotézis: A verbális- és fizikai agresszió megjelenésben és gyakoriságában valamint a rendőri intézkedéssel vagy eljárással járó erőszakos viselkedésmódok jelenlétében különbség lesz kimutatható a nemek, a fiatalabb és az idősebb drogfogyasztók valamint a négy vizsgálati alminták között.

A nemek közötti különbségek tekintetében jelentős különbségek voltak kimutathatók a teljes felnőttekből álló mintán. A férfiak körében a DUDIT-E verbális és fizikai agresszióra vonatkozó tételének pontszáma 0,59 (SD=0,91), míg a nők körében 0,21 (SD=0,66; $p < 0,001$, $F=15,154$, $df=360$). A rendőrségi eljárással végződő erőszakos magatartásmódokat mérő tétel alapján ugyancsak szignifikáns különbségek voltak feltárhatók az alkalmazott ANOVA segítségével: 0,58 volt az átlagpontszám a férfiak (SD=0,66) és 0,17 a nők körében (SD=0,48; $p < 0,001$, $F=34,77$, $df=360$).

Az életkori csoportok között a verbális- és fizikai agressziót mérő tétel pontszámaiban volt jelentős különbség kimutatható: A 25 év alattiak esetén az átlag 0,77 (SD=0,05), míg a 26 évnél idősebbek körében 0,61 (SD=1,00; $p=0,002$, $F=5,48$, $df=359$). A rendőrségi intézkedéssel járó erőszakos viselkedésmódok tekintetében nem mutatkozott jelentős különbség a két csoport között (átlag= 0,43 és 0,50, $p > 0,005$).

A kezelési csoportok tekintetében jelentős különbségek voltak kimutathatók (24. táblázat). A legmagasabb pontszámok mindkét változó esetén az ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők almintáján voltak mérhetőek.

24.táblázat: A verbális és fizikai agressziót és a rendőrségi intézkedéssel járó erőszakos viselkedésmódokat mérő tételek átlagpontszámai vizsgálati minták szerinti bontásban

Jellemző	Ambuláns kezelésben részesülő drogfüggők (n=98) (SD)	Kötelező elterelési programban résztvevők (n=85) (SD)	A droghasználat szempontjából veszélyeztetett fiatalok (n=76) (SD)	Kontroll csoport-hallgatók (n= 109) (SD)	ANOVA
verbális és fizikai agresszió	0,93 (1,13)	0,54 (0,85)	0,44 (0,72)	0,02 (0,16)	$p < 0,001$; $F=22,54$; $df=362$

rendőrségi intézkedések	0,75 (0,76)	0,64 (0,53)	0,51 (0,68)	0,01 (0,13)	p<0,001; F=33,60; df=363
-------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------------------------

A Tukey post hoc teszt eredményei szerint a különbségek a verbális- és fizikai agressziót mérő változó esetén az eltereltek és az ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők ($p=0,005$) és az eltereltek és az egyetemista fiatalok ($p<0,001$) mintái között voltak kimutathatók. Az elterelés alatt álló fiatalok és a droghasználat kialakulása szempontjából veszélyeztetett fiatalok mintái között a különbség nem érte el a statisztikai szignifikancia szintjét ($p>0,005$).

A rendőrségi eljárások foganatosítását mérő változó esetén az elterelés alatt állók és az egyetemista kontrollminta ($p<0,001$), az ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők és a veszélyeztetett fiatalok ($p=0,031$) valamint a drogfüggők és a kontrollcsoport között volt jelentős különbség ($p<0,001$).

2. hipotézis: A használt kémiai szerek között is különbségek lesznek feltárhatók az externalizációs problémákkal való összefüggés mértékében. Várhatóan a serkentő, agressziót fokozó szerek (amfetaminok, kokain, dohány) használata szorosabban függ össze ezekkel a viselkedésformákkal, mint a többi szer használata.

A verbális és fizikai agressziót mérő tétel vonatkozásában elvégzett többszörös lineáris regressziós modell eredményeit a 25. táblázat mutatja be. A 12 magyarázó változót tartalmazó modell szignifikáns volt, a bevont magyarázó változók a teljes variancia 43%-át magyarázták meg (25. táblázat). A magyarázó változók közül az amfetaminok, a kokain, az opiátok, a designer drogok, az altató- és nyugtató hatású gyógyszerek valamint a fájdalomcsillapító szerek hatása bizonyult szignifikánsnak. A szignifikáns magyarázóváltozók közül az opiátok, az amfetaminok és kokain bírtak a legnagyobb magyarázó erővel, utóbbi esetén az összefüggés iránya fordított volt (25. táblázat).

25. táblázat: A verbális és fizikai agressziót mérő tétel pontszámai vonatkozásában elvégzett többszörös lineáris regressziós vizsgálat eredményei

Magyarázó változók*	B	SE	Beta	t	p
kannabisz	0,02	0,03	0,05	0,76	0,45
amfetaminok	0,25	0,05	0,36	4,70	<0,001**
kokain	-0,20	0,07	-0,22	-2,86	0,004**
opiátok	0,35	0,04	0,50	8,24	<0,001**
hallucinogének	-0,12	0,08	-0,12	-1,45	0,15
oldószerek és egyéb drogok	-0,11	0,10	-0,09	-1,22	0,22
GHB és egyéb designer drogok	0,16	0,07	0,16	2,58	0,010**
altatók/nyugtatók	0,11	0,05	0,71	2,45	0,015**
fájdalomcsillapítók	-0,12	0,04	-0,19	-2,805	0,005**
dohány	0,02	0,02	0,04	0,86	0,39
nemek	-0,11	0,09	-0,06	-1,26	0,27
életkor	0,00	0,01	-0,01	-0,02	0,98
Modell statisztika: korrigált $R^2= 0,43$; $F=19,26$; $df=285$ $p<0,001$					
*A függő változó a verbális és fizikai agressziót mérő tétel, a magyarázó változók az egyes szerek használatának gyakorisága valamint a nem és az életkor. *- $p<0,05$ **- $p<0,001$					

A rendőrségi eljáráshoz vezető erőszakos viselkedésmódok tekintetében végzett regressziós modell is szignifikánsnak bizonyult, a modell által megmagyarázott variancia-hányad 29% volt. A modellbe bevont magyarázó változók közül a kannabisz, az amfetaminok, az opiátok, a designer drogok és a nemek bírtak statisztikailag jelentős

magyarázó erővel. A legerősebb magyarázó erővel az opiátok, a designer drogok és a nemek bírtak, utóbbi esetében az összefüggés fordított irányú volt. Ez az összefüggés fordított irányú volt az amfetaminok esetében is (26. táblázat).

26. táblázat: A rendőrségi intézkedéssel járó erőszakos viselkedésmódok gyakoriságát mérő tétel pontszámait vonatkozásában elvégzett többszörös lineáris regressziós vizsgálat eredményei

Magyarázó változók*	B	SE	Beta	t	p
kannabisz	0,12	0,03	0,32	4,37	<0,001**
amfetaminok	-0,09	0,04	-0,16	-1,93	0,05*
kokain	0,03	0,06	0,04	0,50	0,61
opiátok	0,17	0,04	0,32	4,64	<0,001**
hallucinogének	-0,07	0,07	-0,09	-1,08	0,28
oldószeres és egyéb drogok	-0,03	0,08	-0,03	-0,37	0,71
GHB és egyéb designer drogok	0,17	0,06	0,22	3,05	0,002**
altatók/nyugtatók	0,02	0,04	0,03	0,37	0,71
fájdalomcsillapítók	-0,02	0,04	-0,05	-0,61	0,54
dohány	0,01	0,02	0,04	0,75	0,45
nemek	-0,20	0,07	-0,15	-2,67	0,008**
életkor	-0,01	0,01	-0,01	-0,22	0,82
Modell statisztika: korrigált $R^2 = 0,29$; $F=10,88$; $df=285$ $p<0,001$					
*A függő változó a rendőri intézkedéssel járó erőszakos viselkedésmódok gyakoriságát mérő tétel, a magyarázó változók az egyes szerek használatának gyakorisága valamint a nem és az életkor. *- $p<0,05$ **- $p<0,001$					

3.hipotézis: A szorongás és az öngyilkossági gondolatok tekintetében nemi- és életkori különbségek lesznek kimutathatók. Mind a szorongás, mind pedig az öngyilkossági gondolatok vonatkozásában a tünetek a drogfüggők körében súlyosabbak lesznek, mint az elterelés alatt állók vagy a partizók között.

A nemek közötti különbségek tekintetében jelentős különbségek voltak kimutathatók a teljes felnőtt mintán. A férfiak körében a szorongást mérő tételének átlagpontszáma 0,67 (SD=0,90), míg a nőknél 0,28 (SD=0,57; $p<0,001$, $F=17,69$, $df=361$) volt. Az öngyilkossági gondolatokra vonatkozó tétel alapján szintén szignifikáns különbségek voltak feltárhatóak az alkalmazott ANOVA segítségével: az átlagpontszám 0,26 volt a férfiak (SD=0,68) és 0,04 a nők körében (SD=0,20; $p<0,001$, $F=10,82$, $df=361$).

Az életkori csoportok tekintetében sem a szorongás, sem pedig az öngyilkossági gondolatok tekintetében nem volt jelentős különbség kimutatható. A szorongás pontszámok átlaga 0,51 volt a 25 év alattiak (SD=0,77) és 0,63 a 26 évnél idősebbek körében (SD=0,94; $p=0,168$; $F=1,91$; $df=360$). Az öngyilkossági gondolatokat mérő tétel átlagpontszáma a 25 év alattiak esetében 0,17 (SD=0,53) volt, a 26 évnél idősebbek körében 0,22 (SD=0,66; $p=0,45$, $F=0,55$, $df=360$).

A kezelési csoportok tekintetében mindkét változó esetében jelentős különbségek voltak kimutathatók. A két változó esetén ellentétes tendencia figyelhető meg: a szorongást mérő tétel esetében az eltereltek csoportjában voltak a legmagasabbak a pontszámok, míg az öngyilkossági gondolatok esetén a kezelés alatt álló drogfüggők csoportjában. A szorongás tekintetében a veszélyeztetett fiatalok átlaga közel fele az eltereltek körében mért pontértékeknek. Az öngyilkossági gondolatokat mérő változó esetében azonban a veszélyeztetett fiatalok mintáján volt magasabb az átlagpontszám, mint az eltereltek körében. Mindkét változó esetén a legalacsonyabb pontszámok az egyetemi hallgatók csoportjában volt mérhető (27. táblázat).

27. táblázat: Az internalizációs tüneteket mérő tételek átlagpontszámai vizsgálati minták szerinti bontásban

Jellemző	Ambuláns kezelésben részesülő drogfüggők (n=98) (SD)	Kötelező elterelési programban résztvevők (n=85) (SD)	A droghasználat szempontjából veszélyeztetett fiatalok (n=76) (SD)	Kontroll csoport-hallgatók (n= 109) (SD)	ANOVA
szorongás	0,82 (0,97)	0,88 (0,85)	0,43 (0,69)	0,10 (0,47)	p<0,001; F=22,65; df=364
öngyilkossági gondolatok	0,39 (0,78)	0,15 (0,47)	0,25 (0,71)	0,00	p<0,001; F=8,49; df=364

4. hipotézis: A fiatal felnőttek által használt szerek között is különbségek lesznek kimutathatók az internalizációs tünetekkel való összefüggés mértékében. Várhatóan a nyugtató, fájdalomcsillapító hatású gyógyszerek mellett az opiátok és a dohány használata jelentősebb mértékben függ össze ezekkel a tünetekkel, mint a többi szer használata.

A szorongást mérő tétel vonatkozásában elvégzett többszörös-lineáris regressziós elemzés eredményei szerint a 12 magyarázó változót tartalmazó modell szignifikáns volt, az általa megmagyarázott variancia-hányad 25%, ami gyengébb, mint az előző két modell által megmagyarázott hányad. Az alábbi változók magyarázóereje volt statisztikailag jelentős: kannabisz, amfetaminok, designer drogok, altatók és nyugtatók (abuzív használata). Mindezek közül a designer drogok és az amfetaminok voltak a legerősebbek, de a kannabisz és a nyugtató-altató hatású szerek hatása sem sokkal gyengébb (28. táblázat).

28. táblázat: A szorongást mérő tétel pontszámai vonatkozásában elvégzett többszörös lineáris regressziós vizsgálat eredményei

Magyarázó változók*	B	SE	Beta	t	p
kannabisz	0,11	0,03	0,24	3,20	0,002**

amfetaminok	0,15	0,06	0,22	2,52	0,012**
kokain	-0,15	0,08	-0,16	-1,86	0,06
opiátok	0,08	0,05	0,12	1,70	0,08
hallucinogének	-0,10	0,09	-0,09	-1,05	0,29
oldószeres és egyéb drogok	-0,11	0,11	-0,08	-1,01	0,31
GHB és egyéb designer drogok	0,21	0,07	-0,20	2,81	0,005**
altatók/nyugtatók	0,11	0,05	0,18	2,16	0,032*
fájdalomcsillapítók	0,01	0,05	0,02	0,29	0,77
dohány	0,01	0,02	0,01	0,07	0,94
nemek	-0,11	0,10	-0,06	-1,14	0,25
életkor	0,01	0,01	0,08	1,46	0,14
Modell statisztika: korrigált $R^2 = 0,25$; $F = 9,44$; $df = 285$ $p < 0,001$					
*A függő változó a szorongást mérő tétel, a magyarázó változók az egyes szerek használatának gyakorisága valamint a nem és az életkor. *- $p < 0,05$ **- $p < 0,001$					

Az öngyilkossági gondolatokat függő változóként tartalmazó regressziós modell is szignifikánsnak bizonyult, az általa megmagyarázott variancia-hányad 25% volt. A modell magyarázó változói közül a kannabisz, a kokain, az opiátok, és a szerves oldószeres birtok statisztikailag jelentős magyarázó erővel. A legerősebb magyarázó erővel a szerves oldószeres és az opiátok rendelkeztek. A kokain esetén az összefüggés fordított irányú volt (29. táblázat).

29. táblázat: Az öngyilkossági gondolatok gyakoriságát mérő tétel pontszámai vonatkozásában elvégzett többszörös lineáris regressziós vizsgálat eredményei

Magyarázó változók*	B	SE	Beta	t	p
kannabisz	0,07	0,02	0,21	2,80	0,005**
amfetaminok	0,04	0,04	0,09	1,01	0,31
kokain	-0,14	0,05	-0,24	-2,69	0,008**
opiátok	0,17	0,03	0,39	5,59	<0,001**
hallucinogének	-0,08	0,06	-0,13	-1,41	0,16
oldószeres és egyéb drogok	0,22	0,07	0,26	3,09	0,002**
GHB és egyéb designer drogok	-0,03	0,03	0,09	1,16	0,25
altatók/nyugtatók	0,01	0,03	0,01	0,17	0,86
fájdalomcsillapítók	0,04	0,03	0,09	1,16	0,25
dohány	-0,02	0,02	-0,07	-1,24	0,22
nemek	-0,10	0,07	-0,08	-1,54	0,12
életkor	-0,01	0,01	-0,04	-0,73	0,46
Modell statisztika: korrigált $R^2= 0,25$; $F=9,13$; $df=285$ $p<0,001$					
*A függő változó az öngyilkossági gondolatokat mérő tétel, a magyarázó változók az egyes szerek használatának gyakorisága valamint a nem és az életkor. *- $p<0,05$ **- $p<0,001$					

5. hipotézis: A kezelés iránti motiváció jellege és mértéke nemenként, életkoronként, valamint a szerhasználati probléma súlyossága szerint eltérő lesz. Az ambuláns kezelés alatt álló drogfüggőkre a szerhasználat negatívumai miatti gyógyulási motiváció, míg az eltereltekre inkább a külső motiváltság lesz jellemző. A droghasználat pozitívumaiban is különbség lesz, a partizó fiatalok és az egyetemisták körében ez magasabb mértékű lesz,

mint a másik két csoportban. A kezelés iránti általános motiváció mértéke eltérő lesz a négy almintá között.

A droghasználattal összefüggő motivációt mérő skálák (P, N, T skálák és a Motivációs Index) közül a Motivációs Index kivételével valamennyi esetben jelentős nemi különbségek voltak kimutathatók. Mind a P, az N és a T skála esetén a férfiaknál magasabb pontszámok voltak mérhetőek. Ugyanez tendencia szinten igaz a Motivációs Indexre is, de a különbség ez esetben nem éri el a statisztikai szignifikancia szintjét (30. táblázat).

30. táblázat: A szerhasználattal összefüggő motivációt mérő skálák átlagpontszámai nemek szerinti bontásban

Vizsgált skála	férfiak (n=250)	nők (n=113)	ANOVA
P skála	20,64 (16,36)	10,35 (13,99)	p<0,001; F=33,58; df=362
N skála	10,83 (13,59)	4,55 (8,25)	p<0,001; F=20,62; df=361
T skála	1,78 (2,31)	0,81 (2,06)	p<0,001; F=14,38; df=361
Motivációs Index	1,57 (4,82)	0,74 (2,23)	p=0,083; F=3,01; df=357

Az életkori csoportok közötti különbségek vizsgálata során a T skála és a Motivációs Index esetén voltak jelentős különbségek kimutathatók. Mindkét esetben a 26 év feletti csoportjában voltak magasabbak az átlagpontszámok. Ez a tendencia szintjén a P és az N skála esetén is igaz, azonban a különbségek e skálák esetén nem voltak statisztikailag jelentősek (31. táblázat).

31. táblázat: A szerhasználattal összefüggő motivációt mérő skálák átlagpontszámai életkor szerinti bontásban

Vizsgált skála	25 év alattiak (n=239)	26 év és a felettiak (n=123)	ANOVA
P skála	16,85 (15,01)	18,44 (1,68)	p=0,38; F=0,77; df=360
N skála	8,01 (10,96)	10,42 (14,97)	p=0,082; F=3,038; df=360
T skála	1,29 (2,26)	1,83 (2,29)	p=0,034; F=4,55; df=360
Motivációs Index	0,99 (2,43)	1,95 (6,34)	p=0,041; F=4,19; df=355

Mind a P, N és T skálák, valamint a Motivációs Index vonatkozásában is statisztikailag szignifikáns különbségek voltak kimutathatók a négy vizsgálati csoport között az alkalmazott varianciaanalízis segítségével. A P skála esetén a legmagasabb átlagpontszámok a kezelés alatt álló drogfüggők csoportjában adódtak, azonban a veszélyeztetett fiatalok körében az átlagpontszám közel azonos volt (24,92 és 24,79). Az eltereltek körében ez a pontszám alacsonyabb volt (20,03) (32. táblázat). A legalacsonyabb pontszám a kontrollcsoportban volt mérhető. Az alkalmazott Tukey post-hoc elemzés eredményei szerint a különbség csak a kontrollcsoport és a másik három között volt jelentős. Az N skála vonatkozásában a legmagasabb átlagpontszámok a kezelt drogfüggők körében voltak mérhetőek (15,46), kiket az eltereltek (10,66), a veszélyeztetett fiatalok (9,77), és az egyetemista kontrollcsoport követett (1,00). A post-hoc teszt szerint a különbség a kezelés alatt álló függők csoportja és a másik három között volt jelentős.

Az elterelés alatt állók csoportjában volt a legmagasabb az átlagpontszám a T skála vonatkozásában (2,85). A kezelés alatt állók pontszáma ennél némileg alacsonyabb volt (2,39), míg a partizó fiatalok és az egyetemisták csoportjában jelentősen alacsonyabb volt (1 és -0,09). A Motivációs index alapján hasonló különbségek mutatható ki, azzal a

különbséggel, hogy a legmagasabb pontszámok a kezelés alatt állók csoportjában voltak mérhetőek (2,59), és őket követték az elterelési programban résztvevő fiatalok (2,01), a másik két csoport pontszámai szignifikánsan alacsonyabbak voltak (0,75 és -0,01 a partizók és az egyetemisták esetén).

