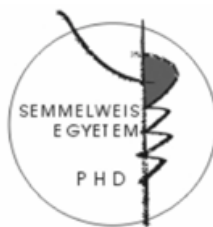


# Gyermekpszichiátriai kórképek vizsgálata: Az életminőség és az ADHD vizsgálata

Doktori tézisek

**dr. Dallos Gyöngyvér**

Semmelweis Egyetem  
Mentális egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Balázs Judit Ágnes Ph.D., egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Purebl György Ph.D., egyetemi adjunktus  
Dr. Osváth Péter Ph.D., egyetemi docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Bereczki Dániel Ph.D., egyetemi tanár

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Stauder Adrienne Ph.D., egyetemi docens  
Dr. Géczy Anna Ph.D., egyetemi docens

Budapest  
2015

## **1. Bevezetés**

### ***1.1. Életminőség***

A mentális betegek életminőségének mérése az utóbbi másfél évtizedben vált hangsúlyossá, bár betegek funkcionális státuszának megítélése már korábban is fontos volt, hisz a diagnózis felállításához a klasszifikációs rendszerek szerint szükséges a működésbeli romlás. Az életminőség azonban ennél tágabb fogalom.

Az életminőség definíciói magában foglalják a szomatikus, a szociális és a pszichológiai területeket. Meghatározásánál előtérbe kerülnek szubjektív elemei, azonban a szakirodalomban leírják, hogy szükséges egy „külső, objektív” véleményező is az életminőség megítéléséhez. Gyermekek életminőségének vizsgálata során fokozottan merül fel, hogy nem támaszkodhatunk kizárólag a gyermekek szubjektív ítéletére, egy külső véleményező is szükséges, aki legtöbbször a szülő. Érdekes kérdés, hogy a gyermekek és a szülőknek a gyermek életminőségére vonatkozó megítélése mennyire egyezik meg.

### ***1.2. Figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD)***

A gyermek-, illetve serdülőkorban megjelenő pszichés zavarok közül az egyik leggyakoribb az ADHD, mely 30-60%-ban felnőttkorban is folytatódik. Tünetei érintik a mozgékonyt, a figyelmeteljesítményt és az impulzivitást is. Az ADHD igen gyakran társul egyéb kórformákkal, melyek mind a diagnosztikai, mind a terápiás folyamatban kiemelt jelentőséggel bírnak. Az életkor előrehaladtával nő a komorbid kórképek száma.

### ***1.3. ADHD és életminőség***

Az ADHD tüneteiből adódóan számos probléma jelentkezik a mindennapokban: az iskolai teljesítményre, a szülőkkel és a társasakkal való kapcsolatra is hatással vannak. Mindez a gyermeki fejlődés számos területét érinti, így hatása van az életminőség alakulására.

Korábbi vizsgálatok ellentmondásos eredményekről számolnak be a nem és az életkor szerepéről az ADHD-s gyermekek életminőségére.

### ***1.4. Betegségek kategoriális – dimenzionális szemlélete, küszöb alatti ADHD***

A klasszifikációs rendszerek kategoriális elven alapulva meghatározzák, mikor állítható fel egy kórkép, így pl. az ADHD diagnózisa. Azonban az utóbbi évtizedben a pszichiátriában előtérbe került a betegségek dimenzionális szemlélete. A küszöb alatti kórképek - melyek szintén kategoriális elven alapulnak, de nem merítik ki a klasszifikációs rendszerek kritériumait - egy áthidaló megoldást nyújtanak a kategoriális és a dimenzionális elméletek között. Számos vizsgálat felhívja a figyelmet, hogy már a küszöb alatti kórképek is funkciókárosító hatással bírnak. Bár kevésbé vizsgált terület, mégis a küszöb alatti ADHD az utóbbi években egyre több figyelmet kap.

## 2. Célkitűzés

Doktori munkám célkitűzése volt az életminőség és a pszichiátriai zavarok dimenzionális megközelítésének objektív módon történő vizsgálata klinikai populáción.