32. táblázat: A szerhasználatlal összefüggő motivációt mérő skálák átlagpontszámai vizsgálati csoportonkénti bontásban

Vizsgált skála	Ambuláns kezelésben részesülő drogfüggők (n=98) (SD)	Kötelező elterelési programban résztvevők (n=85) (SD)	A droghasználat szempontjából veszélyeztetett fiatalok (n=76) (SD)	Kontroll csoport-hallgatók (n= 109) (SD)	ANOVA
P skála	24,92 (17,09)	20,03 (11,28)	24,79 (19,44)	4,18 (8,21)	p<0,001; F=47,60; df=364
N skála	15,46 (14,78)	10,66 (13,86)	9,37 (9,77)	1,00 (3,18)	p<0,001; F=30,21; df=364
T skála	2,39 (2,36)	2,85 (2,25)	1,00 (2,19)	-0,09 (0,55)	p<0,001; F=47,13; df=364
MotInd	2,59 (6,99)	2,01 (3,26)	0,75 (2,20)	-0,01 (0,22)	p<0,001; F=8,37; df=359

A P skála függő változóként való bevonásával lefolytatott többszörös-lineáris regressziós elemzés eredményei szerint a regressziós modell statisztikailag szignifikáns volt, az általa megmagyarázott variancia-hányad 54%. A kannabisz és az opiátok magyarázóereje volt statisztikailag jelentős, az előbbi magyarázóereje valamivel nagyobb volt (4,39 vs. 4,14; 33. táblázat).

33. táblázat: A P skála pontszámait vonatkozásában elvégzett többszörös lineáris regressziós vizsgálat eredményei

Magyarázó változó*	B	SE	Beta	t	p
kannabisz	4,39	0,54	0,47	8,07	<0,001 **

amfetaminok	0,23	0,91	0,02	0,25	0,80
kokain	-0,11	1,20	-0,01	-0,90	0,92
opiátok	4,14	0,72	0,32	5,78	<0,001**
hallucinogének	0,66	1,37	0,04	0,48	0,63
oldószerek és egyéb drogok	-1,77	1,68	-0,07	-1,05	0,29
GHB és egyéb designer drogok	-0,45	1,10	-0,02	-0,41	0,69
altatók/nyugtatók	0,56	0,79	0,05	0,71	0,48
fájdalomcsillapítók	1,21	0,77	0,10	1,57	0,12
dohány	0,42	0,35	0,06	1,19	0,24
nemek	-2,90	1,51	-0,09	-1,92	0,055
életkor	-0,11	0,14	-0,03	-0,77	0,44
Modell statisztika: korrigált $R^2 = 0,54$; $F=29,58$; $df=285$ $p<0,001$					
*A függő változó a P skála pontszáma, a magyarázó változók az egyes szerek használatának gyakorisága valamint a nem és az életkor. *- $p<0,05$ **- $p<0,001$					

Az N skálát függő változóként tartalmazó regressziós modell is szignifikánsnak bizonyult, az általa megmagyarázott variancia-hányad 43%. A magyarázó változók közül a kannabisz, az amfetaminok, a szerves oldószerek valamint az altatók/nyugtatók abúzszerű használata volt jelentősnek mondható. A legerősebb magyarázó erővel az opiátok a szerves oldószerek és a kokain bírtak. A kokain esetén az összefüggés fordított irányú volt (34. táblázat).

34. táblázat: Az N skála pontszámai vonatkozásában elvégzett többszörös lineáris regressziós vizsgálat eredményei

Magyarázó változók*	B	SE	Beta	t	p
kannabisz	1,68	0,44	0,25	3,80	<0,001**
amfetaminok	1,92	0,74	0,20	2,65	0,009**
kokain	-3,08	0,98	-0,24	-3,15	0,002**
opiátok	3,69	0,58	0,38	6,33	<0,001**
hallucinogének	-1,33	1,11	-0,09	-1,19	0,23
oldószeres és egyéb drogok	2,99	1,37	0,16	2,19	0,030*
GHB és egyéb designer drogok	0,72	0,90	0,05	0,79	0,43
altatók/nyugtatók	1,52	0,64	0,17	2,36	0,019*
fájdalomcsillapítók	-0,37	0,63	-0,04	-0,60	0,54
dohány	0,10	0,27	0,02	0,34	0,73
nemek	-2,24	1,22	-0,09	-1,83	0,07
életkor	-0,01	0,11	-0,01	-0,06	0,95
Modell statisztika: korrigált $R^2 = 0,43$; $F = 19,87$; $df = 285$ $p < 0,001$					
*A függő változó az N skála pontszáma, a magyarázó változók az egyes szerek használatának gyakorisága valamint a nem és az életkor. *- $p < 0,05$ **- $p < 0,001$					

A T skálát tartalmazó lineáris regressziós modell eredményeit a 35. táblázat szemlélteti. A statisztikailag szignifikáns modell által megmagyarázott variancia-hányad 16%, ami jelentősen kisebb, mint az előző két modellnél megfigyelhető érték. A kannabisz, az opiátok, a hallucinogének, az altatók és nyugtatók valamint a fájdalomcsillapítók használatának magyarázóereje volt statisztikailag jelentős, a bevont demográfiai változók

közül továbbá a nemek hatása volt jelentős (35. táblázat). Ezek közül az opiátok, az altatók és nyugtatók, hallucinogének, fájdalomcsillapítók és a nemek hatása volt a legerősebb. Az utóbbi három esetén az összefüggés iránya fordított volt (35. táblázat).

35. táblázat: A T skála pontszámai vonatkozásában elvégzett többszörös lineáris regressziós vizsgálat eredményei

Magyarázó változók*	B	SE	Beta	t	p
kannabisz	0,23	0,10	0,18	2,30	0,022*
amfetaminok	0,12	0,17	0,06	0,69	0,49
kokain	-0,09	0,23	-0,04	-0,39	0,69
opiátok	0,42	0,14	0,23	3,06	0,002**
hallucinogének	-0,63	0,26	-0,23	-2,41	0,016*
oldószerek és egyéb drogok	0,37	0,32	0,10	1,15	0,25
GHB és egyéb designer drogok	0,10	0,21	0,04	0,49	0,63
altatók/nyugtatók	0,36	0,15	0,21	2,39	0,017*
fájdalomcsillapítók	-0,32	0,15	-0,19	-2,21	0,028*
dohány	0,01	0,07	0,01	0,18	0,86
nemek	-0,73	0,29	-0,15	-2,54	0,012*
életkor	0,03	0,03	0,074	1,27	0,20
Modell statisztika: korrigált $R^2 = 0,16$; $F = 5,73$; $df = 285$ $p < 0,001$					
*A függő változó a T skála pontszáma, a magyarázó változók az egyes szerek használatának gyakorisága valamint a nem és az életkor. *- $p < 0,05$ **- $p < 0,001$					

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. A serdülők körében végzett vizsgálat megbeszélése

Jelen kutatás során az alkohol és a nikotin együttes fogyasztási prevalenciája 21,7% volt, mely összhangban van a szakirodalomban található korábban mért 19,8%-os (Johnson és mtsai, 2009) és 22,6%-os (Lotrean és mtsai, 2009) prevalencia-értékekkel kilencedik osztályos serdülők mintáján. A vizsgálat során feltárt dohányzás prevalencia értékek magasabbak, mint az európai átlag, és az adatok megfelelnek a HBSC és az ESPAD kutatás során hazánkban feltárt értékeknek (26 és 29%). A vizsgálati mintában a napi szintű dohányzás aránya magas volt, a mintában csaknem valamennyi jelenleg dohányzó fiatal minden nap dohányzott (20,7%). A jelenlegi alkoholfogyasztás prevalenciája megegyezik a szakirodalomban leírtakkal, közel azonos a korábban feltárt magyarországi értékkel. Jelentős nemi különbségek az absztinensek és a csak alkoholt fogyasztók csoportjaiban voltak megfigyelhetők. Az absztinensek körében a lányok nagyobb arányban voltak megfigyelhetők, az alkoholt fogyasztókéban pedig a fiúk. A dohányzás és a dohányzás és az alkoholfogyasztás együttes előfordulása esetén eltűnnek a különbségek a fiúk és a lányok között, a két nem aránya teljesen megegyezik a dohányzás esetén és a két szer együttes használatát tekintve. A jelenség lehetséges magyarázata, hogy a súlyosabb szerhasználati formák (napi szintű dohányzás, a két szer együttes használata) már az addiktív problémák kialakulását jelzik, ezért a biológiai és pszichológiai sérülékenységet hordozó jellemzők jobban magyarázzák a szerhasználatot, mint a nemi különbségek. A szakiskolás diákok mind a lerészegedések, mind pedig a dohányzás és alkoholfogyasztás együttes előfordulása szempontjából a leginkább veszélyeztetett csoportnak tekinthető. Ennek okai összetettek lehetnek. A szakiskolába járó diákok szüleinek alacsonyabb a szociodemográfiai státusza, mint a gimnáziumba vagy szakközépiskolába járó diákoknak (Földes és Lannert, 2010), ami önmagában rizikótényező a szerhasználat kialakulása szempontjából (Droomers, Schrijvers, Casswell, és Mackenbach, 2003). A szakiskolás diákokra jelen kutatás eredményei szerint is jellemzőbb volt a rosszabb iskolai teljesítmény, mint a gimnáziumba vagy szakközépiskolába járó diáktársaikra, ami szintén prediktora a serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás kialakulásának (Johnson és mtsai., 2009; Guilamo-Ramos, Jaccard, Turrisi, és Johansson, 2005).

Korábbi vizsgálatok eredményei alapján a kilencedik osztályban jelentős növekedés figyelhető meg az alkoholfogyasztás, a dohányzás és a két szer együttes használatának prevalenciájában (Chung és Chun, 2010; Johnson és mtsai, 2009; Lotrean és mtsai, 2009). Ennek háttérében a kilencedik osztály által keltett nehézségek állhatnak. A kilencedik osztályba lépés ugyanis jelentős változásokkal jár a serdülők életében. Az általános iskolából a középiskolába és a preadolescens korból a serdülőkorba történő átmenet jelentős kihívások elé állítja a serdülőket. A középiskolába lépéssel a fiataloknak egy az általános iskolánál nagyobb, kompetitívebb és személytelenebb rendszerhez kell alkalmazkodniuk, mely a kilencedikes tanulók gyors alkalmazkodását követeli meg. Ez az új környezet bonyolultabb iskolai kihívások elé állítja a tanulókat, mely elégtelen alkalmazkodáshoz vezethet. Ez összefüggésben áll azzal a ténnyel, hogy a középiskola alatt a legtöbb tanuló a kilencedik osztályban hagyja el az oktatási rendszert. Ezt a jelenséget „kilencedik évfolyamos üvegnyaknak” hívják (Black, 2004). Stressz, antiszociális viselkedés, bizonyos maladaptív viselkedésformák, (mint amilyen például a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás) depresszió és szorongás alakulhat ki nagyobb valószínűséggel ebben az időszakban (Black, 2004; Ge és mtsai, 2001).

5.1.1 A vizsgált externalizációs tünetek és a szerhasználat összefüggései

A fizikai agresszió összefüggései az alkohol és a nikotin együttes fogyasztásával

A jelenlegi alkoholívás és dohányzás hatásai a fizikai agresszió esetén additíven jelentkeznek. Ez az összefüggés a változó folytonos vagy kategoriális voltától függetlenül megfigyelhető volt. A jelenlegi dohányzásra és a jelenlegi ivásra vonatkozó esélyhányadosok összehasonlítása (3,63 és 1,42) a dohányzás hangsúlyos relatív fontosságára hívja fel a figyelmet a fizikai agresszió kialakulásának tekintetében. Ez az eredmény arra utalhat, hogy a súlyos dohányzás nagyobb valószínűséggel alakul ki 15 éves korra, míg a problémás alkoholfogyasztás kialakulása későbbi életkorokra tehető. Ez az értelmezés összhangban van olyan korábbi kutatási eredményekkel, melyek kimutatták, hogy a szerhasználat és a fizikai agresszió közötti összefüggés erőssége életkoronként és a használt szerek szerint eltérő lehet (Skara és mtsai, 2008). A két szert együttesen használók körében tapasztalt megnövekedett fizikai agresszió értékek háttérében a két szer additív pszichoaktív hatása is állhat. E feltételezést alátámasztja az

a tény, hogy az alkohol hatása és az agresszió (Miczek, Fish, De Almeida, Faccidomo, és Debold, 2004; von der Pahlen és mtsai., 2008; Zihlerl, Cebasek Travnik, Kores Plesnicar, Tomori, és Zalar, 2007), valamint a nikotin hatása és az agresszió (Picciotto, Lewis, van Schalkwyk, és Mineur, 2015; von der Pahlen és mtsai., 2008) közötti összefüggések dokumentáltak a szakirodalomban. Ezt az összefüggést erősítik azok a kutatási eredmények, melyek szerint a kolinerg és a GABAerg rendszerek hatással vannak egymás működésére (Hendrickson, Guildford, és Tapper, 2013). Ennek következtében a két rendszer additíven erősítheti az agresszív viselkedésmódok megjelenését, és ez állhat az alkoholfogyasztás agressziót provokáló hatásának hátterében a magas vonásagresszióval jellemezhető dohányosok között. Ezt az összefüggést a nikotin és az alkohol biokémiai hatásain túl olyan személyiségvonások is mediálhatják, mint az impulzivitás vagy az újdonságkeresés (Walther és mtsai, 2012).

Az átlagosnál rosszabb iskolai teljesítmény statisztikailag szignifikáns interakcióban állt az alkoholfogyasztással a fizikai agresszió kapcsán. Ez az eredmény megegyezik korábbi vizsgálatok eredményeivel, melyek szerint az alkoholvás kapcsolatban állt a gyenge iskolai teljesítménnyel a fizikai agresszió, a serdülőkori problémaviselkedés és az illegális szerhasználat kialakulása kapcsán (Guilamo-Ramos és mtsai., 2005).

Iskolai terrorizálás – az alkohol szerepe

Az iskolai terrorizálás kétféle mérési megközelítés használatával került vizsgálatra. Az Olweus Bullying-Viktimizáció Kérdőív két skálás alkalmazása során a viktimizáció vonatkozásában egyik használt szer főhatása sem bizonyult szignifikánsnak. Az eredmények numerikus értelmezése alapján egyedül a két szer együttesen használók csoportjában voltak emelkedettek a pontértékek, a dohányzás és az alkoholhasználat esetén az értékek hasonlóak voltak. Ezzel szemben a terrorizálás skála esetén a dohányzás és az alkoholfogyasztás főhatása is szignifikáns volt, a két szer közül az alkohol nagyobb relatív hatása volt kimutatható. Ez az eredmény az alkoholhasználat fontosságát emeli ki az iskolai terrorizálás elkövetésének vonatkozásában. A legmagasabb pontértékek az alkohol és a nikotin interakciója esetén voltak mérhetőek, bár maga az interakció nem bizonyult szignifikánsnak. Ennek ellenére úgy tűnik, hogy az alkoholfogyasztás mellé társuló dohányzás tovább erősíti az iskolai terrorizálás elkövetésének valószínűségét. Az

Agresszió és Viktimizáció Skálák alkalmazása esetén az Olweus kérdőívhez hasonló eredmények voltak megfigyelhetők. A viktimizáció kapcsán egyedül az alkoholfogyasztás főhatása volt szignifikáns, és e változó esetén voltak a legmagasabb értékek mérhetőek. A logisztikus regresszió elemzés során a legmagasabb esélyhányados (OR) is az alkoholfogyasztás esetén volt mérhető, bár egyik prediktor változó hatása sem volt szignifikáns. Az Agresszió Alskála elemzése során mind a dohányzás, mind pedig az alkoholfogyasztás főhatása jelentős volt, a két szer relatív fontossága hasonló mértékű volt. A két szer együttes hatása ugyan nem volt szignifikáns, de az átlagpontoszámok ebben a csoportban voltak a legmagasabbak, ami a két szer hatásának additív természetére utal az iskolai agresszió elkövetése kapcsán, tehát az alkoholfogyasztás mellé társuló dohányzás tovább növeli az iskolai agresszió formakörébe tartozó viselkedésformák megjelenésének valószínűségét. A kétféle kérdőíves megközelítés hasonló eredményeket hozott, az iskolai agresszió kapcsán mind az áldozattá válás, mind pedig az agresszió elkövetése az alkoholfogyasztással mutatott erősebb összefüggést, és a dohányzás – mintegy az alkohol hatását tovább erősítve – plusz rizikótényezőként járult hozzá a két szer interakciójához. Ezek az eredmények az alkoholhasználat relatív fontosságára hívják fel a figyelmet az iskolai terrorizálás kapcsán. Fontos eredmény, hogy az alkoholfogyasztás mind az áldozattá válás, mind pedig a terrorizálás elkövetése esetén jelentős tényező. Ez az eredmény hasonló Fleming és Jacobsen eredményeihez (2010), akik az áldozattá váló diákok körében is emelkedett alkoholhasználati-prevalenciát mutattak ki. Ennek háttérében az ismétlődő áldozattá válás hatására kialakuló érzelmi problémák állhatnak, melyeket alkoholfogyasztással próbálnak enyhíteni a fiatalok (Fleming és Jacobsen, 2010). Ezen kívül az eredményeket magyarázhatja még az elkövető-áldozatok relatíve magas aránya a vizsgálati mintában, így esetükben az alkoholfogyasztás egyrészt érzelmi tüneteik enyhítésére szolgálhat, azonban – mintegy ennek mellékhatásaként – körükben is megemelkedik az iskolai terrorizálás elkövetésének valószínűsége is. Ez az eredmény az alkoholfogyasztás Janus-természetére hívja fel a figyelmet az iskolai terrorizálás kapcsán, ezért az iskolai terrorizálás kezelésére és megelőzésére irányuló programoknak fontos elemét kell, hogy képezze az alkohol-prevenció ebben a korcsoportban.

Figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar – a szerhasználat, mint önmedikalizáció

A vizsgálat során az ADHD-s tünetek prevalenciája valamivel magasabb a nemzetközi szakirodalomban leírt arányoknál. Megjegyzendő azonban, hogy a kutatás során mért 28,3%-os eredmény a szubklinikus formák prevalencia adataihoz hasonló (Balázs és Keresztesy, 2014). Ennek az lehet az oka, hogy az általunk alkalmazott önkítöltéses tünetbecslő skála nem alkalmas klinikai diagnózis felállítására, így az általunk vizsgált esetek a klinikai diagnosztikai küszöbnél enyhébb tüneti súlyossággal jellemezhetők. Kiemelendő, hogy a Figyelemzavar Alskálán több diák ért el 9 pontnál magasabb értéket (36,3%) mint a Hiperaktivitás/Impulzivitás Alskálán (29,8%), ami arra utal, hogy a vizsgált diákok inkább figyelemhiányos tünetekkel jellemezhetők, és ezek a minta közel egyharmadát érintik valamilyen mértékben.

A dohányzás és alkoholfogyasztás tekintetében eredményeink összefüggésben állnak a szakirodalomban leírtakkal: mindkét szer főhatása statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott mind az ADHD Skála összpontszámával, mind pedig az egyes alskálákkal. Ez az összefüggés valamennyi esetben erősebb volt a dohányzás vonatkozásában, mint az alkoholéban. Ez az eredmény azonos tendenciát mutat azokkal a korábbi vizsgálati eredményekkel, melyek a dohányzás kialakulásában nagyobb szerepet tulajdonítanak az ADHD-nak, mint az alkoholfogyasztásában (Brinkman, Epstein, Auinger, Tamm, és Froehlich, 2015; Evren, Dalbudak, Evren, Can, és Umut, 2014; Mason és mtsai, 2007). Ennek egyik lehetséges magyarázata a nikotin pszichostimuláns farmakológiai tulajdonsága lehet, így az ADHD tüneteinek csökkentése érdekében dohányozhatnak a fiatalok. Ez azért lehet különösen ártalmas, mert egyrészt a serdülőkor során korán kezdődő dohányzás jelentős prediktora a későbbi szerhasználati problémák kialakulásának, másrészt pedig olyan mértékű egészségromláshoz vezethet, ami jelentősen rontja az életminőséget (Creswell, 2012). A másik lehetséges magyarázat az lehet, hogy a vizsgálatban a jelenlegi dohányosok 20,7%-a volt napi dohányos, míg a jelenlegi alkoholfogyasztók közül 1,3% volt napi szintű alkoholfogyasztó. Mindez arra utalhat, hogy 15 éves korra nikotin-dependencia alakulhat ki a fogyasztóknál, míg a problémás alkoholhasználat kialakulása későbbi életkorra tehető.

Noha a két szer interakciójának hatása nem bizonyult szignifikánsnak, a leíró adatok elemzése során szembetűnő, hogy a két szert együtt használók csoportjában voltak a legmagasabbak az ADHD Skála és az egyes skálák összpontszámai. Ez az eredmény a két szer együttes hatásának additív természetét sugallja. Arra utal, hogy a magas ADHD pontszámot elérő tanulók nagyobb valószínűséggel fogyasztanak alkoholt és dohányoznak.