Munkám első fázisában a következő kérdéseket vizsgáltam olyan gyermekeknél, akik elsőször kerültek pszichiátriai ellátórendszerbe:

1. Hozzájárul-e a főbb pszichiátriai zavarok tüneteinek a diagnosztikus küszöb alatti megjelenése ahhoz, hogy egy gyermek, aki nem meríti ki egy pszichiátriai zavar diagnosztikai kritériumait sem, ellátórendszerbe kerüljön? Ha igen, mely zavarok tünetei növelik annak valószínűségét, hogy egy gyermek, aki nem meríti ki egy pszichiátriai zavar diagnosztikai kritériumait sem, ellátórendszerbe kerüljön?
2. Hozzájárul-e, és ha igen, milyen mértékben, az életminőség romlása ahhoz, hogy egy gyermek, aki nem meríti ki egy pszichiátriai zavar diagnosztikai kritériumait sem, ellátórendszerbe kerüljön?

Első vizsgálatunk eredményei alapján azt láttuk, hogy mind az ADHD tüneteinek küszöb alatti jelenléte, mind a csökkent életminőség olyan tényező, amely hozzájárulhat ahhoz, hogy egy gyermek, akinél nem teljesülnek egy pszichiátriai zavar diagnosztikai kritériumai, mégis pszichiátriai ellátásba kerüljön (Izd. később). Ennek alapján felmerült az a kérdés, hogy az ADHD milyen kapcsolatban van az életminőséggel, valamint mely faktorok befolyásolják ezt az összefüggést. Ezen kívül ahhoz a gyakran

megjelenő vitához szerettünk volna további empirikus adatokkal hozzájárulni, amely arra irányul, hogy vajon a gyermek vagy egy külső megfigyelő, esetünkben a szülő-e a leginkább megfelelő információforrás a gyermek életminőségének felmérésekor.

Doktori munkám második fázisában céloom a következő kérdéseket vizsgálta volt olyan ADHD diagnózisú gyermekek/serdülők csoportján, akik elsősor kerültek pszichiátriai ellátórendszerbe:

1. Milyen összefüggést találunk az ADHD és az életminőség között? Ezt az összefüggést hogyan befolyásolják a következő faktorok mind kategorikus, mind dimenzionális megközelítésben: kor, nem, ADHD típusa, komorbid zavarok,
2. A fenti faktoroknak milyen hatása van a szülő, és a gyermek által megítélt életminőségre?

### **3. Módszerek**

#### ***3.1. Minta***

A vizsgálatokat az Emberi Erőforrás Minisztérium Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság engedélyével végeztük. A Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián 2006.09.04.-2007.11.30. között minden első alkalommal kivizsgálásra kerülő gyermeket megkíséreltünk a vizsgálat klinikai csoportjába bevonni. A kontroll csoport tagjai a helyi, normál populációból kerültek ki kényelmi mintavétellel.

A vizsgálatba való bekerülés felső korhatára 18 év, alsó korhatára nem volt. Kizárási kritérium volt, ha az anamnézisben mentális

retardáció szerepelt. Kontrollcsoport esetében további bevételi kritériumnak számított, hogy a gyermek ne álljon pszichiátriai, pszichológiai kezelés alatt.

### **3.2. Eszközök**

A pszichiátriai diagnózisokat (klasszifikációs rendszereknek megfelelő és küszöb alatti) a *Gyermek Mini International Neuropsychiatric Interview (Gyermek M.I.N.I.)* kérdőív hazai, adaptált változatával mértük fel. A Gyermek M.I.N.I. egy rövid, strukturált, átfogó diagnosztikus kérdőív.

Az életminőséget az *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)* gyermek/serdülő és szülői változatának felvételével mértük, mely egy hazánkban is validált, általános gyermek életminőséget mérő kérdőív.

A gyermekekről a szülők/gondviselők egy a vizsgálatra összeállított *demográfiai adatlapot* (nem, kor, perinatális anamnézis, iskolatípus, testvérek, szülők kora, iskolai végzettsége, foglalkozása, együtt élnek-e, családi anamnézis) is kitöltöttek.

### **3.3. Statisztikai módszerek**

Leíró statisztikát, valamint a vizsgálati csoportok összehasonlításánál  $\chi^2$ -próbát, t-próbákat, Mann-Whitney tesztet és Kruskal–Wallis tesztet használtunk. Ezen kívül Spearman-féle korrelációs együtthatóval vizsgáltuk a kétváltozós összefüggéseket.

Az első vizsgálatban logisztikus regresszió elemzést alkalmaztunk forward stepwise selection módszerrel arra, hogy felmérjük a Gyermek M.I.N.I. szerinti tünetszám hatását arra, hogy egy olyan gyermek/serdülő, akinél nem állítható fel a Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis, a klinikai csoportba kerüljön. A második vizsgálatban hierarchikus többszörös regressziós analízissel (hierarchical multiple regression analyses, MRA) mértük az összefüggést a az életminőség mutatói, demográfia, az ADHD jellemzői és a Gyermek M.I.N.I. által felmért komorbid pszichopatológiák között.

Az adatokat az IBM SPSS Statistics 20 (SPSS, 2011) programmal elemeztük. Szignifikánsnak a 0,5  $\alpha$ -szintet fogadtuk el. Többszörös összehasonlítás esetén Bonferroni korrekciót alkalmaztunk.

## **4. Eredmények**

### **4.1. Minta**

A klinikai csoportban 418 gyermek (átlagéletkor=10,82 év, SD=3,81), a kontroll csoportban 48 gyermek (átlagéletkor=10,38 év, SD=3,77) vett részt a vizsgálatban. A klinikai csoportban 294 (70,3%) fiú és 124 (29,7%) lány volt, míg a kontroll csoportban 19 (39,6%) fiú és 29 (60,4%) lány volt. A nemek tekintetében szignifikáns különbséget találtunk a klinikai és a kontroll csoport között ( $\chi^2=18,46$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ), korban nem volt különbség a két csoport között ( $t=-0,76$ ,  $df=464$ ,  $p=0,447$ ).

A második vizsgálat a 418 gyermekből azokra a gyermekekre fókuszált, akinél a Gyermek M.I.N.I. felállította az ADHD

diagnózisát (N=211), hiányzó adatok miatt kizárás után 178 (84,3%) szülő gyermek diádot vontunk be az elemzésbe, 148 fiú volt (83,1%), az átlagéletkor 9,33 év (SD=3,30). A fiúk szignifikánsan fiatalabbak voltak, mint a lányok ( $M_{\text{fiú}}=8,90$ ,  $SD_{\text{fiúk}}=3,10$ ,  $M_{\text{lányok}}=11,43$ ,  $SD_{\text{lányok}}=3,47$ ,  $t=3,998$ ,  $df=176$ ,  $p<0,001$ ).

#### **4.2. Első vizsgálat**

A kivizsgálásra került gyermekek között 61 olyan gyermek volt, akinél a Gyermek M.I.N.I. alapján nem volt felállítható diagnózis. Ebben az alcsoportban 19 lány és 42 fiú (átlagéletkor=10,77, SD=3,85) volt, míg azok között a gyermekek között, akiknél Gyermek M.I.N.I. alapján egy vagy több diagnózis is fennállt 105 lány és 252 fiú (átlagéletkor=10,82, SD=3,81) volt. A különbségeket vizsgálva a három csoport (a továbbiakban: Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli gyermekek, Gyermek M.I.N.I. szerint egy vagy több diagnózist kapott gyermekek, kontroll csoport) között nem találtunk különbséget az életkor tekintetében (Kruskal-Wallis teszt:  $H(2, N=466) = 0,627$   $p=0,731$ ), de jelentős a nemek közötti különbség ( $\chi^2=28621,0$ ,  $df=465$ ,  $p<0,001$ ).

A kivizsgálásra került gyermekeknél szignifikánsan több tünet volt jelen, mint a kontroll csoportban ( $M=42,77$ ,  $SD=22,01$  és  $M=18,69$ ,  $SD=16,57$ , illetve  $t= -9,182$ ,  $df=464$ ,  $p<0,001$ ).

A kivizsgálásra került és Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózist kapott gyermekeknek szignifikánsan több tünete volt a kontroll csoport gyermekeihez képest ( $z=8,755$ ,  $p<0,001$ ), valamint azokhoz a gyermekekhez képest is, akik kivizsgálásra kerültek, de Gyermek



M.I.N.I. szerint diagnózis nem volt felállítható ( $z=9,697$ ,  $p<0,001$ ). Azonban nem találtunk különbséget a kontroll csoport és a felvételre került, de Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózist nem kapott gyermekek között ( $z=0,012$ ,  $p=1,000$ ).