Eredményeink arra hívják fel a figyelmet, hogy az általános iskola folyamán már az első osztályokban el kell kezdeni a dohányzás és az alkoholfogyasztás tekintetében végzett prevenciók tevékenységét. Ez a prevenciók törekvés a későbbi életkorban kialakuló szenvedélybetegségek és az egészségi problémák szempontjából is kitüntetett jelentőséggel bír. A dohányzás-megelőzés önmagában is ahhoz vezethet, hogy excesszív ivás és droghasználat kisebb valószínűséggel fog kialakulni fiatal felnőttkorra.

5.1.2 A vizsgált internalizációs tünetek és a szerhasználat összefüggései

Az internalizációs tünetek vonatkozásában elvégzett GLMM elemzés egyik magyarázó változó esetében sem bizonyult szignifikánsnak, bár a dohányzás főhatása marginálisan szignifikáns volt. Az egyes csoportokban mért különbségek numerikus vizsgálata során szembetűnő eredmény, hogy az absztinensek csoportjában mért érzelmi tünetek pontszámok magasabbak, mint a csak alkoholt fogyasztók csoportjában. Ez az alkoholfogyasztás önmedikalizációs jellegére utalhat: az hangulati valamint szorongásos tünetekkel jellemezhető serdülők az alkohol fogyasztásával oldják érzelmi problémáikat és ez a megküzdési forma esetükben sikeres is lehet. Ez azonban hosszú távon alkoholhasználati zavarokhoz és azzal szövődő pszichiátriai megbetegedésekhez vezethet (Saraceno és mtsai, 2009) A dohányzás relatív fontossága az érzelmi problémák esetén is megjelenik. Ez az összefüggés megegyezik a szakirodalomban korábban feltárt jelenséggel, mely szerint az internalizációs tünetek és a nikotinfüggőség kialakulása között erős együttjárás figyelhető meg (Griesler és mtsai, 2011). Ez az eredmény hasonló az iskolai terrorizálás áldozatává válás kapcsán feltárt eredményekhez.

5.1.3 Összefoglalás

Az eredmények alapján az externalizációs és internalizációs problémák esetén kétféle szerhasználati mintázat került feltárára. Az internalizációs problémák (érzelmi tünetek

és az iskolai terrorizálással szembeni áldozattá válás) inkább az alkoholfogyasztással álltak összefüggésben. Ezekben az esetekben a dohányzás mintegy kiegészítője volt az alkoholfogyasztásnak. Az externalizációs tüneteknél azonban a dohányzás relatív fontosságára derült fény, melyet az alkoholfogyasztás súlyosbíthat.

A kutatás során alkalmazott mérőeszközök pszichometriai mutatói alapján valamennyi kérdőív megbízhatónak bizonyult. Az Olweus Terrorizálás és Viktimizáció Kérdőív két skálás alkalmazása is elfogadható pszichometriai mutatókkal volt jellemezhető, bár időbeli konzisztenciája gyengébb volt a többi mérőeszköznél. A felhasznált mérőeszközök segítségével lehetőség nyílt a mind az alkoholhasználat és dohányzás együttes használatának, mind pedig a vizsgált externalizációs és internalizációs problémák mérésére. Az önkítöltés formára átalakított tételek is jól alkalmazhatók voltak mind az EuroADAD, mind pedig az ADHD Skála esetén. A kutatás során kidolgozott és bemutatott tesztbattéria alkalmas volt arra, hogy komplex módon tárja fel a vizsgált jelenségek közötti összefüggéseket, azonosítsa a szerhasználat kialakulása szempontjából veszélyeztetett serdülőket. Mindez alkalmassá teszi az alkalmazott tesztbattériát arra, hogy az iskolapszichológusi gyakorlatban rutinszerű bevezetésre kerüljön a használata.

5.1.4 A vizsgálat korlátai

Jelen kutatás korlátai között meg kell említeni, hogy mintánk csak a budapesti középiskolák szempontjából volt reprezentatív, az országos jellegzetességeket nem tükrözi. Kutatásunk keresztmetszeti elrendezéséből adódóan eredményeink nem okozati viszonyokra utalnak, hanem a változók közötti összefüggésekre irányulnak. Más kutatásokhoz hasonlóan (Johnson és mtsai, 2009; Lotrean és mtsai, 2009) elemzéseink során az elmúlt havi használat alapján azonosítottuk az egyes szerek jelenlegi használóit. Mivel 15 éves korban mind a dohányzás, mind pedig az alkoholhasználat kialakulási fázisairól beszélhetünk, a rendszeres használatra jellemző heti vagy napi használat választása túl szigorú kritérium lett volna, az élettartam-prevalencia alkalmazása esetén viszont a szerek fogyasztásának súlyossága nem lett volna megfelelő. Korábbi kutatásokhoz hasonlóan, így az elmúlt havi prevalencia alkalmazása mellett döntöttünk. Mind a szerhasználatra, mind pedig az ADHD tüneteire vonatkozó kérdőívek önkítöltés

formában kerültek felvételre. Az adatfelvétel körülményei és a mérőeszközök jelen mintán mért megfelelő megbízhatósága és érvényessége ellensúlyozhatják az önkitöltéses adatfelvétel sajátosságaiból eredő esetleges torzító hatásokat. Emellett korábbi kutatások kimutatták, hogy a serdülőkori önkitöltéses válaszadás alapján becsült prevalenciaértékek összhangban vannak a biológiai markerek alapján megállapított prevalenciaértékekkel a dohányzás esetén (Dolcini, Adler, Lee, és Bauman, 2003). A kutatás további korlátja, hogy az ADHD tünetei egy önkitöltéses becslőskála alkalmazásával kerültek felmérésre és nem klinikai diagnosztikus eljárások segítségével, így a mérési stratégia klinikai diagnózis felállítására nem alkalmas. Azonban az alkalmazott mérőeszköz pontszámai jelentős összefüggést mutatnak az ADHD diagnózisával, így alkalmas a probléma pszichometriailag érvényes és megbízható módon történő megközelítésére. Ugyanez igaz az internalizációs tünetek mérésére alkalmazott Érzelmi Tünetek Alskála esetében is. A Skála meglehetősen heterogén módon tartalmaz bizonyos internalizációs tüneteket (hangulati, szorongásos és szomatizációs tünetek), melyek diagnosztikus megfontolások nélkül kerültek egy skálába. A feltárt összefüggések részletesebb tisztázása érdekében mindenképpen fontos lenne diagnosztikus mérőmódszerek bevonására is a jövőben.

5.2 A fiatal felnőttek mintáján végzett kutatás megbeszélése

5.2.1 A droghasználat jellegzetességei a vizsgált mintán

A DUDIT-E D alskálája jelentős különbségeket mutatott ki a droghasználat prevalenciaadataiban a mérőeszközök eredeti validitás-vizsgálatai során alkalmazott svéd mintákhoz képest. A vizsgálati mintában a hallucinogének, a designer drogok és az inhalánsok használata gyakoribb volt, mint a svéd validitás-vizsgálatokban közölt mintákon (Berman és mtsai, 2005; Sinadinovic és mtsai, 2010). A kokain használati gyakorisága viszont alacsonyabb volt. Ezek a különbségek a magyar és a svéd szerhasználati mintázatok különbségeire utalnak (Sinadinovic és mtsai, 2010). Ez az eredmény a DUDIT-E interkulturális érvényességét támasztja alá. Az egyes vizsgálati csoportok között jelentős különbségek voltak kimutathatók az egyes illegális szerek használatában. A kezelés alatt álló drogfüggők mintájában volt a legtöbb opiát használó. Az opiátokon kívül jelentős mértékben használták a kannabiszt, az amfetaminokat, valamint visszaélés-szerűen az

altató-nyugtató hatású gyógyszereket és fájdalomcsillapítókat. Körükben az opiáthasználat és az amfetaminhasználat valamint a polydrog-használat volt meghatározó. Ez a szerhasználati konstelláció egy patológiásabb, addiktívabb jellegű használatnak felel meg. Az elterelt fiatalok mintáján a kannabiszt mindenki használta, ez volt a leginkább meghatározó drog. A kannabiszon kívül az amfetaminok, a kokain, és a designer drogok használata is ebben a csoportban volt a leggyakoribb. Ez a fajta használat experimentális-rekreációs jellegű használatra utal. A veszélyeztetett fiatalok almintáján e két használati jellegzetesség-konstelláció keveredik: a kannabisz ezen az almintán is szinte minden vizsgált személy által használt szer volt. Jellemzően használt szerek voltak az amfetaminok, a kokain és az opiátok, utóbbit ebben az alcsoportban használták a kezelés alatt állók alcsoportja után a leggyakrabban. A hallucinogének és a szerves oldószerek is ebben a csoportban érték el a használati gyakoriság maximumát. Az illegitim módon használt altató-nyugtató- valamint fájdalomcsillapító hatású szerek használata is ebben a csoportban volt a második legelterjedtebb, a használat mértéke alig maradt el a klinikai kezelés alatt állók csoportjától. A szerhasználat jellegzetességeiben mutatkozó hasonlóságok alapján feltételezhető, hogy ebben a csoportban az experimentális droghasználat mellett a kényszeres használat (opiátok, inhalánsok) is jellemző lehet. Az egyetemista kontroll mintában a kannabisz volt a legelterjedtebben használt szer, amiket a nem orvosi rendelvényre szedett nyugtató-altató hatású szerek követtek. A kannabisz-használat elmúlt évi prevalenciája ebben a csoportban kissé emelkedettebb értéket mutat az EU-ban a fiatal felnőttek körében mért prevalencia adatoknál (EMCDDA, 2015). Ennek hátterében az egyetemista populáció jellegzetességei állhatnak, korábbi kutatások alapján az egyetemi hallgatók körében a fiatal felnőtteknél magasabb prevalencia-értékek mérhetők (Johnston és mtsai, 2015).

5.2.2 A vizsgált externalizációs tünetek összefüggései a szerhasználattal

Az elvégzett statisztikai elemzések alapján az első hipotézis beigazolódott. Jelentős nemi különbségek voltak feltárhatók mind a verbális- és fizikai agresszió, mind pedig a rendőrségi eljárást maguk után vonó erőszakos viselkedésmódok és szerhasználat vonatkozásában. Mindkét probléma esetén a férfiak jelentősen magasabb pontszámokat

érték el, mint a nők. Ez megegyezik korábbi vizsgálatok eredményeivel, melyek szerint a fizikai agresszió markánsabban jellemző a szerhasználó férfiakra, mint a szerhasználó nőkre (Bacsikai, Czobor, és Gerevich, 2011). Életkori különbségek csak a verbális- és fizikai agresszió vonatkozásában voltak kimutathatók, a fiatalabb korcsoportban volt jellemzőbb ez a probléma. Annak ellenére, hogy a kezelés alatt álló drogfüggők csoportjában volt a legmagasabb az átlagéletkor, mind az agresszív viselkedés, mind pedig a rendőrségi eljárással végződő erőszakos magatartásmódok ebben a csoportban szignifikánsan gyakoribbak voltak, mint a másik három csoportban. Ez az eredmény a kezelés alatt állók súlyosabb pszichopatológiai problémáira hívja fel a figyelmet. Az elterelés alatt álló fiatalok és a partizó fiatalok között nem volt jelentős különbség az agresszív viselkedés gyakoriságában. Az a tény azonban, hogy a kontroll csoportban mért értékek jelentősen alacsonyabbak voltak, mint e két csoportban mérhető értékek arra utalnak, hogy ebben a két csoportban is problémát jelentenek az agresszív megnyilvánulások. A rendőrségi eljárás magas előfordulási aránya az elterelés alatt állók csoportjában a változók érvényességét támasztják alá, mivel ezek a fiatalok rendőrségi eljárást követően kerültek megelőző-felvilágosító programokba. Az egyes illegális szerek használati gyakorisága az opiátok, az amfetaminok és a kokain esetén bírtak prediktív erővel az agresszió kapcsán. Mindhárom szer esetén szakirodalmi evidencia, hogy használatuk összefügg a fizikai agresszióval, sőt akut intoxikáció során akcentuálják is az agresszív viselkedésmódok megjelenését (Boles és Miotto, 2003; Hoaken és Stewart, 2003). Az összefüggés iránya a kokain esetén fordított volt, ami arra utal, hogy a kokain használata jelen mintán csökkenti az agresszív problémák megjelenésének valószínűségét. Ez a kokain-használók szociodemográfiai jellemzőivel állhat összefüggésben: a kokain ára és használati jellemzői miatt a társadalom jobb szociális helyzetben lévő tagjai körében jellemző a használata (EMCDDA, 2015), ami protektív faktora lehet az agresszív problémák megjelenésének. A rendőri intézkedéssel járó erőszakos viselkedésmódok tekintetében a nemek és az amfetaminok változói mutattak fordított irányú kapcsolatot, bár utóbbi esetében a magyarázó erő nagyon alacsony volt. A nemek változó esetében ez az összefüggés alátámasztja a feltárt nemi különbségeket: a női nem csökkenti a rendőrségi eljárást maguk után vonó problémák megjelenésének valószínűségét.

5.2.3 A vizsgált internalizációs tünetek összefüggései a szerhasználattal

Az internalizációs tünetek esetén is jelentős nemi különbségek voltak kimutathatók, mind a szorongástól, mind pedig az öngyilkossági gondolatoktól a férfiak jelentősen gyakrabban szenvedtek, mint a nők, ami megfelel a szakirodalomban leírt jelenségeknek (Bohnert és mtsai, 2010). A vizsgálati csoportok között ellentétes tendenciák voltak kimutathatók a szorongás és az öngyilkossági gondolatok tekintetében. A szorongásos tüneteket mérő tétel átlagpontszáma az elterelés alatt állók körében volt a legmagasabb, ám a kezelés alatt állók csoportjában mért pontszámok közel azonosak voltak vele. Ez az eredmény az elterelési programok kötelező jellegével, és a megelőző-felvilágosító programokkal párhuzamosan zajló büntetőeljárásból fakadó fenyegetettség érzetével magyarázható. A kezelés alatt állók körében a megemelkedett pontszámok mögött a drogfüggőségből és az azzal szövődő pszichiátriai zavarokból fakadó szorongásos tünetekkel magyarázható. Ezt a feltételezést támasztja alá az az eredmény, hogy a partizó fiatalok körében jelentősen alacsonyabb volt a szorongás-pontszámok átlaga. Az öngyilkossági gondolatok esetén a kezelés alatt állók csoportjában volt a legmagasabb az átlagpontszám, ami a szerfüggőséggel együttesen fennálló hangulati zavarok fennállására utalhat. Az a tény, hogy a partizó fiatalok körében szintén emelkedett volt az öngyilkossági gondolatok pontszáma arra utal, hogy körükben is kialakulhatott a szerhasználattal összefüggő hangulati zavar. Ez az eredmény ennek a csoportnak a veszélyeztetettségét támasztja alá. Az egyes használt szerek közül a designer drogok és az amfetaminok függték össze a legerőteljesebben a szorongással, mindkét szercsoport esetén ismertek a szorongást indukáló hatások. A kannabisz és a nyugtató hatású gyógyszerek abuzív használata jól értelmezhető az önmedikalizációs paradigma keretében. Az öngyilkossági gondolatok esetén a szerves oldószerek és az opitárok használata bírt a legnagyobb magyarázó erővel. Ez az összefüggés részben magyarázatul szolgál a partizó fiatalok körében mérhető emelkedett öngyilkossági gondolatokat mérő pontszámok: a körükben a legjellemzőbb az inhalánsok használata. A designer drogok és az inhalánsok használata kapcsán feltárt összefüggések a rosszabb szociális helyzetben lévő szerhasználók veszélyeztetettségére hívják fel a figyelmet. A kokain-fogyasztás az öngyilkossági gondolatok esetén is protektív tényezőként jelent meg a modellben. Ennek hátterében a szocidemográfiai tényezőkön kívül a kokain hangulat-javító hatása is

szerepet játszhat, így ez az eredmény is önmedikalizációs kísérletként értelmezhető. Ez azonban potenciális veszélyeket is magában hordoz: a kokain stimuláns hatásai miatt fokozhatja a hetero- és intraagresszió mértékét, ami öngyilkossági kísérlet végrehajtásához vezethet a hangulatzavarban szenvedő drogfüggőknél (Boles és Miotto, 2003).

5.2.4 A kezelésre való motiváltság jellemzői

A droghasználat folytatásának és abbahagyásának háttérében álló motivációs tényezőket és a kezelési motivációt mérő skálák esetén valamennyi esetben a férfiak körében voltak magasabb pontszámok mérhetőek, azaz a férfiak voltak motiváltabbak a szerhasználat abbahagyására. Ennek háttérében az állhat, hogy a mintában a férfiak körében mind a problémás droghasználat mértéke, mind pedig a használattal összefüggő problémák súlyosabbak voltak, mint a nők esetén. A P skála férfiak körében magasabb értéke lehet felelős a droghasználat fennmaradásáért, ugyanis a droghasználat pozitív aspektusait mérő P skálán mérhető átlagpontszámok közel kétszer olyan magasak voltak, mint az N skálán mérhetőek, így a tapasztalt fizikai és pszichológiai problémák ellenére a droghasználat fennmarad. A kezelési motivációt mérő T Skála és a Motivációs Index pontszámában jelentős életkori hatás volt kimutatható: az idősebb droghasználók körében jelentősen nagyobb volt a kezelésre való motiváltság mértéke. Ez összefüggésben állhat a fentebbi eredményekkel: az idősebb drogfüggőknél a droghasználattal összefüggő problémák túlsúlyba kerülnek a droghasználat pozitív hatásaihoz képest és valamilyen szakszerű kezelés keretében próbálnak meggyógyulni ezekből.

Az az eredmény, mely szerint a DUDIT és a DUDIT-E pontszámok magasabbak az ambuláns kezelés alatt álló személyek csoportjában, valamint, hogy a T alskála pontszámai az elterelésben (megelőző-felvilágosító csoportok) résztvevők csoportjában a legmagasabb, az ambuláns kezelési programok és a megelőző-felvilágosító csoportfoglalkozások jellegzetességeivel magyarázhatók. A programok kötelező jellege ugyanis megnövelheti a résztvevők motiváltságának mértékét. A szerhasználat mértékében és a szerhasználatához kapcsolódó motívumokban nem volt megfigyelhető különbség az elterelésben résztvevők és a veszélyeztetett fiatalok csoportjai között, azonban a kezelés iránti motiváltságukban megfigyelhető különbségre hatással lehetett a

program kötelező jellege. Emiatt esetükben a T alszála magas értékei egyfajta extrinzik motiváltságra utalnak. A Motivációs Index értékei majdnem megegyeznek a (Berman és munkatársai (2007) által mért pontértékekkel. Kutatásukban mindössze egy esetben mértek magasabb (4,86-os) értéket (fogvatartottak almintáján) (Berman és mtsai, 2007). A Motivációs Index értékei alapján az ambuláns kezelés alatt álló fiatalok körében volt a legmagasabb a leszokás iránti motiváció mértéke. Az a tény, hogy a Motivációs Index képes volt különbségeket kimutatni az egyes csoportok között, az index konstrukciónak érvényességének szempontjából jelentős. Fontos azonban megemlíteni, hogy ez a különbség kismértékű, így az egyes csoportok motivációs szintjében nem mutatható ki jelentős különbség (valamennyi értéke -0,13 és 2,54 között található). Berman és munkatársai (2007) kimutatták, hogy a -2 és +3 közötti MotInd értékek a változás ciklusának prekontemplatív vagy esetleg kontemplatív szakaszának feleltethetők meg (Di Clemente CC és JO, 1998). A mért különbségek – noha a számszerű eltérések statisztikailag jelentősnek tűnnek – ezért nem utalnak minőségi különbségre a szerhasználat abbahagyására irányuló motiváció tekintetében. Az ambuláns kezelés alatt állók csoportjában az index értékei a 3 pontos küszöbérték közelében mérhetők. Magyarországon 2010-ben a kezelt drogfüggő kliensek mindössze egyharmada kezdte el a kezelést önszántából. A kliensek kétharmada a büntető eljárás alternatívájaként választotta a kezelést (EMCDDA, 2012). Ez a jelenség magyarázhatja a Motivációs Index pontszámaiban megfigyelhető különbséget. Ez az eredmény arra hívja fel a figyelmet, hogy a kezelés iránti motiváció erősítése kulcskérdés a fiatal drogfüggők körében. A kezelés hatására az ambuláns kezelés alatt álló személyes körében a MotInd pontszámok lényegesen magasabbak voltak, mint a kezelésben nem részesülő fiatalok csoportjaiban.