Összehasonlítva a felvételre került csoportot és a kontroll csoportot, azok a gyermekek, akik pszichiátriai kivizsgálásra kerültek, szignifikánsan nagyobb károsodást mutattak az életminőség területén, mint a kontroll csoport gyermekei ( $M=16,14$ ,  $SD=4,46$  és  $M=12,85$ ,  $SD=3,43$ , illetve,  $t=-5,887$ ,  $df=385$ ,  $p<0,001$ ). A három vizsgálati csoportban szignifikáns különbséget találtunk az önbevalláson alapuló életminőség tekintetében ( $H(2, N=394)=27,126$ ,  $p<0,001$ ). Pontosabban, a kontroll csoport szignifikánsan kevésbé károsodott életminőséget mutatott, mint a felvételre került és Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli ( $z=2,457$ ,  $p=0,042$ ), valamint a felvételre került és Gyermek M.I.N.I. alapján egy vagy több diagnózist kapott gyermekek csoportjai ( $z=5,129$ ,  $p<0,001$ ). A felvételre került gyermekek két alcsoportja nem mutatott szignifikáns különbséget az életminőség károsodása tekintetében ( $z=1,410$ ,  $p=0,479$ ).

A Gyermek M.I.N.I. összes diagnosztikus csoportjában megjelenő tünetek számának az adott személy csoporttagságára (vagyis 1, felvételre került és Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli vagy 2, kontroll) gyakorolt hatásának többváltozós elemzésében a modellünk azt jósolta, hogy a fiúk nagyobb valószínűséggel kerülnek felvételre, mint a lányok, miközben az életkor nem volt szignifikáns

hatással a csoporttagságra. Miután más változókra kontrolláltuk a modellt, az eredmények azt mutatták, hogy minden egyes ADHD tünet 16%-kal növelte annak esélyét, hogy a gyermek kórházi felvételre került, míg a szociális fóbia minden egyes tünete 1,0-ról 0,535-re csökkentette ugyanennek az esélyét.

#### **4.2. Második vizsgálat**

A nemi különbségek vizsgálata: a fiúk szignifikánsan jobbra értékelték életminőségüket, mint a lányok ( $M_{\text{fiúk}}=19,38$ ;  $SD_{\text{fiúk}}=4,88$ ;  $M_{\text{lányok}}=25,03$ ;  $SD_{\text{lányok}}=6,55$ ;  $t=4,476$ ;  $df=176$ ,  $p<0,001$ ), azonban nem találtunk a gyermek neme szerint különbséget a szülők által megítélt életminőségben ( $M_{\text{fiúk}}=22,09$ ;  $SD_{\text{fiúk}}=4,19$ ;  $M_{\text{lányok}}=23,47$ ;  $SD_{\text{lányok}}=3,86$ ;  $t=1,658$ ;  $df=176$ ;  $p=0,099$ ).

A gyermek életkorának és nemének életminőségre gyakorolt hatásának vizsgálatakor az MRA 1. lépéseként ezeket a változókat tettük be, mint kontroll változókat. Az önbeszámolón alapuló ILK pontszámokat véve függő változónak mind a gyermek életkora ( $\beta=0,291$ ,  $p<0,001$ ), mind a neme ( $\beta=-0,295$ ,  $p<0,001$ ) szignifikáns hatással volt az életminőség pontszámra; a modell a variancia 22,1%-át magyarázta ( $F(2,175)=24,827$ ,  $p<0,001$ ). A női nem és a magasabb életkor alacsonyabb életminőséggel járt együtt. A szülők által megítélt életminőséget véve függő változónak szignifikáns kapcsolat mutatkozott a gyermek életkorával ( $\beta=0,210$ ,  $p=0,007$ ,  $\Delta P^2=0,056$ ,  $F(2,175)=5,197$ ,  $p=0,006$ ).

Az ADHD altípusainak és a komorbid kórképek életminőségre kifejtett hatásának vizsgálatakor az alábbi eredményeket kaptuk:

A kategorikus megközelítést alkalmazva, az MRA 2. lépéseként betettük az ADHD altípusait az elemzésbe, azonban egyik függő változó esetében sem kaptunk szignifikáns hatást. A 3. és egyben utolsó lépésben a hat komorbid diagnosztikus csoportot (0=nincs diagnózis az adott csoportban; 1=van legalább 1 diagnózis az adott csoportban) tettük be a regressziós egyenletbe a stepwise módszert alkalmazva.