A lineáris regressziós elemzések eredményei alapján az opiátok, a kannabisz és a kokain használatának jelentősége kiemelkedő volt. Az opiátok mind a droghasználat pozitívumait mérő P és a negatívumait mérő N skálák pontszámai esetén a legerősebb magyarázóváltozók között szerepelt. Ez egyrészt a szercsoport erős addikciós potenciáljára (P skála) másrészt viszont a használatával összefüggő súlyos fizikai és pszichológiai problémák kialakulására (N skála) utal. A P skála esetén a kannabisz volt a legjelentősebb magyarázó változó. Ezt az eredményt magyarázhatja, hogy a kannabisz-

addikció viszonylag ritka, a szer rekreációs célú használata viszont jelentős (EMCDDA, 2015). A szerves oldószerek használatának veszélyeire a teljes N skála vonatkozásában kapott eredmények is felhívják a figyelmet. A kokain-használat a teljes N skála pontszám esetén is fordított irányú összefüggést mutatott, ami a szer önmedikalizációs célú használatára utal. A T skála esetén a kannabisz-használat volt az egyik legjelentősebb magyarázó változó. Ez ellentétben az opiátokkal nem a szerhasználat kapcsán kialakuló problémákkal, hanem sokkal inkább a minta jellegzetességeivel magyarázható. A mintában az eltereltek körében volt a legmagasabb a T skála értéke, ami a büntetés elkerülésére tett kísérletként, de legalábbis egyfajta extrinzik motívumként értékelhető. Mivel az eltereltek körében kiemelkedően magas volt a kannabisz-használat mértéke, ezért ez a hatás állhat a kannabisz jelentős magyarázó erejének háttérében. A hallucinogének, a fájdalomcsillapítók és a nemek változók fordított irányú összefüggést mutattak a T skála pontszámával. A nők esetén megfigyelhető, hogy kisebb mértékben voltak jellemzők rájuk a droghasználattal összefüggő fizikai- és pszichológiai problémák, így motivációjuk is kisebb mértékű a kezelés megkezdésére. A hallucinogének használatával kapcsolatban is hasonlóképpen magyarázható a jelenség: a hallucinogén fogyasztók körében kevésbé jelennek meg ezek a problémák. A fájdalomcsillapítók esetén a fordított irányú összefüggést az önmedikalizációs törekvés magyarázhatja.

5.2.5 A DUDIT és a DUDIT-E pszichometriai értékelése

A kérdőívek megbízhatósági vizsgálata során elvégzett Cronbach-alfa együtthatók jó belső konzisztenciára utalnak. A DUDIT esetén a vizsgálat során mért Cronbach-alfa értékek magasabbak voltak, mint a svéd validitász-vizsgálat klinikai mintán mért értékei (0,80) és közel azonosak voltak a lakossági mintán mért értékekhez (0,93) (Berman és mtsai, 2005). A kontroll csoportnál mért alacsonyabb Cronbach-alfa értékek a droghasználat alacsonyabb intenzitásával állhat összefüggésben. Az eredmények arra utalnak, hogy a DUDIT tételei ugyanazt az elméleti konstruktumot mérik.

A DUDIT-E alsókálainak mért Cronbach-alfa értékei hasonlóak a Berman és munkatársai (2007) által mért értékekhez. A legalacsonyabb 0,68-as érték (T alsókála) – mely a droghasználat szempontjából veszélyeztetett fiatalok mintáján volt mérhető – jól magyarázható a vizsgálati csoport jellemzőivel. Mivel a minta tagjai nem állnak kezelés

alatt, és szerabúzus vagy dependencia sem alakult még ki náluk, ezért a szerhasználati szokásaik megváltoztatására irányuló motívumaik is gyengébbek.

A DUDIT és a DUDIT-E skáláira elvégzett teszt-reteszt vizsgálatok eredményei alapján a korrelációs együtthatók mindkét mérőeszköz vonatkozásában jónak mondhatók ($ICC \geq 0.8$) (Bartko és Carpenter, 1976). A szakirodalmi adatokkal összhangban (Berman és mtsai, 2005; Sinadinovic és mtsai, 2010), a mérőeszközök időbeli stabilitása és belső konzisztenciája egyaránt kimutatásra került. A DUDIT-E D és P vonatkozásában a mért értékek meghaladták a csoportok közötti összehasonlítások elvégzéséhez szükséges mértéket (Cicchetti, 1994).

Magasabb DUDIT és DUDIT-E pontszámok voltak mérhetőek a klinikailag jelentős csoportokban, ami a kérdőívek érvényességét támasztja alá. Az elvégzett Pearson korrelációs elemzések a mérőeszközök megfelelő konvergens érvényességét támasztják alá. Az ROC vizsgálat jó prediktív érvényességre utal az AUC elemzés szenzitivitás és specificitás értékei alapján. Az azonosított 2,1-es küszöbérték alacsonyabb, mint a Berman és munkatársai (2005) által javasolt érték és a Voluse és munkatársai (2012) által javasolt 8 pontos értéknél. Ez a különbség a vizsgálati minta sajátosságaival magyarázható. Jelen kutatás során az elemzett vizsgálati személyek kevésbé súlyos szerhasználati problémákkal jellemezhetők, mint a korábbi svéd és amerikai minták személyei. A DUDIT feltárt két faktora a szerhasználati problémákkal (kontrollvesztett használat, dependencia, fizikai és pszichológiai problémák) és a szerhasználat intenzitásával feleltethetők meg. Ez a kétfaktoros struktúra világosan elkülöníti a szerhasználati problémákra vonatkozó tételeket a szerhasználat gyakoriságára vonatkozó tételektől. Ez az a különbségtétel plasztikusabb, mint a Berman és munkatársai által lakossági mintán feltárt 2 faktoros és klinikai mintán azonosított 3 faktoros megoldások (Berman és mtsai, 2005). Ez az eltérés a vizsgálati minták eltérő jellemzőivel magyarázható. Berman és munkatársai vizsgálata hospitalizált és börtönben fogvatartott drogfüggő személyek mintáin került lebonyolításra, míg jelen vizsgálatban csak az ambuláns kezelés alatt álló személyek csoportja tekinthető klinikai csoportnak.

A mérőeszközök alkalmazhatósága

Összességében az eredmények a DUDIT és a DUDIT-E kedvező pszichometriai mutatóit támasztják alá fiatal szerhasználó fiatalok heterogén csoportjaiban. Mindkét mérőeszköz pontossága, érvényessége és megbízhatósága megalapozottnak tekinthető ambuláns kezelés alatt álló személyek körében személyes felvételi eljárás esetén. A DUDIT és a DUDIT-E magyar változata biztonságosan alkalmazható a hazai klinikai gyakorlatban. Ez hozzájárul a magyar nyelven elérhető eszköztár bővüléséhez és elősegítheti a drogfüggő fiatalok kezelésbe vételét.

5.2.6 A vizsgálat korlátai

A vizsgálat legfőbb korlátját a külső validáló mérőeszközök hiánya jelenti a konkurens és diagnosztikus érvényesség vizsgálata során. Ennek megfelelően a küszöbértékek a vizsgálati csoporttagság (azaz ambuláns kezelés alatt állók és a kontrollcsoport között) alapján kerültek megállapításra, és nem diagnosztikus interjúk eredményei alapján. Az adatok érvényességének másik fontos korlátja az, hogy a vizsgálati mintában a nemi arányok a férfiak túlsúlyával jellemezhetők. Ezt kiküszöbölendő a nemek változója valamennyi elemzés során kovariánsként szerepelt. A probléma kezelése érdekében továbbá valamennyi elemzés során a vizsgálati csoporthoz korban és nemből illesztett kontrollcsoport eredményeit használtuk. Az externalizációs- és internalizációs problémákat a DUDIT-E két-két tételének segítségével mértük, melyek nem diagnosztikus célra lettek kidolgozva. Ezért a tételek által mért jellemzőket érdemes lenne a jövőben más pszichometrikus tünetbecslő skálával, vagy diagnosztikus interjú technikával lakossági- és célzott klinikai mintákon is vizsgálni.

5.3 A vizsgálat legfontosabb megállapításai

Jelen kutatás két nagymintás keresztmetszeti kutatási program eredményei alapján az externalizációs- és internalizációs tünetek összefüggéseit vizsgálta serdülők és fiatal felnőttek mintáin. Emellett fontos gyakorlati eredménye e kutatásoknak, hogy mindkét célcsoport számára komplex mérőeszközök nyelvi- és pszichometriai validálására is sor került. A vizsgálat során sikerült feltárni a dohányzás és az alkoholfogyasztás, valamint az illegális drogok összefüggéseit az externalizációs és internalizációs tünetekkel. Mindkét vizsgálat során feltárássra kerültek azok a szerhasználati formák, melyek kockázatot jelentenek a problémás szerhasználat és az azzal összefüggésben megjelenő

pszichiátriai problémák között. A kutatások során alkalmazott mérőeszközök alkalmasak voltak arra, hogy a szerhasználati és pszichopatológiai problémákat komplex módon feltárják. Mindkét vizsgálat fontos korlátja, hogy keresztmetszeti kutatási elrendezés került alkalmazásra, így az időbeli valamint az ok-okozati összefüggések pontos feltárása nem lehetett e kutatások feladata. A serdülőkorban és fiatal felnőtt korban feltárt összefüggések azonban felvetik egy hosszmetzeti elrendezésű kutatás jelenségét a témában. Emellett a jövőbeli kutatásoknak fontos feladat lehet, hogy az egyes pszichopatológiai tüneteken túl a teljes klinikai zavarokat is vizsgálja a szerhasználattal összefüggésben.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

6.1. A serdülők körében végzett vizsgálat következtetései

A kutatás eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy serdülőkor korai, 13-15 éves időszakára már – az arra érzékeny serdülőknél – kialakul egy olyan szerhasználati forma, ami az élet későbbi szakaszaiban problémás szerhasználathoz és azzal összefüggő pszichiátriai zavarok kialakulásához vezethet. Ennek megelőzése érdekében komplex, a szerhasználat mellett az azzal összefüggő externalizációs problémákra is összpontosító prevenciós program kidolgozására és implementálása lenne szükség, mely már 13 éves kor előtt kezdődne. A szakiskolákban a feltárt problémák teljes spektrumát célzó speciális intervenciós- és prevenciós programok kidolgozása lenne szükségszerű, mivel mind a súlyosabb szerhasználat mind pedig a pszichopatológiai tünetek ebben a csoportban jelentek meg a legnagyobb arányban.

6.1.1. Az együttes használattal összefüggő problémák kezelésére tett ajánlások

Az eredmények az excesszív alkoholfogyasztást és dohányzást célzó komplex prevenciós tevékenység fontosságára hívják fel a figyelmet. Ezt a tevékenységet már a kilencedik évfolyamot megelőző időszakban be kellene vezetni. Olyan több szempontú és rendszerszemléletű megközelítésű programok lehetnek sikeresek ebben, melyek a dohányzást, az alkoholfogyasztást valamint az agressziót, az iskolai terrorizálást és az érzelmi problémákat egyaránt figyelembe veszik (Lotrean és mtsai, 2009). Erre a serdülőkori dohányzás és ivás közötti kapcsolat reciprok természete miatt van szükség. A kombinált megközelítésű programok hatékonyságát már több kutatás is kimutatta (Wetzels és mtsai, 2003). Ezen kívül a prevenciós programoknak a kilencedik osztályos tanulók tanulmányi és alkalmazkodási nehézségeit is figyelembe kellene venniük az olyan maladaptív viselkedésformák kialakulásának és stabilizálódásának megelőzése érdekében, mint a szerhasználat vagy az agresszió.

Az eddigi eredmények, gyakorlatok bemutatása

Az alábbiakban két olyan potenciális modellprogram kerül bemutatásra, melyek kiindulási alapként szolgálhatnak az integrált, több szempontú prevenciós program kialakítása során. Annak ellenére, hogy mindkét bemutatott modellprogram az iskolai

terrorizálás és azzal kapcsolatos problémák visszaszorítását és megelőzését célozza, integrált szemléletmódjuk következtében alkalmasak arra, hogy a kutatás során feltárt komplex problémák megelőzése szempontjából is eredményesek legyenek.

Faustlos Program (Ököl nélkül Program)

A Faustlos („Ököl nélkül”) az óvodákban és általános iskolákban alkalmazott prevenciós program, melynek célja az agresszív, impulzív és bántalmazói viselkedési formák csökkentése és megelőzése, valamint a gyerekek társas kompetenciáinak fejlesztése. A program célcsoportját óvodás és általános iskolás, valamint középiskolás gyerekek képzik. A középiskolai program 6. osztályos vagy idősebb gyerekekkel alkalmazható. A program fejlődépszichológiai kutatások evidenciái alapján a gyerekek szociális-emocionális fejlődésének sajátosságaira épül. A program elméleti felfogása szerint a szociális-emocionális fejlődés során kialakuló deficitik vezetnek az agresszív magatartásformák kialakulásához. Ilyen deficitik figyelhetők meg például az empátiás készség, az impulzuskontroll, a problémamegoldás és az agressziókezelés területén. A program e deficitik korrekciójára illetve megelőzésére törekszik. A program három változata áll rendelkezésre: az egyik kifejezetten az óvodák számára, a másik az általános iskolák számára, a harmadik pedig a középiskolák számára került kifejlesztésre. A középiskolák számára kifejlesztett változat 2011 májusától lesz hozzáférhető az érdeklődők számára. Mind a három program az amerikai „Second Step” című korábbi prevenciós program alapján került kialakításra.

A program tananyaga olyan előkészített óravázlatokat tartalmaz az óvodapedagógusok valamint az iskolai tanárok számára, melyek könnyen integrálhatók az óvodák illetve az iskolák oktatási struktúrájába. A program a gyerekek életkorának és fejlődési jellegzetességeinek megfelelő proszociális ismereteket és készségeket közvetít. Az oktatás az empátia, az impulzuskontroll, valamint a düh és harag kezelésének területeire terjed ki.

Az empátiát a program megalkotói olyan képességek és készségek összességékként fogják fel, mely lehetővé teszi, hogy mások érzéseit megértsünk és tiszteletben tudjuk tartani. Az empátia közvetíthető, és gyakorolható, így az iskolai foglalkozások során is tanítható.

Az empátia képezi egyrészt a szociálisan kompetens viselkedés alapját, másrészt pedig az agresszió alkalmazásának elvetésében is fontos szerepet játszik.

A program az impulzuskontroll (problémamegoldás) területén két elemet tartalmaz: a személyközi kognitív problémamegoldó stratégiák fejlesztését, valamint a társas viselkedési készségek tréningjét. A problémamegoldó stratégiák fejlesztése olyan szisztematikus lépések alkalmazását közvetíti, melyek a különféle társas helyzetekben jól használhatók. A társas viselkedési készségek tréningje pedig olyan viselkedésformák kialakítását és begyakorlását közvetíti, mint például a bocsánatkérés vagy az együttműködés. Olyan módszerek kerülnek alkalmazásra, mint a brainstorming vagy a szerepjátékok. Ezek a módszerek a konstruktív problémamegoldásban fontos szerepet játszó kognitív struktúrákat fejlesztik, valamint a problémamegoldás konstruktív módszereit a gyerekek gondolkodási- és viselkedési repertoárjába integrálják.

A düh és a harag kezelésének keretében a program a harag kiváltó tényezőinek felismerésének és azonosításának technikáját ötvözi pozitív énerősítő technikák, valamint önnyugtató kognitív technikák alkalmazásával. A programelemek lényege, hogy a stressz csökkentő technikák alkalmazása révén a gyerekek megtanulják, hogy a dühüket és a haragjukat hogyan tudják konstruktív módon kezelni. E három terület oktatási egységei egymásra épülnek, és a tananyagban egyenlően vannak elosztva. Az általános iskolai tananyag 51 tanórát, az óvodai tananyag 28 tanórát, míg a középiskolai tananyag 31 tanórát tartalmaz. Az általános iskolai, valamint a középiskolai tananyag 3, illetve 4 éves időtartamra is elosztható, míg az óvodai tananyag 2 vagy 3 évre.

A Baden-Württemberg tartományi Kulturális Ifjúsági és Sportminisztérium által finanszírozott vizsgálat volt az első olyan tudományos kutatás, mely német nyelvterületen az általános iskolai agresszióellenes programok hatékonyságát mérte. A felmérést a Heidelbergi Egyetem Interdiszciplináris Pszichoszomatikus és Családterápiás részlege végezte. A kutatás során a program 14 általános iskola 30 osztályában került bevezetésre, a kontrollcsoportot 7 olyan iskola képezte, melyekben a programot nem vezették be. A hatékonyságvizsgálat kutatási designja hosszmetzeti kutatás volt, mely három évig tartott. A három év alatt összesen négy időpontban történt meg a gyerekek, a szülők, valamint a tanárok lekérdezése. A hosszmetzeti kutatás eredményei alapján azokban az

iskolákban, melyekben a program bevezetésre került a gyerekek lényegesen kevesebb társas feszültségről számoltak be, mint a kontrollcsoport iskoláiban. A programban résztvevő gyerekek empátikusabbak voltak, mint a kontrollcsoportba tartozó gyerekek, valamint felhagytak az agresszív viselkedésmódok problémamegoldó eszközként való alkalmazásával is. A program mintegy „mellékhatásaként” az osztályközösség, az iskolai klíma, valamint a gyerekek verbális kompetenciája is fejlődött.

A program eredményesen alkalmazható mind óvodások, mind általános, mind pedig középiskolás diákok esetén, mivel az egyes foglalkozások komplexitása és az általuk feldolgozott szituációk megfelelnek a gyerekek életkori sajátosságainak, így izgalmasak számukra. Az, hogy az egyes foglalkozásokat azok a pedagógusok tartják, akik a gyerekekkel amúgy is nap, mint nap dolgoznak, erősíti a program hatékonyságát és lehetővé teszi az egyes témák mély feldolgozását. A program által felkínált módszerek széles palettán helyezkednek el. A frontális, illetve kiscsoportos munka során elsajátított ismeretek szituációs illetve szerepjátékok során kerülnek elmélyítésre, mely élményszerűvé teszi az oktatási programot. A program hossza (3 vagy 4 év) miatt hatása és hatékonysága kiváló, a program során elért eredmények jó hatásfokkal rögzülnek. A programot Németország mellett Ausztriában és Svájcban is jó eredményekkel alkalmazzák, évről évre több és több iskolában kerül bevezetésre a program. Mindez a program költséghatékonyságát, az iskolai és óvodai tananyagokba való jó integrálhatóságát és alapos kidolgozottságát tükrözi. A program során elsajátítandó készségek és képességek erősíthetik a gyerekek rezilienciáját mind a szerhasználati problémákkal, mind pedig az externalizációs problémákkal szemben.

Olweus Bullying Prevention Program (Olweus Bullying Prevenció Program)

Jelenleg az egyik legjobbnak tekintett, legismertebb és legtöbbet kutatott bullying megelőző program az Olweus prevenció program. A programot Prof. Dr. Dan Olweus dolgozta 1993-ban a Bergeni egyetemen Norvégiában. Az OBPP mára a legszélesebb körben használt és legismertebb iskolai erőszakot megelőző eljárás. Norvégia mellett több európai országban (Norvégia, Svédország) és az Egyesült Államokban is sikeresen alkalmazták. Az Egyesült Államokban példaértékű modellprogramnak (úgynevezett blueprint programnak) választották.

Az Olweus Bullying Megelőző Program (OBPP) átfogó, az egész iskolai rendszert érintő többszintű és többkomponensű program, melynek célja az iskolai erőszak problémájának csökkentése és megelőzése, az antiszociális viselkedési megnyilvánulások visszaszorítása, valamint az iskola légkörének javítása.

A program célcsoportját általános- illetve középiskolai (5-15 éves) diákok, szülei és pedagógusai képezik.

A program fő terepe az iskola, ahol az iskola teljes személyzetének kulcsszerepe van a program sikeres lebonyolításában. A program hangsúlyozza a tanárok és a szülők aktív részvételét, valamint az elfogadhatatlan iskolai magatartások azonnali és határozott korlátozását. Az OBPP célcsoportja általános- és középiskolai, 5-15 éves diákok, azonban a program kisebb módosításokkal idősebb diákokkal is alkalmazható. Az iskola összes diákja részt vesz a program összes komponensében. A program négy szinten avatkozik be az iskolai bullying jelenségének visszaszorítása érdekében: iskolai-, osztály-, egyéni- és közösségi szinten. A program során az egyes komponensek egymást követő sorrendben valósulnak meg.

Az iskola személyzetének szóló tréningfoglalkozások

Az OBPP keretében kétféle tréningfoglalkozás is helyet kapott. Az első kétnapos intenzív tréninget a képzett Olweus tréner tartja a koordináló bizottság tagjainak. A foglalkozás előadásokból és gyakorlatokból áll. A tréning témái az iskolai zaklatás és áldozattá válás, a hatékony és nem hatékony beavatkozási stratégiák ismertetése, az Olweus programmal kapcsolatos nemzetközi kutatások bemutatása, a program egyes elemeinek részletes bemutatása és a program előkészítésének megtervezése. A második tréninget a koordináló bizottság tagjai tartják az iskola pedagógus és nem pedagógus dolgozóinak. Az egynapos tréning során a bizottság tagjai bemutatják a program egyes elemeit és az általuk fontosnak ítélt elméleti információkat.

Az iskolai bántalmazás és bullying jelenségének felmérése az iskolában az Olweus-féle Bullying/Viktimizációs Kérdőív (Olweus Bully/Victim Questionnaire (OBVQ)) segítségével
Az Olweus Iskolai Erőszak/Áldozattá Válás Kérdőív (OBVQ) egy 40 tételes mérőeszköz, mely az iskolai erőszak súlyosságának mérésére szolgál. A mérőeszközt Prof. Dan

Olweus dolgozta ki 1983-ban. A kérdőívet 1996-ban revideálták és kibővítették. Az OBVQ segítségével képet alkothatunk az iskolai erőszak súlyosságáról, a diákok erőszakkal kapcsolatos attitűdjeiről és az iskola hangulatáról is. A mérőeszköz felvételét a koordináló bizottság irányítja és ütemezi. Olweus ajánlása szerint a kérdőívet a program kezdete előtt és 6-8 héttel az iskolai félév kezdete után érdemes kitölteni a diákokkal. A kérdőív eredményei részletes információkkal szolgálnak az iskola hangulatáról és az iskolai erőszak jelenségének súlyosságáról, melyek a program egyes elemeinek tervezéséhez döntő fontosságúak.

Közös iskolai szabályok kidolgozása az iskolai erőszak ellen

Az erőszak visszaszorításának és a biztonságos iskolai környezet megteremtésének kritikus lépése az iskolai agresszió visszaszorítását célzó irányelvek kidolgozása. Az irányelvekben megfogalmazásra kerülnek azok az erőszak elleni szabályok és a szabályok be nem tartására vonatkozó következmények, melyek az iskola minden tagjára érvényesek lesznek. Az iskola személyzete és a diákok az iskolának tartandó programindító rendezvényen ismerkednek meg ezekkel a szabályokkal. A program által ajánlott négy szabály a következő: 1) Nem fogjuk bántalmazni egymást, 2) Megpróbálunk segíteni a bántalmazott diákoknak, 3) Meg fogjuk próbálni bevonni a kirekesztett diákokat 4) Ha a tudomásunkra jut, hogy valakit bántalmaztak, akkor azt elmondjuk egy felnőttnek az iskolában van otthon. A szabályokat az iskola valamennyi diákjának el kell fogadnia és be kell tartania.

Az iskola felügyeleti rendszerének áttekintése és finomítása

A koordináló bizottság fontos feladata azoknak a helyeknek az azonosítása, ahol az iskolai bántalmazás a leggyakrabban előfordul. Ennek jó módszere az OBVQ kérdőívek elemzése. Az azonosított iskolai helyszínek felügyeleti stratégiájának kidolgozása szintén a bizottság feladata. Az iskolai felügyelet része továbbá az iskolai erőszak követésére és jelentésére irányuló eljárások kidolgozása is.

A programindítás egy különleges esemény az iskola életében, mellyel hivatalosan is kezdetét veszi a program a diákok körében. A programindításra az után kerülhet sor, hogy

az iskola személyzete felkészült és a tervek és az irányelvek is készen állnak. A programindítás általában az Olweus programról szóló informális beszélgetésekből és közösségi programokból állnak.

Az Olweus program felfogása szerint a szülők kulcsszerepet játszanak a program sikerében. A program javaslatai szerint a szülők vegyenek részt a koordináló bizottság munkájában, valamint iskolai szintű szülői értekezleteken, illetve szervezzenek és vegyenek részt az egyes osztályok szülői értekezletein és beszéljenek gyerekeikkel az iskolai erőszakról otthon.

Csoportfoglalkozások tartása az osztályok tanulóinak

Olweus javaslata szerint hetente kerüljön sor olyan foglalkozásokra, ahol az osztály összes diákja jelen van. Az ülések hossza életkoronként változhat: 15-30 perces beszélgetések javasoltak alsó tagozatos általános iskolásoknak és 30-40 percesek felső tagozatos általános iskolásoknak és a középiskola alsó osztályaiba járó diákoknak. A foglalkozásoknak nincs kötelező tananyaga. Az első alkalommal célszerű az iskolai agresszióval és áldozattá válással foglalkozni, de a későbbiekben a foglalkozásoknak nem célja, hogy pusztán ezekkel a témákkal foglalkozzon. A program feltevései szerint a csoportfoglalkozások javítják a diákok közötti kommunikációt az osztályon belül, fejleszti a gyerekek önismeretét és az osztályközösséget, és teremt egy felületet, ahol meg lehet beszélni az egyes erőszakkal kapcsolatos konkrét helyzeteket és problémákat.

6.2. A fiatal felnőttek mintáján végzett kutatás klinikai implikációi

A fiatal felnőttek mintáján azonosított szerhasználati jellemzők a partizó fiatalok veszélyeztetettségére hívják fel a figyelmet. Körükben kiemelten fontos lenne olyan ártalomcsökkentő programokat alkalmazni, melyek a szerhasználattal összefüggő potenciális veszélyekre összpontosítanak, és felismerik a szerhasználattal összefüggő, klinikai súlyosságot elérő pszichopatológiai tüneteket. Ennek fontos szerepe lenne az öngyilkosság-megelőzésben is. A kezelési motiváció erősítése, a szerhasználattal összefüggő fizikai- és pszichológiai problémák háritásának feloldása is fontos célkitűzés kell, hogy legyen. Az elterelés alatt álló fiatalok körében a szorongás csökkentése, és a büntetőeljárás következtében kialakuló potenciálisan káros distressz csökkentése, és a

szerhasználattal összefüggő érzelmi problémák azonosítása is az elterelési program részét kellene, hogy képezze.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

A serdülőkor és a fiatal felnőttkor kitüntetett jelentőségű időszakok a szerhasználati problémák kialakulása szempontjából. A serdülőkor kritikus periódus jellegét bio-pszicho-szociális tényezők egymással szoros összefüggésben határozzák meg. Fiatal felnőtt korban e rizikótényezők mellé további tényezők is társulnak, melyek növelik a pszichoaktív szerek kipróbálásának, valamint a szerhasználati zavarok kialakulásának valószínűségét. Jelen kutatás célkitűzése a szerhasználattal összefüggő externalizációs- és internalizációs tünetek vizsgálata volt kilencedik osztályos serdülők és fiatal felnőttek mintáin. A 9. osztályába járó fiatalok körében budapesti állami fenntartású középiskolák 944 elemű reprezentatív mintája került vizsgálatra. A fiatal felnőttek körében a vizsgálati minta három almintából (ambuláns kezelés alatt álló drogfüggők, megelőző-felvilágosító programon résztvevő fiatalok, a problémás droghasználat szempontjából veszélyeztetett partizó fiatalok) és egyetemista kontroll-mintából állt. A serdülők körében az alkohol és a nikotin együttes fogyasztási prevalenciája 21,7% volt, mely közel azonos a szakirodalomban található korábban mért 19,8%-os és 22,6%-os prevalencia-értékekkel kilencedik osztályos serdülők mintáján. A jelenlegi ivás és dohányzás hatásai a fizikai agresszió esetén additíven jelentkeznek. Az iskolai agresszió kapcsán mind az áldozattá válás, mind pedig az agresszió elkövetése az alkoholfogyasztással mutatott erősebb összefüggést. Mindkét szer főhatása statisztikailag szignifikáns összefüggést mutatott az ADHD Skála összpontszámával. A dohányzás relatív fontossága az érzelmi problémák esetén is megjelenik. A fiatal felnőttek mintáján három különböző szerhasználati jellemző azonosítására került sor az egyes almintákon. A klinikai kezelés alatt álló drogfüggők körében sikerült egy addiktívabb, problematikusabb használati típust feltárni. A vizsgált pszichopatológiai tünetek és a kezelés iránti motiváció vonatkozásában jelentős nemi különbségek jelentek meg. Az opiátok, a kokain, az amfetaminok mind az externalizációs, mind pedig az internalizációs tünetekkel összefüggésben álltak. Az eredmények az inhaláns-használat potenciális veszélyeire és a partizó fiatalok addiktológiai és pszichiátriai problémák kialakulása szempontjából való veszélyeztetettségére hívják fel a figyelmet. A kutatások során alkalmazott mérőeszközök alkalmasak voltak arra, hogy a szerhasználati és pszichopatológiai problémákat komplex módon tárják fel.

8. SUMMARY

Adolescence and young adulthood are significant periods of one's life regarding the onset of problematic substance use. Bio-psycho-social factors are accountable for this heightened vulnerability in adolescence. In the period of young adulthood new risk factors are occurring, which are increasing the likelihood of the first use of illegal substances and of the development of substance use disorders. The aim of this present dissertation was to investigate the associations among externalizing- and internalizing symptoms and substance use in samples of ninth grader adolescents and in a sample of young adults. A representative school sample of 14-15 years old (attended to the 9th grade) adolescents (N=944) was used. Among young adults, the study sample comprised of three subsamples (outpatient treatment program participants; mandatory drug treatment program participants; young adults at risk of drug use) and we used a sample of university students as control sample. In the adolescent sample, the prevalence of the co-use of tobacco and alcohol was 21.7%, which is in line with the 19.8% and 22.6% prevalence rates documented previously in the literature. The effects of current alcohol drinking and current smoking occurred additively in association with physical aggression. Regarding school bullying, both bullying and victimization showed a stronger relationship with alcohol drinking. The main effects of both substances showed a statistically significant association with the scores of ADHD Scale. The relative importance of smoking occurred in case of emotional problems as well. In the sample of young adults, three distinct clusters of substance use were identified. The most problematic and dangerous substance use pattern was identified among outpatient treatment program participants. Regarding the investigated symptoms of psychopathology and motivation toward treatment, significant gender differences were identified. The use of opiates, cocaine and amphetamines were associated with both the investigated externalizing and internalizing symptoms. Our results point-out the potential dangers of inhalant use, and highlight the elevated risk for the development of substance use and of symptoms of psychopathology among young party-goers. All the applied psychometric instruments were suitable for investigating substance use problems and symptoms of psychopathology in a complex and efficient way.

9. IRODALOMJEGYZÉK

1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről (1978).

Abreu-Villaça, Y., Cavina, C. C., Ribeiro-Carvalho, A., Correa-Santos, M., Naiff, V. F., Filgueiras, C. C., és Manhães, A. C. (2013). Combined exposure to tobacco smoke and ethanol during adolescence leads to short- and long-term modulation of anxiety-like behavior. *Drug Alcohol Depend*, 133(1): 52-60.

Agaku, I. T., Ayo-Yusuf, O. A., Vardavas, C. I., és Connolly, G. (2014). Predictors and Patterns of Cigarette and Smokeless Tobacco Use Among Adolescents in 32 Countries, 2007–2011. *J Adolesc Health*, 54(1): 47-53.

Alikasifoglu, M., Erginoz, E., Ercan, O., Uysal, O., és Albayrak-Kaymak, D. (2007). Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *Eur J Pediatr*, 166(12): 1253-1260.

Ang, R. P. (2007). Factor structure of the 12-item aggression questionnaire: Further evidence from Asian adolescent samples. *J Adolesc*, 30(4): 671-685.

Anthony, J. C., és Echeagaray-Wagner, F. (2000). Epidemiologic analysis of alcohol and tobacco use. *Alcohol Res Health*, 24(4): 201-208.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., és Monteiro, M. G. AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Care, Second Edition: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001: 1-38.

Bacsikai, E., Czobor, P., és Gerevich, J. (2011). Gender differences in trait aggression in young adults with drug and alcohol dependence compared to the general population. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 35(5): 1333-1340.

Bakken, K., Landheim, A. S., és Vaglum, P. (2007). Axis I and II disorders as long-term predictors of mental distress: a six-year prospective follow-up of substance-dependent patients. *BMC Psychiatry*, 7(29): 1-12.

Balazs, J., és Keresztesy, A. (2014). Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23(6): 393-408.

- Bartko, J. J., és Carpenter, W. T. (1976). Methods and Theory of Reliability. *J Nerv Ment Dis*, 163(5): 307-317.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., és Schlyter, F. (2003). DUDIT -E (Drug Use Disorders Identification Test-E) Manual (Appendix 4). Stockholm: Karolinska Institutet, unpublished manuscript. pp. 1-15.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., és Schlyter, F. (2003). The Drug Use Disorders Identification Test - Manual (Vol. Unpublished Manuscript). Stockholm: Karolinska Institutet. pp. 1-20.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., és Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *Eur Addict Res*, 11(1): 22-31.
- Berman, A. H., Palmstierna, T., Kallmen, H., és Bergman, H. (2007). The self-report drug use disorders identification test-extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. *J Subst Abuse Treat*, 32(4): 357-369.
- Berman, A. H., Palmstierna, T., Schlyter, F., és Bergman, H. (2006). *Guidelines for Translation of the DUDIT into other languages*: Karolinska Institutet. pp. 1-3.
- Black, S. (2004). The Pivotal Year. *Am Sch Board J* (2): 42-44.
- Bohnert, A. S. B., Roeder, K., és Ilgen, M. A. (2010). Unintentional overdose and suicide among substance users: A review of overlap and risk factors. *Drug Alcohol Depend*, 110(3): 183-192.
- Boles, S. M., és Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggress Violent Behav*, 8(2): 155-174.
- Brinkman, W. B., Epstein, J. N., Auinger, P., Tamm, L., és Froehlich, T. E. (2015). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder with early tobacco and alcohol use. *Drug Alcohol Depend*, 147: 183-189.
- Brunt, T. M., Koeter, M. W., Hertoghs, N., van Noorden, M. S., és van den Brink, W. (2013). Sociodemographic and substance use characteristics of gamma hydroxybutyrate (GHB) dependent inpatients and associations with dependence severity. *Drug Alcohol Depend*, 131(3): 316-319.

- Burke, M. A., és Sass, T. R. Classroom Peer Effects and Student Achievement. National Center for Analysis of Longitudinal Data in Education Research, 2008: 1-12.
- Bushman, B. J., és Wells, G. L. (1998). Trait Aggressiveness and Hockey Penalties: Predicting Hot Tempers on the Ice. *J ApplPsychol*, 83(6): 969-974.
- Chan, Y.-F., Dennis, M. L., és Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*, 34(1): 14-24.
- Chang, Z., Lichtenstein, P., és Larsson, H. (2012). The Effects of Childhood ADHD Symptoms on Early-onset Substance Use: A Swedish Twin Study. *J Abnorm Child Psychol*, 40(3): 425-435.
- Chaveepojnkamjorn, W., és Pichainarong, N. (2011). Current drinking and health-risk behaviors among male high school students in central Thailand. *BMC Public Health*, 11(1): 233.
- Chun, J., és Chung, I. J. (2013). Gender Differences in Factors Influencing Smoking, Drinking, and Their Co-occurrence among Adolescents in South Korea. *Nicotine Tob Res*, 15(2): 542-551.
- Chung, I.-J., és Chun, J. (2010). Co-occurring Patterns of Smoking and Alcohol Consumption among Korean Adolescents. *Am J Addict*, 19(3): 252-256.
- Cicchetti, V. (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess*, 6: 284-290.
- Coombs, R. H. Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment: John Wiley & Sons, 2004: 80-160.
- Costa, F. M., Jessor, R., és Turbin, M. S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The role of psychosocial risk and protective factors. *J Stud Alcohol*, 60(4): 480-490.
- Creswelll, J. W. Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research. Boston, MA: Pearson Education, 2012: 80-300.
- Crews, F., He, J., és Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav*, 86(2): 189-199.

- Cruce, G., Nordstrom, L. G., és Ojehagen, A. (2007). Risky use and misuse of alcohol, drugs and cigarettes detected by screening questionnaires in a clinical psychosis unit. *Nord J Psychiatry*, 61(2): 92-99.
- Currie C., Gabhainn N.S., Godeau E., Roberts C., Smith R., Currie D. Picket W., Richter M., Morgan, A., Barnekow, V. *Health Policy for Children and Adolescents*, No. 5. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe. 2008:113-163.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan A., Currie, D., Looze, de M., Roberts, C., Samdal, O., Smith O.,R.,F., Barnekow, V. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2012:139-200.
- Czobor, P., Bácskai E, Oberg D, Haack J-M., és Gerevich, J. (2011). The European Adolescent Assessment Dialogue (EuroADAD): A Psychometric Evaluation. *Eur Addict Res*, 17(6): 302-315.
- Di Clemente C.C., és JO, P. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In Miller WR és N. Heather (Szerk), *Treating addictive behaviors (2nd ed) (Applied Clinical Psychology)*. New York: Plenum Press, 1998:3-24.
- Dolcini, M. M., Adler, N. E., Lee, P., és Bauman, K. E. (2003). An assessment of the validity of adolescent self-reported smoking using three biological indicators. *Nicotine Tob Res*, 5(4): 473-483.
- Doran, N., Luczak, S. E., Bekman, N., Koutsenok, I., és Brown, S. A. (2012). Adolescent Substance Use and Aggression: A Review. *Crim Justice Behav*, 39(6): 748-769.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T. M., Casswell, S., és Mackenbach, J. P. (2003). Occupational level of the father and alcohol consumption during adolescence; patterns and predictors. *J Epidemiol Community Health*, 57(9): 704-710.
- DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D., Power, T. J., Reid, R., Ikeda, M. J., és McGoey, K. E. (1998). Parent Ratings of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms: Factor Structure and Normative Data. *J Psychopathol Behav Assess*, 20(1), 83-102.

- Durbeej, N., Berman, A. H., Gumpert, C. H., Palmstierna, T., Kristiansson, M., és Alm, C. (2010). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Use Disorders Identification Test in a Swedish sample of suspected offenders with signs of mental health problems Results from the Mental Disorder, Substance Abuse and Crime study. *J Subst Abuse Treat*, 39(4): 364-377.
- Eberhard, S., Nordstrom, G., Hoglund, P., és Ojehagen, A. (2009). Secondary prevention of hazardous alcohol consumption in psychiatric out-patients: a randomised controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(12): 1013-1021.
- EMCDDA. 2012 National Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point - "Hungary". Lisbon,Portugal: Reitox National Focal Point. 2012: 1-55.
- EMCDDA. European Drug Report. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2015:10-100.
- Evren, C., Dalbudak, E., Evren, B., Can, Y., és Umut, G. (2014). The severity of attention deficit hyperactivity symptoms and its relationship with lifetime substance use and psychological variables among 10th grade students in Istanbul. *Compr Psychiatry*, 55(7): 1665-1670.
- Ewing, J. A. (1998). Screening for alcoholism using CAGE. Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener. *JAMA*, 280(22): 1904-1905.
- Faries, D. E., Yalcin, I., Harder, D., és Heiligenstein, J. H. (2001). Validation of the ADHD Rating Scale as a clinican administered and scored instrument. *J Atten Disord*, 5(2): 107-117.
- Fettes, D. L., és Aarons, G. A. (2011). Smoking Behavior of US Youths: A Comparison Between Child Welfare System and Community Populations. *Am J Public Health*, 101(12): 2342-2348.
- Figula E (2004). Bántalmazók és bántalmazottak az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*. (07-08):223-228.
- Fite, P. J., Colder, C. R., Lochman, J. E., és Wells, K. C. (2008). The relation between childhood proactive and reactive aggression and substance use initiation. *J Abnorm Child Psychol*, 36(2): 261-271.
- Fite, P. J., Raine, A., Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., és Pardini, D. A. (2009). Reactive And Proactive Aggression In Adolescent Males: Examining Differential

- Outcomes 10 Years Later in Early Adulthood. *Crim Justice Behav*, 37(2): 141-157.
- Fite, P. J., Schwartz, S., és Hendrickson, M. (2012). Childhood proactive and reactive aggression: Differential risk for substance use? *Aggress Violent Behav*, 17(3): 240-246.
- Fleming, L. C., és Jacobsen, K. H. (2010). Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health Promot Int*, 25(1): 73-84.
- Földes P., Lannert J. (2010). Erőszak az iskolában – Romló közérzet: ok vagy következmény? *Esély*, 2010/3: 48-65.
- Fuhr, D. C., és Gmel, G. (2011). What Is Alcohol per Capita Consumption of Adults Telling us about Drinking and Smoking among Adolescents? A Population-Based Study across 68 Countries. *Alcohol Alcohol*, 46(1):88-92.
- Gamez-Guadix, M., Orue, I., Smith, P. K., és Calvete, E. (2013). Longitudinal and Reciprocal Relations of Cyberbullying With Depression, Substance Use, and Problematic Internet Use Among Adolescents. *J Adolesc Health*, 53(4): 446-452.
- Ge, X., Conger, R. D., és Elder, G. H., Jr. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Dev Psychol*, 37(3), 404-417.
- Gerevich, J., Bácskai, E., és Czobor, P. (2007). The generalizability of the Buss–Perry Aggression Questionnaire. *Int J Methods Psychiatr Res*, 16(3), 124-136.
- Gerevich J., Bácskai E., és Rózsa S. (2006). A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatr Hung*, 21(1): 45-56.
- Goldner, E. M., Lusted, A., Roerecke, M., Rehm, J., és Fischer, B. (2014). Prevalence of Axis-1 psychiatric (with focus on depression and anxiety) disorder and symptomatology among non-medical prescription opioid users in substance use treatment: systematic review and meta-analyses. *Addict Behav*, 39(3): 520-531.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(11): 1337-1345.