Amikor az önbeszámolón alapuló ILK pontszámot vettük függő változónak, először a traumával összefüggő zavarok csoportja került be a modellbe ( $\Delta R^2=0,028$ ,  $\beta=0,177$ ,  $p=0,012$ ), majd másodsorra az ODD/CD csoport ( $\Delta R^2=0,018$ ,  $\beta=0,136$ ,  $p=0,044$ ); az eredmények azt mutatják, hogy ezek a komorbid diagnózisok alacsonyabb életminőséggel járnak a gyermek/serdülő saját megítélése alapján.

Amikor a szülői beszámolón alapuló ILK pontszámot vettük függő változónak, három változó került be a modellbe: először a szorongásos zavarok csoportja ( $\Delta R^2=0,063$ ,  $\beta=0,258$ ,  $p<0,001$ ), majd a MDE/disztímia kategória ( $\Delta R^2=0,035$ ,  $\beta=0,207$ ,  $p=0,008$ ), harmadiknak pedig az ODD/CD diagnosztikus csoport ( $\Delta R^2=0,025$ ,  $\beta=0,161$ ,  $p=0,023$ ). Ezek a komorbid diagnózisok alacsonyabb szülő által megítélt életminőséggel járnak.

Megvizsgáltuk az ADHD és a komorbid kórképek tüneteinek hatását is az életminőségre:

Dimenzionális megközelítésben az MRA 2. lépéseként a figyelemhiány, valamint a hiperaktivitás/impulzivitás tüneteinek hatását tettük be a modellbe, de ezek a változók egyik függő változó

esetében sem eredményeztek szignifikáns modellt. A 3. lépésként betettük a tünetszámokat az egyes komorbid diagnosztikus csoportokból.

Amikor az önbeszámolón alapuló ILK pontszám volt a függő változó, először a szorongásos zavarok tünetszáma ( $\beta=0,298$ ,  $p<0,001$ ) került be, ami a variancia további 6,8%-át magyarázta, másodiknak pedig a traumával összefüggő zavarok (PTSD/alkalmazkodási zavar) tünetszáma ( $\Delta R^2=0,020$ ,  $\beta=0,156$ ,  $p=0,025$ ): ezen komorbid zavarok esetében a több tünetszám alacsonyabb életminőséggel jár a gyermek/serdülő saját megítélése szerint.

A szülői beszámolón alapuló ILK pontszám mint függő változó esetében két változó került be a modellbe: először a MDE/disztímia tünetszáma ( $\beta=0,432$ ,  $p<0,001$ ), amely a variancia további 8,6%-át magyarázta, és másodiknak a szorongásos zavarok tünetszámát ( $\Delta R^2=0,028$ ,  $\beta=0,206$ ,  $p=0,016$ ). Az eredmények alapján ezen komorbid zavarok tünetszáma alacsonyabb életminőséggel jár a szülő megítélése szerint.

## **5. Következtetések**

Doktori munkám központi szála két olyan konstruktumnak, az életminőségnek és a pszichiátriai zavarok dimenzionális megközelítésének vizsgálata volt, amelyek a jelenlegi klasszifikációs rendszerekben nem, illetve csak igen kis mértékben jelennek meg,

annak ellenére, hogy az utóbbi évek kutatási eredményei felvetik jelentőségüket.

Ezenkívül kutatásaimban – első vizsgálatunkban talált eredményként, második vizsgálatunkban tudatosan választott populációként kiemelt szerepet kap az ADHD tüneteinek vizsgálata.

Doktori munkám egy klinikai és egy kontroll populáció két fázisban történő feldolgozásából állt. A következőkben ezen két vizsgálat főbb eredményeit diszkutálom részletesebben, több szempont mentén.

### ***5.1. Első vizsgálat***

Doktori munkám vizsgálata – mely tudomásom szerint az első ebben a témában – a küszöb alatti rendellenességek és az életminőség szerepét vizsgálja a gyermekek pszichiátriai kivizsgálásra kerülésében.

Figyelemre méltó eredmény, hogy csaknem minden hatodik gyermek, aki pszichiátriai kivizsgálásra került, nem merítette ki a klasszifikációs rendszer diagnosztikai kritériumait. Strukturált diagnosztikai kérdőívvel. Továbbá, a kontroll csoportot alkotó gyermekek – akik anamnézisében sem aktuális, sem korábbi pszichiátriai/pszichológiai kezelés nem volt – több mint egyharmadánál legalább egy pszichiátriai diagnózis felállítható volt, szinten a strukturált diagnosztikai kérdőívvel.

Doktori disszertációm első vizsgálatainak fentebb részletesen átgondolt eredményei alapján összefoglalva megállapítható, hogy a csökkent életminőség és az ADHD tünetei kockázatot jelenthetnek a

pszichiátriai vizsgálatra kerülés tekintetében, még abban az esetben is, ha küszöb alatti pszichiátriai rendellenességről (azaz nem teljesülnek a jelenlegi diagnosztikai kritériumrendszer feltételei) van szó. A szociális fóbia tüneti lehetnek védő faktorok pszichiátriai vizsgálatra kerülés tekintetében, ugyanakkor ezek a gyermekek nem kapják meg a szükséges szakmai segítséget. Amennyiben a pszichiátriai vizsgálatra kerülés az az út, mely a megfelelő szakmai segítséghez vezet, akkor az ADHD-t kell védőfaktornak, a szociális fóbiát pedig kockázati tényezőnek tekinteni.

Eredményeink alapján hangsúlyozzuk, hogy a küszöb alatti pszichiátriai betegségek, a küszöb alatti ADHD és szociális fóbia, valamint az életminőség megfelelő felismerése és értékelése elengedhetetlen lenne a másodlagos megelőzés szempontjából.

## ***5.2. Második vizsgálat***

Doktori munkám második vizsgálata tudomásunk szerint az első olyan, amely figyelembe veszi a pszichiátriai zavarok mind dimenzionális, mind kategoriális megközelítését egy magas részvételi arányú vizsgálatban, melynek keretében korábban nem diagnosztizált ADHD-s gyermekek életminőségét vizsgáltuk.

Doktori disszertációm második vizsgálatának eredményei alapján szeretném kiemelni, hogy a korábban nem kezelt ADHD-s gyermekek életminőségének értékelésében a kor, a nem és egyes komorbid zavarok – mint ODD / CD, traumával kapcsolatos zavarok, hangulat- és szorongásos zavarok – fontos tényezők.

Vizsgálatunk eredményei alátámasztják azokat a korábbi eredményeket, amely azt javasolták, hogy a dimenzionális és a kategorikus megközelítést is alkalmazni kell.

Továbbá doktori munkám eredményei alapján fontos, hogy az ADHD tüneteit mutató gyermekeknél mind a klinikai gyakorlatban, mind a kutatásban egyaránt vegyék figyelembe a szakemberek az önbevalláson és a szülői megítélésen alapuló életminőség értékeléseket is.

### **5.3. Doktori munkám korlátai**

1) A kontroll csoportot helyi/ismerős közösségből szóbeli megkereséssel szerveztük. 2) A klinikai és a kontroll csoport között jelentős a nemek arányának különbsége. 3) Vizsgálatunk keresztmetszeti vizsgálat, az összefüggések nem jelentenek kauzalitást, az ok-okozati összefüggés megértéséhez longitudinális vizsgálatok szükségesek. 4) A kérdőíveket felvevők képzésen vettek részt a vizsgálat megkezdése előtt, és rendszeres szupervízió mellett dolgoztak, de nem mértük a vizsgálók közötti megbízhatóságot. 5) Habár a Gyermek M.I.N.I. a DSM-IV gyermek/serdülőpszichiátriai zavarok széles skáláját méri, de nem az összeset, pl. tanulási zavarokat nem, 6) Fentebbiek mellett több más ok is állhat a pszichiátriai vizsgálatra kerülés hátterében, pl. a családi állapot, társadalmi-gazdasági helyzet. 7) Mivel korábban nem kezelt ADHD-s gyerekeket vizsgáltunk, feltételezhetjük, hogy azok az idősebb gyermekek, akik első alkalommal pszichiátriai kivizsgálásra kerültek, a kevésbé súlyos esetek közé tartoznak. 8) Mint minden