- Grant, B. F. (1998). Age at smoking onset and its association with alcohol consumption and DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abus*, 10(1): 59-73.
- Griesler, P. C., Hu, M. C., Schaffran, C., és Kandel, D. B. (2011). Comorbid psychiatric disorders and nicotine dependence in adolescence. *Addiction*, 106(5): 1010-1020.
- Grucza, R. A., és Bierut, L. J. (2006). Cigarette smoking and the risk for alcohol use disorders among adolescent drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*, 30(12): 2046-2054.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Turrisi, R., és Johansson, M. (2005). Parental and school correlates of binge drinking among middle school students. *Am J Public Health*, 95(5): 894-899.
- Gundersen, O. H., Mordal, J., Berman, A. H., és Bramness, J. G. (2013). Evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Use Disorders Identification Test among Patients at a Norwegian Psychiatric Emergency Ward. *Eur Addict Res*, 19(5): 252-260.
- Halmi, R., és Németh, Á. Alkoholfogyasztási szokások. In Németh Á és K. A. (Szerk), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 2011a: 40-46.
- Halmi, R., és Németh, Á. Dohányzási szokások. In Németh Á. és A. Költő (Szerk), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*, Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 2011b: 35-39.
- Hayatbakhsh, M. R., McGee, T. R., Bor, W., Najman, J. M., Jamrozik, K., és Mamun, A. A. (2008). Child and adolescent externalizing behavior and cannabis use disorders in early adulthood: an Australian prospective birth cohort study. *Addict Behav*, 33(3): 422-438.
- Hedman, E., Andersson, G., Ljotsson, B., Andersson, E., Ruck, C., Mortberg, E., és Lindefors, N. (2011). Internet-Based Cognitive Behavior Therapy vs. Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Non-inferiority Trial. *Plos One*, 6(3): e18001.
- Helstrom, A., Bryan, A., Hutchison, K. E., Riggs, P. D., és Blechman, E. A. (2004). Tobacco and alcohol use as an explanation for the association between

- externalizing behavior and illicit drug use among delinquent adolescents. *Prev Sci*, 5(4): 267-277.
- Hendrickson, L. M., Guildford, M. J., és Tapper, A. R. (2013). Neuronal nicotinic acetylcholine receptors: common molecular substrates of nicotine and alcohol dependence. *Front Psychiatry*, 4: 29.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (Szerk). The 2011 ESPAD Report. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), 2011:63-170.
- Hildebrand, M. (2015). The Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A Review of Recent Research. *J Subst Abuse Treat*, 53: 52-59.
- Hillege, S., Das, J., és de Ruiter, C. (2010). The Youth Psychopathic traits Inventory: Psychometric properties and its relation to substance use and interpersonal style in a Dutch sample of non-referred adolescents, *J Adolesc*, 33(1): 83-91.
- Hipple, B., Lando, H., Klein, J., és Winickoff, J. (2011). Global teens and tobacco: a review of the globalization of the tobacco epidemic. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 41(8): 216-230.
- Hoaken, P. N., és Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addict Behav*, 28(9): 1533-1554.
- Hodgins, S., Cree, A., Khalid, F., Patel, K., Sainz-Fuentes, R., Shortt, M., Riaz, M. (2009). Do community mental health teams caring for severely mentally ill patients adjust treatments and services based on patients' antisocial or criminal behaviours? *Eur Psychiatry*, 24(6): 373-379.
- Hoxmark, E., Nivison, M., és Wynn, R. (2010). Predictors of mental distress among substance abusers receiving inpatient treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 5:15.
- Jackson, K. M., Sher, K. J., Cooper, M. L., és Wood, P. K. (2002). Adolescent alcohol and tobacco use: onset, persistence and trajectories of use across two samples. *Addiction*, 97(5): 517-531.

- Jackson, K. M., Sher, K. J., és Schulenberg, J. E. (2008). Conjoint Developmental Trajectories of Young Adult Substance Use. *Alcohol Clin Exp Res*, 32(5), 723-737.
- Johnson, C. C., Webber, L. S., Myers, L., Boris, N. W., és Berenson, G. S. (2009). Co-use of alcohol and tobacco among ninth-graders in Louisiana. *Prev Chronic Dis*, 6(3): A85.
- Johnston, L., O'Malley, P., Bachman, J., Miech, R., és Schulenberg, J. Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975–2014: Volume 2, College students and adults ages 19–55. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 2015:5-50.
- Kaiser, H. (1960). The application of electronic computers of factor analysis. *Educ Psychol Measurement*(20): 141-151.
- Kim, S. K., és Kim, N. S. (2013). The role of the pediatrician in youth violence prevention. *Korean J Pediatr*, 56(1): 1-7.
- Kokkevi, A., Richardson, C., Olszewski, D., Matias, J., Monshouwer, K., és Bjarnason, T. (2012). Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21(8): 443-450.
- Kushner, M. G., Menary, K. R., Maurer, E. W., és Thuras, P. (2012). Greater elevation in risk for nicotine dependence per pack of cigarettes smoked among those with an anxiety disorder. *J Stud Alcohol Drugs*, 73(6): 920-924.
- Kyriakides, L., Kaloyirou, C., és Lindsay, G. (2006). An analysis of the Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire using the Rasch measurement model. *Br J Educ Psychol*, 76(4), 781-801.
- Lambert, N. M., és Hartsough, C. S. (1998). Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *J Learn Disabil*, 31(6), 533-544.
- Langas, A. M., Malt, U. F., és Opjordsmoen, S. (2011). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area - a clinical study. *BMC Psychiatry*, 11.

- Latvala, A., Tuulio-Henriksson, A., Perala, J., Saarni, S. I., Aalto-Setälä, T., Aro, H., Suvisaari, J. (2009). Prevalence and correlates of alcohol and other substance use disorders in young adulthood: A population-based study. *BMC Psychiatry*, 9, 73.
- Lee, T., és Cornell, D. (2010). Concurrent Validity of the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *J Sch Violence*, 9(1): 56-73.
- Liao, Y., Huang, Z., Huh, J., Pentz, M. A., és Chou, C. P. (2013). Changes in friends' and parental influences on cigarette smoking from early through late adolescence. *J Adolesc Health*, 53(1): 132-138.
- Ljotsson, B., Falk, L., Vesterlund, A. W., Hedman, E., Lindfors, P., Ruck, C., Andersson, G. (2010). Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome - A randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 48(6): 531-539.
- Lotrean, L. M., Kremers, S., Ionut, C., és de Vries, H. (2009). Gender differences regarding the alcohol-tobacco relationship among Romanian adolescents--a longitudinal study. *Eur J Public Health*, 19(3): 285-289.
- Mason, M., Walker, L., Wine, L., Knoper, T., és Tercyak, K. (2007). Child and Adolescent Tobacco and Substance Use within the Context of ADHD: Implications for Prevention and Treatment. *J Clin Psychol Med Settings*, 14(3): 227-237.
- McPherson, T. L., és Hersch, R. K. (2000). Brief substance use screening instruments for primary care settings: a review. *J Subst Abuse Treat*, 18(2): 193-202.
- Mercado-Crespo, M. C., és Mbah, A. K. (2013). Race and ethnicity, substance use, and physical aggression among U.S. High school students. *J Interpers Violence*, 28(7): 1367-1384.
- Miczek, K. A., Fish, E. W., De Almeida, R. M., Faccidomo, S., és Debold, J. F. (2004). Role of alcohol consumption in escalation to violence. *Ann NY Acad Sci*, 1036: 278-289.
- Miller, J. W., Naimi, T. S., Brewer, R. D., és Jones, S. E. (2007). Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119(1): 76-85.

- Miotto, P., Pollini, B., Restaneo, A., Favaretto, G., és Preti, A. (2008). Aggressiveness, anger, and hostility in eating disorders. *Compr Psychiatry*, 49(4), 364-373.
- Molina, B. S., és Pelham, W. E., Jr. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol*, 112(3): 497-507.
- Moller, C. I., Tait, R. J., és Byrne, D. G. (2013). Deliberate self-harm, substance use, and negative affect in nonclinical samples: a systematic review. *Subst Abus*, 34(2): 188-207.
- Moore, S. E., Norman, R. E., Sly, P. D., Whitehouse, A. J. O., Zubrick, S. R., és Scott, J. (2014). Adolescent peer aggression and its association with mental health and substance use in an Australian cohort. *J Adolesc*, 37(1), 11-21.
- Muris, P., Meesters, C., és van der Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, (12): 1-8.
- Nesvag, R., Lange, E. H., Faerden, A., Barrett, E. A., Emilsson, B., Ringen, P. A., Agartz, I. (2010). The use of screening instruments for detecting alcohol and other drug use disorders in first-episode psychosis. *Psychiatry Res*, 177(1-2): 228-234.
- NIDA. Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide: National Institute on Drug Abuse. 2014: 3-20.
- Nunnally, J. C. *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill. 1978: 5-66.
- O'Neil, K. A., Conner, B. T., és Kendall, P. C. (2011). Internalizing disorders and substance use disorders in youth: comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention. *Clin Psychol Rev*, 31(1): 104-112.
- OAS. Alcohol Use and Delinquent Behaviors among Youths NSDUH Report. Rockville, MD: NSDUH Report. 2005:2-20.
- Oktatási Jogok Biztosának Hivatala (OJB). *Iskolai veszélyek - kutatási beszámoló*. Oktatási Jogok Biztosának Hivatala, Budapest, 2010: 18-40.
- Olweus, D. Personality and aggression. In J. K. Cole and D. D. Jensen (Szerk), *Nebraska symposium on motivation 1972*. Lincoln, Neb., University of Nebraska Press. 1972: 5-35.

- Olweus, D. *Bullying at school: what we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers. 1993: 5-50.
- Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *Eur J Psychol Educ*, 12(4): 495-510.
- Olweus, R. D. *Olweus Bullying Questionnaire - Standard School Report*. Center City: Hazelden. 2007: 1-25.
- Ongen, D. E. (2010). The Relationships Between Adaptive and Maladaptive Perfectionism and Aggression Among Turkish Adolescents. *Australian J Guidance Counsel*, 20(1): 99-108.
- Orpinas, P. *Measurement Manual: Aggression, Victimization és Social Skills Scales*. Georgia: University of Georgia, 2009:1-20.
- Orpinas, P., és Frankowski, R. (2001). The aggression scale: A self-report measure of aggressive behavior for young adolescents. *J Early Adolesc*, 21(1): 50-67.
- Ortin, A., Lake, A. M., Kleinman, M., és Gould, M. S. (2012). Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *J Affect Disord*, 143(1-3): 214-222.
- Palmer, R. H. C., Knopik, V. S., Rhee, S. H., Hopfer, C. J., Corley, R. C., Young, S. E., Hewitt, J. K. (2013). Prospective effects of adolescent indicators of behavioral disinhibition on DSM-IV alcohol, tobacco, and illicit drug dependence in young adulthood. *Addict Behav*, 38(9): 2415-2421.
- Picciotto, M. R., Brunzell, D. H., és Caldarone, B. J. (2002). Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. *Neuroreport*, 13(9): 1097-1106.
- Pitel, L., Geckova, A. M., van Dijk, J. P., és Reijneveld, S. A. (2010). Gender differences in adolescent health-related behaviour diminished between 1998 and 2006. *Public Health*, 124(9): 512-518.
- Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Atlanta GA. 2012:5-15.
- Rao, C. R., és Sinharay, S. *Handbook of Statistics - Psychometrics*. North-holland: Elsevier. 2006.

- Roberts, R. E., Roberts, C. R., és Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: evidence from an epidemiologic survey. *Drug Alcohol Depend*, 88 Suppl 1: S4-13.
- Roberts, S. J., Glod, C. A., Kim, R., és Houchell, J. (2010). Relationships between aggression, depression, and alcohol, tobacco: Implications for healthcare providers in student health. *J Am Assoc Nurse Pract*, 22(7): 369-375.
- Room, R. (2004). Smoking and drinking as complementary behaviours. *Biomed Pharmacother*, 58(2): 111-115.
- Rózsa, S. Mérőeszközök és mérési stratégiák az addiktológiában. In Zs. Demetrovics (Szerk.), *Az addiktológia alapjai II*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 2009:229-289.
- SAMSHA. Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Rockville, MD: Office of Applied Studies. 2005:5-55.
- SAMSHA. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014: 5-45.
- SAMSHA. Behavioral Health Barometer: United States, 2014. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Service Administration. 2015:5-20.
- Saraceno, L., Munafo, M., Heron, J., Craddock, N., és van den Bree, M. B. (2009). Genetic and non-genetic influences on the development of co-occurring alcohol problem use and internalizing symptomatology in adolescence: a review. *Addiction*, 104(7): 1100-1121.
- Schmid, B., Hohm, E., Blomeyer, D., Zimmermann, U. S., Schmidt, M. H., Esser, G., és Laucht, M. (2007). Concurrent alcohol and tobacco use during early adolescence characterizes a group at risk. *Alcohol Alcohol*, 42(3): 219-225.
- Sinadinovic, K., Berman, A. H., Hasson, D., és Wennberg, P. (2010). Internet-based assessment and self-monitoring of problematic alcohol and drug use. *Addict Behav*, 35(5): 464-470.
- Sinadinovic, K., Wennberg, P., és Berman, A. H. (2011). Population screening of risky alcohol and drug use via Internet and Interactive Voice Response (IVR): A

- feasibility and psychometric study in a random sample. *Drug Alcohol Depend*, 114(1): 55-60.
- Skara, S., Pokhrel, P., Weiner, M. D., Sun, P., Dent, C. W., és Sussman, S. (2008). Physical and relational aggression as predictors of drug use: gender differences among high school students. *Addict Behav*, 33(12): 1507-1515.
- Sletteng, R., Harnang, A. K., Hoxmark, E., Friberg, O., Aslaksen, P. M., és Wynn, R. (2011). A psychometric study of the Drug Use Disorders Identification Test-Extended in a Norwegian sample. *Psychol Rep*, 109(2): 663-674.
- Solberg, M. E., és Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggress Behav*, 29(3): 239-268.
- Solberg, M. E., Olweus, D., és Endresen, I. M. (2007). Bullies and victims at school: Are they the same pupils? *Br J Educ Psychol*, 77(2): 441-464.
- Stickley, A., Koyanagi, A., Kuposov, R., Razvodovsky, Y., és Ruchkin, V. (2013). Adolescent binge drinking and risky health behaviours: Findings from northern Russia. *Drug Alcohol Depend*, 133(3): 838-844.
- Sweetman, J., Raistrick, D., Mdege, N. D., és Crosby, H. (2013). A systematic review of substance misuse assessment packages. *Drug Alcohol Rev*, 32(4): 347-355.
- Székely A., Susánszky É., és Ádám, Sz. Kockázati magatartás. In: Székely, L. (Szerk.), *Magyar Ifjúság 2012 tanulmánykötet*. Budapest: Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó. 2013:179-210.
- Tabachnick, B., és Fidell, L. *Using multivariate statistics* (5th ed.). Northridge, CA: Harper Collins Publishers. 2007: 20-150.
- Tiet, Q. Q., Finney, J. W., és Moos, R. H. (2008). Screening psychiatric patients for illicit drug use disorders and problems. *Clin Psychol Rev*, 28(4): 578-591.
- Turi, E., Tóth, I., és Gervai, J. (2011). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatr Hung*, 26(6): 415-425.
- Vaughn, M. G., Fu, Q. A., Bender, K., DeLisi, M., Beaver, K. M., Perron, B. E., és Howard, M. O. (2010). Psychiatric Correlates of Bullying in the United States: Findings from a National Sample. *Psychiatric Quarterly*, 81(3): 183-195.

- Voluse, A. C., Gioia, C. J., Sobell, L. C., Dum, M., Sobell, M. B., és Simco, E. R. (2012). Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) With Substance Abusers in Outpatient and Residential Treatment. *Addict Behav*, 37(1): 36-41.
- Walther, B., Morgenstern, M., és Hanewinkel, R. (2012). Co-occurrence of addictive behaviours: personality factors related to substance use, gambling and computer gaming. *Eur Addict Res*, 18(4): 167-174.
- Weiss, J. W., Mouttapa, M., Cen, S., Johnson, C. A., és Unger, J. (2011). Longitudinal Effects of Hostility, Depression, and Bullying on Adolescent Smoking Initiation. *J Adolesc Health*, 48(6): 591-596.
- Wetzels, J. J., Kremers, S. P., Vitoria, P. D., és de Vries, H. (2003). The alcohol-tobacco relationship: a prospective study among adolescents in six European countries. *Addiction*, 98(12): 1755-1763.
- White, H. R., Fite, P., Pardini, D., Mun, E. Y., és Loeber, R. (2013). Moderators of the dynamic link between alcohol use and aggressive behavior among adolescent males. *J Abnorm Child Psychol*, 41(2): 211-222.
- WHO. Process of translation and adaptation of instruments. Retrieved 06.09., 2012, from www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Wienke Totura, C. M., Green, A. E., Karver, M. S., és Gesten, E. L. (2009). Multiple informants in the assessment of psychological, behavioral, and academic correlates of bullying and victimization in middle school. *J Adolesc*, 32(2): 193-211.
- Willem, L., Bijttebier, P., Claes, L., és Raes, F. (2011). Rumination subtypes in relation to problematic substance use in adolescence. *Pers Individ Dif*, 50(5): 695-699.
- Wu, L. T., Gersing, K., Burchett, B., Woody, G. E., és Blazer, D. G. (2011). Substance use disorders and comorbid Axis I and II psychiatric disorders among young psychiatric patients: findings from a large electronic health records database. *J Psychiatr Res*, 45(11): 1453-1462.
- Zihlerl, S., Cebasek Travnik, Z., Kores Plesnicar, B., Tomori, M., és Zalar, B. (2007). Trait aggression and hostility in recovered alcoholics. *Eur Addict Res*, 13(2): 89-93.

- Zhang, S., Faries, D. E., Vowles, M., és Michelson, D. (2005). ADHD Rating Scale IV: psychometric properties from a multinational study as a clinician-administered instrument. *Int J Methods Psychiatr Res*, 14(4), 186-201.
- Zsiros, E., és Örkényi, Á. Iskola, kortársbántalmazás. In Németh Á. és Költő A. (Szerk), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest, 2011: 103-111.

10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT KÖZLEMÉNYEK

Matuszka B., Bácskai E., Berman A. H., Czobor P., Sinadinovic K., Gerevich J. (2014). Psychometric Characteristics of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) and the Drug Use Disorders Identification Test-Extended (DUDIT-E) Among Young Drug Users in Hungary. *Journal of Behavioral Medicine*, 21 (3):547-55.

Matuszka B., Bácskai E., Czobor P., Egri T., Gerevich J. (2015). A dohányzás és az alkoholfogyasztás együttes előfordulásának összefüggései a figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar tüneteivel kilencedik osztályos tanulók körében. *Orvosi Hetilap*, 156 (43): 1750-1757.

Matuszka B., Bácskai E., Czobor P., Gerevich J. (2016). Physical Aggression and Concurrent Alcohol and Tobacco Use Among Adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction*. In press, 10 p. epub. DOI: 10.1007/s114469-015-9630-6

EGYÉB- NEM AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT KÖZLEMÉNYEK

Folyóiratcikkek:

Matuszka B., Gerevich J. (2009). A drogfüggőség és a pszichotikus tünetek komorbiditása. Egy többközpontú kutatás eredményei. *Psychiatria Hungarica*, 24(6): 414-427.

Gerevich J., Bácskai E., **Matuszka B.**, Czobor P. (2010). A SCID-I/NP kutatási változata szorongásos zavarok fejezetének magyarországi adaptációja. *Psychiatria Hungarica*, 25(5):394-396.

11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom mindazoknak, akik az elmúlt évek során mellettem álltak és kutatómunkám valamint az értekezés elkészítésében segítettek, biztattak. Szeretnék köszönetet mondani dr. Gerevich József Tanár Úrnak, aki egyetemi éveim és doktori tanulmányaim alatt mindvégig támogattott, és akinek értő és türelmes iránymutatása nélkül ez az értekezés nem készült volna el. Köszönettel tartozom dr. Bácskai Erikának és dr. Czobor Pálnak, akik doktori képzésem során mindvégig támogattak, és akiktől az elmúlt évek során rengeteget tanultam és nem csak a kutatói hivatásról. Köszönöm, hogy az Addiktológiai Kutató Intézet munkatársaként tölthettem doktoranduszi éveimet, és hogy ennyi érdekes és fontos kutatási programban vehettem részt. Köszönöm Egri Tímeának, hogy a serdülők mintáján végzett kutatás adatfelvételében a segítségemre volt. Köszönet illeti dr. Anne Bermant a DUDIT és DUDIT-E kérdőívek rendelkezésre bocsátásáért és validálásuk során végzett munkájáért. Külön köszönet illeti mindazokat a diákokat és fiatal felnőtteket, akik vállalták, hogy a kutatások során részt vesznek az adatfelvételben. Végül szeretnék köszönetet mondani feleségemnek, Matuszka-Szanter Juditnak, aki minden nehéz pillanatban támogattott doktori képzésem során és véget nem érő türelemmel és szeretettel segítette az értekezés elkészültét.

MELLÉKLETEK

A serdülők körében végzett vizsgálat kérdőíve

A kérdőív kitöltése önkéntes.

KÉRDŐÍV

Kedves Tanuló!

Szeretnénk, ha e kérdőív kitöltésével segítenél nekünk abban, hogy többet tudjunk meg a veled egykorú fiatalok életmódjáról, viselkedéséről és problémáiról.

Kérjük, segítsd a munkánkat azzal, hogy őszintén válaszolsz, nincsenek helyes vagy helytelen megoldások! Figyelmesen olvasd el a kérdéseket, a hozzájuk tartozó lehetséges válaszokat, és csak azután válaszolj! Ha valamelyik kérdést nem érted, nyugodtan kérdezd meg a jelenlévő felnőttől!

Válaszaidat név nélkül és bizalmasan kezeljük! Az iskolában senki nem nézheti meg a kitöltött kérdőíveket.

Együttműködésedet köszönjük!

1.

Kérjük, olvasd el az alábbi kijelentéseket. Döntsd el minden állítás esetén, hogy azzal mennyire értesz egyet, vagy sem. "1" azt jelenti, hogy egyáltalán nem értesz vele egyet, az "5" pedig azt, hogy nagyon egyet értesz vele. Kérjük, hogy az állítás mellett karikázd be az egyetértésed mértékének megfelelő számot.

Nagyon nem érték vele egyed 1	2	3	4	Nagyon egyed érték vele 5
--	---	---	---	------------------------------------

Egészében véve elégedett vagyok magammal.	1	2	3	4	5
Néha úgy érzem, egyáltalán nem vagyok jó.	1	2	3	4	5
Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van.	1	2	3	4	5
Képes vagyok ugyanúgy tenni a dolgokat, mint a legtöbb ember.	1	2	3	4	5
Úgy érzem, nincs sok okom a büszkeségre.	1	2	3	4	5
Néha haszontalannak érzem magam.	1	2	3	4	5
Úgy érzem, legalább olyan értékes személy vagyok, mint mások.	1	2	3	4	5
Azt kívánom, hogy nagyobb tekintélyem legyen.	1	2	3	4	5
Összességében hajlamos vagyok azt hinni, hogy egy csődtömeg vagyok.	1	2	3	4	5
Magammal szemben pozitív a beállítódásom.	1	2	3	4	5

2.

A kérdőívnek ebben a részében olyan állításokat találsz, amelyeket az emberek gyakran használnak saját véleményük, hangulatuk, viselkedésük vagy lelki állapotuk jellemzésére. Mindegyik állításhoz kétféle válaszlehetőség tartozik: "igaz" vagy "nem igaz". Kérjük, olvasd el figyelmesen valamennyi kijelentést, azután jelöld be azt a választ, amelyik meggyőződésed szerint jobban Rád illik.

	Igaz	Nem igaz
Ha valamit meg akarok szerezni magamnak, akkor azt többnyire azonnal akarom.		
Vásárláskor először alaposan körülnézek, mi az, ami kapható, mielőtt valamit kiválasztok.		
Szeretek hosszasan töprengeni, mielőtt valami mellett döntök.		
Sokszor csak úgy a „hasamra ütve” döntök.		
Ha bosszús vagyok, akkor ezt világosan ki is mutatom (hangosan szitkozódok, elrohanok, vagy valami ilyesmi).		
A legtöbb játékot gyorsan megunom.		
Szívesebben spórolok, minthogy azonnal elköltsem a pénzemem.		
Ha van pénzem, akkor azt azonnal el is költöm valamire.		
Szeretek gyors döntéseket hozni, mert nem szeretek várni.		
Ha valami bosszant, hamar mérges leszek.		
Ha valakinek vidám ötlete támad, én azonnal csatlakozom hozzá.		
Sokszor csak úgy kedvem támad valami újat kipróbálni vagy valami örütséget csinálni.		
Ha valami felkelti a kíváncsiságomat, akkor nem érdekelnek sem veszélyek, sem tilalmak.		
Igyekszem betartani a szabályokat.		

3.

Kérjük, olvasd el az alábbi kijelentéseket. Minden egyes állításnál dönts el, hogy az mennyire jellemző vagy nem jellemző Rád, majd karikázd be a kérdés mellett a válaszodnak megfelelő számot.

	Soha ritkán	Néha	Gyakran	Nagyon gyakran
Nem figyelek megfelelően a részletekre, vagy figyelmetlenségből hibákat csinálok az iskolai munkában.	0	1	2	3
Izgek-mozgok, kezemmel matatok, lábamat váltogatom, vagy fészkelődöm a széken.	0	1	2	3
Nehezen tudok koncentrálni a feladatra vagy a játéokra.	0	1	2	3
Elhagyom a helyem az osztályban, vagy más helyzetekben, amikor ülve kellene maradnom.	0	1	2	3
Úgy tűnik nem figyelek akkor sem, amikor közvetlenül hozzám beszélnek.	0	1	2	3
Rohangálok, ugrálok, vagy mászok olyan helyzetekben, amikor ülve kellene maradnom.	0	1	2	3
Nem követem az utasításokat és a feladatokat sem fejezem be.	0	1	2	3
Nem tudok csendben játszani vagy más szabadidős tevékenységben csendben részt venni.	0	1	2	3
Nehézségeim vannak a feladatok és a tevékenységek megszervezésében.	0	1	2	3
Állandóan mennék, olyan vagyok, mint, akit felhúztak.	0	1	2	3
Elkerülöm azokat a feladatokat és tevékenységeket (pl.: iskolában vagy otthon), amelyek tartós szellemi erőfeszítést igényelnek.	0	1	2	3
Össze-vissza beszélek.	0	1	2	3
Elveszitem a feladatokhoz vagy elfoglaltságokhoz szükséges dolgokat.	0	1	2	3
Rávágom a választ, még mielőtt a kérdező a kérdést befejezte volna.	0	1	2	3
Figyelmem könnyen elvonható.	0	1	2	3
Nem tudok várni a soromra.	0	1	2	3
Feledékeny vagyok a mindennapi tevékenységeim során.	0	1	2	3
Félbeszakítok vagy zavarok másokat.	0	1	2	3

4.

Kérjük, olvasd el az alábbi kijelentéseket. Döntsd el minden állítás esetén, hogy az mennyire jellemző vagy nem jellemző Rád. Kérjük, hogy az állítás jobb szélén lévő négyzetbe X-szel jelöld válaszod.

	egyáltalán nem jellemző rá	nem jellemző rá	jellemző is, meg nem is jellemző rá	jellemző rá	Nagyon jellemző rá
Ha erőszakot kell ahhoz alkalmaznom, hogy megvédjem a jogaimat, megteszem.					
Előfordult már, hogy olyan örültté váltam, hogy összetörtem dolgokat.					
Néha képtelen vagyok kontrollálni magam, hogy ne üssek meg egy másik embert.					
Előfordult már, hogy félelmet keltettem ismerőseimben.					
Ha kellően provokálnak, képes vagyok megütni másokat.					
Úgy vélem lenne olyan ok, ami miatt megütnék egy másik embert.					
Ha valaki megüt, visszaütök.					
Vannak emberek, akik addig provokálnak, amíg verekedésre nem kerül sor.					
Inkább megyek bele verekedésekbe, mint az átlagember.					

Kérjük, olvasd el figyelmesen a következő kérdéseket, és azután tegyél egy **X**-et azon válasz mellé, amivel egyetértesz.

5.

Mennyire szereted az iskolát?

- Nagyon nem szeretem
 Nem szeretem
 Szeretem is, meg nem is
 Szeretem
 Nagyon szeretem

6.

Hány jó barátod van az osztályban?

- Egy sincs
 Egy
 Kettő vagy három
 Négy vagy öt
 Hat vagy annál több

Most olyan esetekről kérdezzük, amikor más diákok **TÉGED bántalmaztak az ELMÚLT HÁROM HÓNAPBAN.**

A bántalmazás alatt azt értjük, amikor

- egy diákról undok vagy bántó dolgokat mondanak, vagy kicsúfolják, vagy undok, vagy bántó gúnyneven nevezik,
- teljesen mellőzik, vagy kiközösítik őt, vagy szándékosan kihagyják különböző dolgokból,
- megütik, megrúgják, meglökik, erőszakoskodnak vele, vagy bezárják,
- hazugságokat, pletykákat terjesztenek róla, vagy undok üzeneteket küldenek neki és megpróbálják elérni, hogy mások ne kedveljék őt,
- vagy ehhez hasonló más undok vagy bántó dolgot tesznek.

Amikor bántalmazásról beszélünk, akkor ezek a dolgok újra meg újra/ismétlődően megtörténnek, és a diák nehezen tudja megvédeni magát a bántalmazástól.

Nem bántalmazás az, amikor a szekálás barátságos vagy játékos formában történik, illetve az sem, amikor két azonos erejű diák vitázik, vagy verekszik egymással.

7.

Milyen gyakran bántalmaztak az iskolában az elmúlt három hónapban?

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

Bántalmaztak az iskolában **AZ ELMÚLT HÁROM HÓNAPBAN** az alábbi módon?
Kérjük, válaszolj minden kérdésre.

8.

Gúnyneveken szólítottak, kicsúfoltak, vagy undokul, vagy bántóan kötekedtek velem.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

9.

Más diákok szándékosan kihagytak dolgokból, kizártak a baráti körükből vagy teljesen mellőztek.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

10.

Megütöttek, megrúgtak, meglöktek, erőszakoskodtak velem, vagy bezártak.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

11.

Más diákok hazugságokat mondtak vagy pletykákat terjesztettek rólam, és megpróbálták elérni, hogy mások ne kedveljenek engem.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

12.

Pénzt vagy más dolgokat vettek el tőlem, vagy megrongálták azokat.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

13.

Megfenyegettek vagy kényszerítettek olyan dolgok megtételére, amiket nem akartam megtenni.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

14.

Kicsúfoltak vagy gúnyos megjegyzéseket tettek faji hovatartozásom vagy bőrszínem miatt.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

15.

Szexuális tartalmú kifejezésekkel, megjegyzésekkel vagy mozdulatokkal csúfoltak ki.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

16.

Undok vagy bántó üzeneteket, telefonokat, képeket vagy más dolgokat kaptam mobiltelefonon vagy interneten keresztül. Ha mindez **barátságos** vagy **játékos** formában történik, az **nem bántalmazás**.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

Ha előfordult, lent folytatd
azzal, hogy milyen módon.
Jelöld **X**-et!

- Csak mobiltelefonon,
hogyan.....
- Csak interneten,
hogyan.....
- Mindkét módon,
hogyan.....

17.

Más módon bántalmaztak.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

Kérjük, írd le, hogyan.

18.

hónapban

Melyik osztályokba jártak a téged bántalmazó diákok?

- Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt három
- Saját osztályomba
- Saját évfolyamom másik osztályába
- Felsőbb évfolyamba
- Alsóbb évfolyamokba
- Különböző évfolyamokba

19.

hónapban

Fiúk vagy lányok bántalmaztak téged?

- Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt három
- Főleg egy lány
- Több lány
- Főleg egy fiú
- Több fiú
- Fiúk is és lányok is

20.

hónapban

Általában hány diák bántalmazott téged?

- Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt három
- Főleg egy diák
- Két-három diákból álló csoport
- Négy-kilenc diákból álló csoport
- Több mint kilenc diákból álló csoport
- Több különböző diák vagy különböző diákcsoportok

21.

három hónapban

Milyen sokáig tartott a bántalmazás?

- Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt

- Egy vagy két hétig
- Körülbelül egy hónapig
- Körülbelül hat hónapig
- Körülbelül egy évig
- Több éve tart

22.

Hol bántalmaztak téged?

- Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt három hónapban
- Bántalmaztak egy vagy több helyen az alábbiak közül az elmúlt három hónapban

Ha bántalmaztak, lent
folytasd azzal, hogy hol.
Jelöld **X**-et!

- iskolaudvaron/sportpályán a szünetekben
- a folyosón vagy lépcsőházban
- az osztályteremben, amikor a tanár bent volt
- az osztályteremben, amikor a tanár **nem** volt bent
- a mosdóban
- a tornateremben vagy az öltözőben/zuhanyzóban
- az ebédlőben
- az iskolába menet vagy onnan jövet
- ha van, az iskolabusz megállójában
- ha van, az iskolabuszon
- máshol az iskolában,
ebben az esetben kérjük, írd le, hogy hol:

23.

Mondtad valakinek, hogy az elmúlt három hónapban bántalmaztak?

bántalmaztak

Az elmúlt három hónapban nem

Bántalmaztak, de senkinek sem mondtam el

Bántalmaztak és elmondtam valakinek

Ha elmondtad, lent
folytasd azzal, hogy
kinek. Jelölj X-et!

az osztályfőnöknek

egy másik felnőttnek az iskolában (másik tanárnak,
igazgatónak, védőnőnek, gondnoknak,
iskolapszichológusnak, mentálhigiénés
szakembernek, stb.)

szüleidnek

a testvére(i)dnek

a barátodnak/barátaidnak

valaki másnak,
ebben az esetben kérjük, írd le, hogy kinek:

24.

Milyen gyakran próbálták az iskolában a tanárok vagy más felnőttek megállítani egy diák bántalmazását?

- Majdnem soha
- Egyszer-kétszer
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

25.

Milyen gyakran próbálták más diákok megállítani egy diák bántalmazását?

- Majdnem soha
- Egyszer-kétszer
- Néha
- Gyakran
- Majdnem mindig

26.

Az elmúlt három hónapban a családból bármelyik felnőtt kapcsolatba lépett az iskolával, hogy megállítsa a bántalmazásod?

három hónapban

- Nem bántalmaztak az iskolában az elmúlt
- Nem
- Igen, egyszer
- Igen, többször

27.

Amikor az iskolában egy korodbeli diák bántalmazásának vagy a szemtanúja, mit érzel vagy gondolsz?

- Valószínűleg megérdemli
- Nem sok mindent érzek
- Egy kicsit sajnálom őt
- Egy kicsit sajnálom őt, és segíteni akarok neki

Most olyan esetekről kérdezzük, amikor **TE BÁNTALMAZTÁL** más diákat az **ELMÚLT HÁROM HÓNAPBAN**.

28.

Milyen gyakran vettél részt más diákok bántalmazásában az elmúlt három hónapban?

- Egyszer sem
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

BÁNTALMAZTÁL más diákat az iskolában **AZ ELMÚLT HÁROM HÓNAPBAN** egy vagy többféleképpen az alábbi módok közül? Kérjük, válaszolj minden kérdésre.

29.

Gúnyneveken szólítottam, kicsúfoltam, vagy undokul, vagy bántóan kötekedtem más diákokkal.

- Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

30.

Szándékosan kihagytam valakit dolgokból, kizártam a baráti körömből vagy teljesen mellőztem.

- Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

31.

Megütöttem, megrúgtam, meglöktem, erőszakoskodtam vagy bezártam valakit.

- Nem történt ilyen

- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

32.

Más diákokról hazugságokat mondtam vagy pletykákat terjesztettem, és megpróbáltam elérni, hogy mások ne kedveljék őket.

- Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

33.

Más diákoktól pénzt vagy más dolgokat vettem el vagy rongáltam meg.

- Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

34.

Más diákokat megfenyegettem vagy kényszerítettem olyan dolgok megételére, amiket nem akartak megenni.

- Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

35.

Más diákokat kicsúfoltam vagy gúnyos megjegyzéseket tettem faji hovatartozásuk vagy bőrszínük miatt.

- Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor

36.

- Hetente egyszer
- Hetente többször

Más diákokat szexuális tartalmú kifejezésekkel, megjegyzésekkel vagy mozdulatokkal csúfoltam.

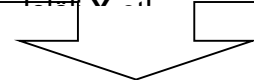
- Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

37.

Undok vagy bántó üzeneteket, telefonokat, képeket vagy más dolgokat küldtem mobiltelefonon vagy interneten keresztül más diákoknak. Ha mindez barátságos vagy játékos formában történt, az nem bántalmazás.

- Nem bántalmaztak/ Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

Ha előfordult, lent
folytasd azzal, hogy
milyen módon.



- Csak mobiltelefonon,
hogyan.....
- Csak interneten,
hogyan.....
- Mindkét módon,
hogyan.....

38.

Más módon bántalmaztam diákokat.

- Nem történt ilyen
- Egyszer vagy kétszer
- Havonta kétszer vagy háromszor
- Hetente egyszer
- Hetente többször

Kérjük, írd le, hogyan.

39.

Beszélt veled az osztályfőnököd vagy más tanár az elmúlt három hónapban, az iskolában általad elkövetett bántalmazásokról?

három hónapban

- Nem bántalmaztam más diákokat az elmúlt három hónapban
- Nem beszéltek velem erről
- Igen, egyszer beszéltek velem erről
- Igen, többször is beszéltek velem erről

40.

Beszélt veled a családotd bármely felnőtt tagja az elmúlt három hónapban, az iskolában általad elkövetett bántalmazásokról?

három hónapban

- Nem bántalmaztam más diákokat az elmúlt három hónapban
- Nem beszéltek velem erről
- Igen, egyszer beszéltek velem erről
- Igen, többször is beszéltek velem erről

41.

Úgy gondolod, hogy tudnál csatlakozni olyan diák bántalmazásához, akit nem szeretsz.

- Igen
 Igen, talán
 Nem tudom
 Nem, nem hiszem
 Nem
 Határozottan nem

42.

Általában hogyan reagálsz, amikor látod, vagy úgy gondolod, hogy egy korodbeli diákot bántalmaznak más diákok.

- Soha nem vettem észre, hogy korombeli diákot bántalmaztak
 Részt veszek a bántalmazásában
 Semmit sem teszek, de úgy vélem a bántalmazás helyes
 Csak nézem, hogy mi folyik
 Semmit sem teszek, de úgy gondolom, hogy illene/kellene segítenem a bántalmazott diáknak
 Megpróbálok segíteni a diáknak így vagy úgy

43.

Milyen gyakran félsz attól, hogy más diákok bántalmaznak az iskolában?

- Soha
 Ritkán
 Néha
 Elég gyakran
 Gyakran
 Nagyon gyakran

44.

Összességében hogy gondolod tanáraid, osztályfőnököd mennyire szálltak szembe a bántalmazással az elmúlt három hónapban?

- Kicsit vagy egyáltalán nem
 Elég kicsit
 Némileg
 Elég jól
 Nagyon

45.