klinikai mintában, vizsgálatunkban is magasabb volt az ADHD-s fiúk prevalenciája a lányokhoz képest, vizsgálatunk a lányokról kevésbé informatív. 9) Habár a mentális retardáció kizárási kritérium volt a vizsgálatban, az erről való információ a gyermek anamnéziséből származott. 10) A szülői pszichopatológiát nem mértük, ami pedig befolyásolhatja a szülői értékelést. 11) Habár több demográfiai tényezőt is felmértünk, nem vizsgáltuk a szocioökonómiai státuszt, amely szintén kapcsolatban állhat az életminőséggel. 12) A pszichiátriai zavarok dimenzionális mérésénél hasznos lett volna becslőskálák alkalmazása. 13) Idősebb vizsgálati személyeknél és kevésbé súlyos esetekben gyakoribbak voltak a hiányzó adatok.

## **6. Doktori munkám új eredményei**

1. Elsőként vizsgáltam az életminőség és a küszöb-alatti zavarok szerepét gyermekpszichiátriai kivizsgálásra kerülő, de Gyermek M.I.N.I. szerint pszichiátriai zavar diagnózissal nem jellemezhető gyermekeknél. A rosszabb életminőség és az ADHD tünetei küszöb-alatti szinten is elősegítik a rendszerbe való kerülést, míg a szociális fóbia tünetei ezzel ellentétes hatást eredményeznek.
2. ADHD-s gyermekek önbeszámolója alapján a rosszabb életminőség kapcsolatban áll a női nemmel, magasabb életkorral, dimenzionális megközelítésben a szorongásos és traumával kapcsolatos tünetekkel, míg kategorikus megközelítésben a



traumákkal kapcsolatos zavarokkal, valamint az oppozíciós és viselkedési zavarral.

3. ADHD-s gyermekek szülői jellemzése alapján a rosszabb életminőség kapcsolatban áll a magasabb életkorral, dimenzionálisan a szorongásos zavarok és a hangulatzavarok tüneteivel, míg kategorikus megközelítésben továbbá az oppozíciós és viselkedési zavar jelenlétével.

## **7. Saját publikációk jegyzéke**

### **7.1. Dolgozat témájához kapcsolódó közlemények:**

**Dallos Gy**, Miklósi M, Keresztény A, Velő Sz, Szentiványi D, Gádoros J, Balázs J. Self- and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *Journal of Attention Disorders*. 2014 jul. 11. [Epub – nyomtatásban] DOI: 10.1177/1087054714542003 - **IF: 2,397**

**Dallos Gy**, Keresztény A, Miklósi M, Gádoros J, Balázs J. (2014b) Why are children and adolescents referred for psychiatric assessment without fulfilling diagnostic criteria for any psychiatric disorder? *Child and Adolescent Mental Health*. 19(3):199–207 DOI:10.1111/camh.12046 - **IF: 0,954**

Velő Sz, Keresztény A, Miklósi M, **Dallos Gy**, Szentiványi D, Gádoros J, Balázs J. (2014) „Frissen” diagnosztizált, kezelést még

nem kapó figyelemhiányos-hiperaktivitás zavarú gyermekek és serdülők életminősége. *Psychiatria Hungarica* 29(4):410-417

**Dallos Gy**, Balázs J. (2014) A figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar hatása az életminőségre: esetbemutatók. *Neuropsychopharmacol Hung.* 16(2):91-97

### *7.2. További peer-reviewed közlemények:*

Keresztény Á, **Dallos Gy**, Miklósi M, Róka A, Gádoros J, Balázs J. (2012) A gyermek- és serdülőkori figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar komorbiditásainak összehasonlítása. *Psychiat Hung.* 27(3):165-173

Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, **Dallos Gy**, Gádoros J. (2014) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Suicidality in a Treatment Naïve Sample of Children and Adolescents. *J Affect Disor* 152-154:282-287

DOI: 10.1016/j.jad.2013.09.026 - **IF: 3,705**

Balázs J, Vizi J, **Dallos Gy**, Ilku L. (2013) Jogi-etikai problémák a gyermekek gyógyszeres kezelésében – gyermekpszichiátriai példákon bemutatva. *IME, Egészség-gazdaságtan* 12:34-39

Balázs J, Tolna J, Gádoros J, **Dallos Gy**. (2012) Felnőttkor – gyermekkor – felnőttkor: Hosszútávú kezelés a gyermek és felnőtt pszichiátriában. *Neuropsychopharmacol Hung* 14(1):51-58

Balázs J, **Dallos Gy**, Keresztény A, Czobor P, Gádoros J. (2011) Methylphenidate Treatment and Dyskinesia in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child and Adoles Psychopharm* 21(2):133-138 - **IF: 2,884**

Balázs J, **Dallos Gy**, Németh L, Bíró A, Prekop Cs, Gádoros J. (2006) Gyermekpszichiátriai epidemiológia. Orvostovábbképző Szemle (Suppl),Szept: 3-15

### **7.3. Idézhető absztraktok**

Balazs J, **Dallos Gy**, Keresztény A, Gádoros J. (2011) Suicide behaviour and subthreshold psychiatric disorders among children and adolescents. European Psychiatry 26, Supplement 1: 265

Balazs J, **Dallos Gy**, Keresztény A, Gádoros J. (2010) Gender differences in adolescent suicide behaviour. European Psychiatry, Volume 25, Supplement 1, pp:1345

Balazs J, **Dallos Gy**, Gádoros J. (2009) Relationship between mental disorders and suicidal behavior among children and adolescents in a psychiatric department. European Neuropsychopharmacology. 19. (Suppl3): 680-680

Bálint M, Bartha Zs, Berger N, Burits A, **Dallos Gy**, Gábor R, Keresztény Á, Kovács M, Magyar J, Németh L, Ricsóy M, Gádoros J, Balázs J. (2009) A napi időbeosztás és az életminőség vizsgálata pszichiátriai zavarban szenvedő gyermekeknél. Psych Hung XXIV (Suppl): 19-19

Balazs J, **Dallos Gy**, Gadoros J. (2009) Age related differences on the prevalence and patterns of comorbid conditions of children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. ESCAP, 2009 Budapest all abstracts, O142 pp. 142. [http://www.escap.eu/bestanden/Budapest%202009/budapest\\_2009\\_all\\_abstracts.pdf](http://www.escap.eu/bestanden/Budapest%202009/budapest_2009_all_abstracts.pdf). Utolsó megtekintés 2015.01.04.

Balazs J, **Dallos Gy**, Gabor R, Kovacs M, Nemet L, Ricsoi M, Gadoros J. (2009) Gender differences across age in the admission rate to a child-, and adolescent psychiatric department of Hungary. ESCAP, 2009 Budapest all abstracts, P324 pp. 324. [http://www.escap.eu/bestanden/Budapest%202009/budapest\\_2009\\_all\\_abstracts.pdf](http://www.escap.eu/bestanden/Budapest%202009/budapest_2009_all_abstracts.pdf). Utolsó megtekintés 2015.01.04.

### **Köszönetnyilvánítás**

Köszönetem szeretném kifejezni témavezetőmnek, dr.Balázs Juditnak, aki hallgatójává fogadott, példamutató szakmaisággal és végtelen, nem szűnő türelemmel és kitartással vezetett a tanulmányaim során, végig bízott a közös sikeres munkában. Köszönöm dr.Gáboros Júliának, hogy lehetőséget és teret adott a kutatásra a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórházban. dr.Balázs Judit munkacsoportja munkatársai közül szeretném kiemelni Keresztény Ágnes és Miklósi Mónikát, akik munkám kezdetétől segítettek, értékes megjegyzéseikkel, kiegészítéseikkel gazdagították munkámat. Bálint Mária, Velő Szabina és Szentiványi Dóra munkáikkal szintén hozzájárultak a doktori munka értékéhez, sikeréhez. Köszönettel tartozom az adatfelvétel során végzett precíz és kitartó munkájukért az alábbi kollégáknak: Kovács Margit, Gábor Rita, Németh Laura, Barta Zsuzsanna, Bálint Mária, Berger Noémi, Burits Anna, Keresztény Ágnes, Magyar Judit, Mirk Zsófia. Valamint hálás vagyok közvetlen klinikai munkatársaimnak és a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház dolgozóinak.