Mindegyik állítás esetében arra kérünk, jelöld meg, mennyire igaz Rád. Kérjük, hogy válaszaid az **ELMÚLT HAT HÓNAPRA** vonatkozóan add meg.

	Nem igaz	Valamennyire igaz	Határozottan igaz
Próbálok kedves lenni másokhoz. Törődöm az érzéseikkel.			
Sokszor fáj a fejem, a hasam vagy hányingerem van.			
Általában megosztom másokkal (ételen, játékon, tollakon, stb.)			
Nagyon mérges tudok lenni és gyakran dühbe gurulok.			
Többnyire egyedül vagyok. Általában elvonulok, egyedül játszom.			
Rendszerint azt teszem, amit mondanak.			
Sokat aggódom.			
Segítek, ha valakit bántottak, feldúlt vagy beteg.			
Állandóan izgek-mozgok, fészkelődöm.			
Van egy vagy több jó barátom.			
Sokszor verekszem. Másokra tudom kényszeríteni az akaratomat.			
Gyakran boldogtalan, lehangolt vagyok vagy sírok.			
Kortársaim általában kedvelnek.			
Könnyen elterelődik a figyelmem, nehezemre esik koncentrálni.			
Új helyzetekben feszült vagyok, könnyen bizonytalanná válok.			
Kisebb gyerekekhez kedves vagyok.			
Gyakran hazugsággal vagy csalással vádolnak.			
A többi gyerek vagy fiatal gyakran fenyeget, belém köt.			
Sokszor segítek önként is (szülőknek, tanároknak, gyerekeknek).			
Végiggondolom a dolgokat, mielőtt cselekedni kezdek.			

	Nem igaz	Valamennyire igaz	Határozottan igaz
Elveszem mások holmiját otthon, az iskolában vagy máshol.			
Jobban kijövök a felnőttekkel, mint a korombeliekkel.			
Sok mindentől félek, könnyen megijedek.			
Befejezem a munkát, amit csinálok. Kitartó a figyelmem.			

Kérjük, lapozz tovább!

46.

Ismételtél valaha osztályt?

- Igen
 Nem

47.

Szándékodban állt-e valaha abbahagyni az iskolát viselkedési problémáid miatt.

- Igen
 Nem

48.

Milyen volt az iskolai eredményed az utolsó évben?

- átlag feletti
 átlagos
 átlag alatti

49.

A következő iskolai problémák közül melyik illik rád jelenleg? Jelölj **X**-et!

- bukás az iskolában
 rendszeres iskolakerülés
 untat az iskola
 az órák túl nehezek
 nem vagyok motivált a jó iskolai teljesítményre
 az iskolát nem élvezem
 problémák a tanárokkal
 az iskola vezetése által történő fegyelmezés, elküldés
 olvasási nehézségek
 a betegség felhasználása az iskolából való hiányzásra
 túlzott korlátozás érzése az iskolában
 óra alatti bomlasztó viselkedés
 házi feladat elmulasztása

50.

Ha valamilyen problémád adódik van olyan barátod, akivel tudsz erről beszélni?

Igen

Nem

51.

A legjobb barátaid közül előfordult, hogy.

az alkohol vagy drogfogyasztása miatt problémája volt a rendőrséggel.

valamilyen bűntény elkövetése miatt problémája volt a rendőrséggel.

kicsapták az iskolából, vagy tervezték, hogy kicsapják.

az iskolában olyan dolgokat követett el, amelyek bajba sodorták.

Kérjük, lapozz tovább!

52.

Kérjük, válaszolj a következő kérdésekre úgy, hogy közben arra gondolsz, hogy az elmúlt **7 NAPBAN** ténylegesen mit csináltál! Minden egyes kérdésnél karikázd be, hogy hány alkalommal volt jellemző Rád az adott viselkedés az elmúlt **7 nap** során!

Az elmúlt 7 NAP során	1-szer sem	1-szer	2-szer	3-szor	4-szer	5-ször	6-szor vagy többször
Hányszor kötekedett veled egy osztálytársad?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor lökött meg, taszított rajtad, vagy ütött meg egy osztálytársad?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor csúfolt ki egy osztálytársad?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor mondták azt az osztálytársaid, hogy meg fognak verni?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor közöstittek ki szándékosan az osztálytársaid?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor találtak ki rólad dolgokat az osztálytársaid azért, hogy a többi diák ne kedveljen?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor kötekedtél egy osztálytársaddal?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor löktél, taszítottál, vagy ütöttél meg egy osztálytársadat?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor csúfoltál ki egy osztálytársadat?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor mondtad egy osztálytársadnak, hogy megütöd?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor közöstitted ki szándékosan egy osztálytársad?	0	1	2	3	4	5	6+
Hányszor találtál ki dolgokat más osztálytársaidról azért, hogy ne kedveljék?	0	1	2	3	4	5	6+

53.

Most az elmúlt **30 NAPRA** gondolj vissza!

Az elmúlt 30 NAP során hányszor történt az OSZTÁLYODBAN:	Soha	Egyszer, kétszer	Hetente egyszer	Hetente többször
Kedveset mondott nekem vagy tett egy diák velem.				
Egy diák megköszönt nekem valamit, vagy azt mondta nekem, hogy "szívesen".				
Egy diák segített nekem.				
Egy diák olyat mondott vagy tett, amitől jól éreztem magam.				
Egy diák meghívott engem, hogy részt vegyek játékban, csoportos beszélgetésben, vagy valamilyen közös tevékenységben.				
Egy diák dicséretet (kedves szót) mondott nekem.				
Egy diák felajánlotta a segítségét.				
Egy diák megosztott velem valamit.				
Egy diák barátságosan viselkedett velem.				
Egy diák érdeklődést mutatott az ötleteim vagy tevékenységeim iránt.				

Az elmúlt 30 NAP során hányszor történt az OSZTÁLYODBAN:	Soha	Egyszer, kétszer	Hetente egyszer	Hetente többször
Kedves dolgot mondtam vagy tettem egy osztálytársamnak.				
Megköszöntem valamit, vagy azt mondtam, hogy "szívesen" egy osztálytársamnak.				
Segítettem egy osztálytársamnak.				
Olyat mondtam vagy tettem, amitől egy osztálytársam jól érezte magát.				
Meghívtam egy osztálytársam, hogy vegyen részt játékban, csoportos beszélgetésben, vagy valamilyen közös tevékenységben.				
Egy dicséretet (kedves szót) mondtam egy osztálytársamnak.				
Felajánlottam segítségemet egy osztálytársamnak.				
Megosztottam valamimet egy osztálytársammal.				
Barátságosan viselkedtem egy osztálytársammal.				
Érdeklődést mutattam egy osztálytársam ötletei vagy tevékenységei iránt.				

54.

A verekedéssel kapcsolatban a **SZÜLEID EMLÍTETTÉK-e**, hogy....

	Igen	Nem
Ha valaki megüt, üsd vissza.	I	N
Ha valaki kicsúfol, üsd meg.	I	N
Ha valaki kicsúfol, csúfold vissza.	I	N
Ha valaki kicsúfol, ne vegyél róla tudomást.	I	N
Ha valaki kihív egy verekedésre, először te üss.	I	N
Ha valaki kihív egy verekedésre, akkor próbáld kidumálni magad.	I	N
Gondold át a problémát, nyugodj meg, és aztán beszélj meg a barátoddal.	I	N
Ha egy másik diák arra kér, hogy verekedj, akkor szólj egy tanárnak vagy egy nálad idősebbnek.	I	N
Ha egy problémát nem tudsz megoldani megbeszéléssel, akkor a legjobb, ha verekedéssel intézed el.	I	N
Történjék bármi is, a verekedés nem megoldás; van más útja a problémák megoldásának.	I	N

55.

Mit gondolsz, milyen a jelenlegi egészségi állapotod?

- nagyon jó
- jó
- kielégítő
- rossz

56.

Milyen gyakran iszol alkoholt?

- naponta
- hetente többször
- hetente egyszer-kétszer
- havonta többször
- havonta egyszer-kétszer
- ritkábban
- soha nem iszom

57.

Hányszor rúgtál be életedben?

.....

58.

Milyen gyakran dohányzol?

- naponta
- hetente többször
- hetente egyszer-kétszer
- havonta többször
- havonta egyszer-kétszer
- ritkábban
- soha nem dohányzom

59.

Iskolán kívül szabad időben hány órát fordítasz

	Egy átlagos hétköznap (óra)	Hétfégen (óra)
iskolai feladatokra (tanulásra, házi feladatra, külön órára)		
TV-, DVD nézésre, videó- és internetes játékokra		
Sportra		

60.

Mikor születted?

Hónap	Nap	Év

61.

Milyen nemű vagy?

- fiú
 lány

62.

Szüleid jelenleg együtt élnek?

- igen
 nem, sohasem éltek együtt
 nem, külön élnek, elváltak

66.

Talán ismered a mesét, hogy az öreg halász egy aranyhalat fog ki a tóból. A kis állatról azonban kiderül, hogy beszélni tud, sőt teljesíti a halász három kívánságát is, ha az visszaadja a szabadságát. Hasonlót kérünk tőled is: mi lenne a három leghőbb kívánságod?

Közreműködésedet nagyon köszönjük!


©ADKI,2009

A fiatal felnőttek mintáján alkalmazott kérdőív


Id. nr.

DUDIT Drug Use Disorders Identification Test

Kérjük, hogy az Önre érvényes választ jelölje meg az egyes kérdéseknél.

	<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő	Életkor <input type="text"/>				
1. Milyen gyakran használ Ön drogot az alkoholon kívül?	Soha <input type="checkbox"/>	Havonta egyszer vagy ritkábban <input type="checkbox"/>	Havonta 2-4 alkalommal <input type="checkbox"/>	Hetente 2-3 alkalommal <input type="checkbox"/>	Heti 4 alkalommal vagy gyakrabban <input type="checkbox"/>	
2. Egy alkalommal használ-e Ön egymél többféle drogot?	Soha <input type="checkbox"/>	Havonta egyszer vagy ritkábban <input type="checkbox"/>	Havonta 2-4 alkalommal <input type="checkbox"/>	Hetente 2-3 alkalommal <input type="checkbox"/>	Heti 4 alkalommal vagy gyakrabban <input type="checkbox"/>	
3. Egy tipikus napon, amikor Ön drogot fogyaszt, hányszor használja a szereket?		0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 vagy több <input type="checkbox"/>
4. Milyen gyakran áll Ön drogok súlyos befolyasoltsága alatt?	Soha <input type="checkbox"/>	Ritkábban, mint havonta <input type="checkbox"/>	Minden hónapban <input type="checkbox"/>	Minden héten <input type="checkbox"/>	Naponta, vagy majdnem minden nap <input type="checkbox"/>	
5. Az elmúlt év során érezte-e a drogok iránti vágyódását olyan erősnek, hogy nem tudott ellenállni a használatuknak?	Soha <input type="checkbox"/>	Ritkábban, mint havonta <input type="checkbox"/>	Minden hónapban <input type="checkbox"/>	Minden héten <input type="checkbox"/>	Naponta, vagy majdnem minden nap <input type="checkbox"/>	
6. Az elmúlt év során előfordult-e, hogy nem volt képes abbahagyni a drogfogyasztást?	Soha <input type="checkbox"/>	Ritkábban, mint havonta <input type="checkbox"/>	Minden hónapban <input type="checkbox"/>	Minden héten <input type="checkbox"/>	Naponta, vagy majdnem minden nap <input type="checkbox"/>	
7. Az elmúlt év során milyen gyakran fordult elő, hogy drogfogyasztást követően elhanyagolt valamit, amit meg kellett volna tennie?	Soha <input type="checkbox"/>	Ritkábban, mint havonta <input type="checkbox"/>	Minden hónapban <input type="checkbox"/>	Minden héten <input type="checkbox"/>	Naponta, vagy majdnem minden nap <input type="checkbox"/>	
8. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő Önrel, hogy egy súlyos drogfogyasztás után másnap reggel is drogot kellett fogyasztania?	Soha <input type="checkbox"/>	Ritkábban, mint havonta <input type="checkbox"/>	Minden hónapban <input type="checkbox"/>	Minden héten <input type="checkbox"/>	Naponta, vagy majdnem minden nap <input type="checkbox"/>	
9. Az elmúlt évben milyen gyakran érzett Ön büntudatot vagy lelkifurdalást drog használata miatt?	Soha <input type="checkbox"/>	Ritkábban, mint havonta <input type="checkbox"/>	Minden hónapban <input type="checkbox"/>	Minden héten <input type="checkbox"/>	Naponta, vagy majdnem minden nap <input type="checkbox"/>	
10. Valaha megsérült-e Ön vagy valaki más lelkileg vagy fizikailag az Ön drogfogyasztása miatt?	Nem <input type="checkbox"/>	Igen, de nem az elmúlt évben <input type="checkbox"/>	Igen, az elmúlt év folyamán <input type="checkbox"/>			
11. Aggódott-e már rokon, barát, orvos nővér vagy bárki más az Ön drogfogyasztása miatt, vagy mondta-e azt, hogy fel kellene hagynia a drogok fogyasztásával?	Nem <input type="checkbox"/>	Igen, de nem az elmúlt évben <input type="checkbox"/>	Igen, az elmúlt év folyamán <input type="checkbox"/>			

Audiobud Inauguratió Transzlektó © Adattisztítási Kísérleti Irányítók, 2011, adit@onk.hu

© 2002 Anne H. Bertram, Hans Bergman, Tori Palmström & Inara Schibye
Közvetítés: Stockholm, Sweden. Correspondence: anne.h.bertram@ki.seA drogok listájának megtekintéséhez fordítsa meg a papírt 

Drogok Listája

(Megjegyzés! Nincs alkohol!)

Kannabisz	Amfetaminok	Kokain	Opiátok	Hallucinogének	Szervec oldószerek/ Inhalánsok	GHB és egyéb
Marihuána	Metamfetamin	Crack	Inhalált heroin	Ecstasy	Hígító	GHB
Hasis	Phenmetraline	Szabad	Heroin	LSD (Lizergsav)	Triklóretilén	Anabolikus szteroidok
Hasis olaj	Khat	bázisú	Opium	Mesztalin	Gázolaj/benzin	Névetigéző
	Betel dió	kokain		Peyote	Gáz	(Halotán)
	Ritalin (metilfenidát)	Kokalevel		PCP, angyalpor (Phencyclidin)	Oldószer	Amil-nitrát
				Psilocybin (gomba)	Ragasztó	Antikolinerg hatású vegyületek
				DMT (Dimethyltryptamine)		Kafi

TABLETTÁK-GYÓGYSZEREK

A tabletták akkor számítanak drogoknak, ha az alábbiak szerint használja:

- ha az orvosa által előírtól többször vagy gyakrabban szedi;
- ha azért szedi, hogy szórakozzon, jól érezze magát, feldobódjon, vagy csak kíváncsi arra, hogy milyen hatással vannak Önre;
- ha rokonaitól vagy barátaitól kapott tablettákat szed;
- ha a „feketepleacon” vásárolt vagy lopott tablettákat szed.

Nyugtatók/Altatók

Andaxin	Imovane	Somnol
Anxiron	Librium	Sonata
Atarax	Medazepam	Spitomin
Clonazepam-	Midazolam	Stesolid
Tarchomin	Pidezol	Stilnox
Diazepam	Rivotril	Trioxazin
Dormicum	Rudotel	Xanax
Elenium	Rusedal	Zolep
Eunoctin	Sanval	Zolpidem
Frisium	Seduxen	Zopigen
Grandaxin	Sevenal	
Frontin	Sevenaletta	
Helex	Sevenogen	
Heminevrin		
Hypnogen		

Fájdalomcsillapítók

Adamon	Jumista	Palladone
Algoflex	Kalmopyrin	Panadol
Algopyrin	Keplat	Paramax
Aspirin	Matrifen	Profenid
Cataflam	M-Eslon	Ralgen
Coderetta N	Metadon	Rubophen
Coderit N	Mexalen	Sedaton
Contramal	Miralgin	Sevredol
Diclofenac	Morphinum	Suboxone
Didac	Hydrochloricum	Suppositorium
Dolforin	MST Continus	analgeticum forte
Durogesic	Myoflexin	Talvosilen Forte
Efferalgan	Neodolpasse	Tramadol
Fentanyl	Oxycontin	Tramadol
	Paracetamol	Tramalgie

A tabletták NEM számítanak drogoknak, amennyiben orvosa által kerültek felírásra és Ön az orvosa által előírt adagolás szerint szedi őket.

Id. nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DUDIT-E

Drug Use Disorders Identification Test—Extended


 Férfi Nő

Életkor

--	--

Adatbázis: Magyarán Transzlikon © Akadémiai Kiadó (Máté, 2011), adat@korkor.hu

Milyen gyakran használja Ön a következő szereket? (Lásd a DUDIT droglistáját.)	Soha	Egy vagy több alkalommal próbáltam	Havonta egyszer vagy ritkábban	Havonta 2-4 alkalommal	Hetente 2-3 alkalommal	Hetente négyszer vagy többször	Jelölje be az alábbi négyzetet, amelyben választása vagy csak megjelölt az összes alábbi négyzet!
Kannabisz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetaminok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiátok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogének	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oldószeres és egyéb drogok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB és egyéb drogok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletták (altatók/nyugtatók)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletták (fájdalomcsillapítók)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dohány (pipareta, szivar, pipadohány, turdó)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© 2000 Anne H. Barrett, Hans Berger, Tom Palamara & Frans Schellekens. Kérdőív: 1998, 2000. Correspondence: anne.h.barrett@uwa.edu.au

Melyek a drogfogyasztás pozitívumai az Ön számára?	Egyáltalán nem	Egy kicsit	Válag-mennyire	Nagyon	Teljesen
1. Jobb alvás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Csökkenti a feszültséget és relaxál.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Boldoggá válni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Erősebbé válni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Normálisan érezni magam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kreatívvá válni (jobbak a gondolatok, művészi tevékenységek folytatása).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aktívvá válni (takarítás, mosogatás, autómosás, stb.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mindenkit és az egész világot szeretni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nagyobb önbizalom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Csökkent fájdalom érzés a hátamban, nyakamban, fejemben, stb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Annak az érzése, hogy minden jól fog alakulni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A drogok nélküli élet unalmas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kontrollálni tudom a szorongást, a haragot vagy a depressziót.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Drogok segítségével társasági tudok lenni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Drogokkal úgy érzem, hogy a csoport része vagyok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Jobb a kapcsolatom másokkal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Többet hozok ki az életemből.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fordítsa meg a lapot a másik oldal kitöltéséhez



Melyek a drogfogyasztás negatívumai az Ön számára?	Soha	Ritkábban, mint havonta egyszer	Minden hónapban	Minden hétben	Naponta, vagy majdnem naponta
1. Az elmúlt évben problémáim adódtak a munkahelyemen, az iskolában vagy otthon a drogok miatt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Az elmúlt évben orvosi, vagy kórházi segítségért folyamodtam vagy egészségi problémáim adódtak (pl. memóriazavar vagy hepatitis) a drogok miatt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Az elmúlt évben veszélyes helyzetekben vettem részt vagy erőszakosan viselkedtem drogok hatására.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Az elmúlt évben problémáim voltak a rendőrséggel a drogok miatt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Egyáltalán nem	Egy kicsit	Vá- laszolts	Nagyon	Teljesen
5. Szorongás érzése.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Öngyilkossági gondolatok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mások társaságának a kerülése.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fejfájás vagy hányinger kialakulása.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Rosszabb kapcsolat a barátokkal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Koncentrációs nehézségek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Csökkent nemi vágy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pénzügyi összeomlás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Passzívvá válni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Romló egészségi állapot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Figyelmetlenné válni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A családi élet összeomlása.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mindent nagy káosznak látni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mi a véleménye a következőkről?	Egyáltalán nem	Ritkán	Teljesen
1. Élvezi a drogok fogyasztását?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fáradtnak érzi-e magát a drogok használatától?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aggódott a droghasználata miatt az elmúlt évben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Készen áll arra, hogy változtasson drogfogyasztásán?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Úgy gondolja, hogy szakemberi segítségre van szüksége droghasználata megváltoztatásához?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Úgy véli, hogy megkaphatja a megfelelő szakemberi segítséget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Úgy véli, hogy a szakemberi kezelés segíthet Önnek droghasználatában?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Úgy gondolja, fontos változtatni drogfogyasztásán?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Úgy véli, hogy nehéz lesz változtatni droghasználatán?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Megváltoztatta-e már droghasználatát, és olyan módszereket keres, melyek segítenek elkerülni a visszaesést?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>