

Gyermekpszichiátriai kórképek vizsgálata:
Az életminőség és az ADHD vizsgálata

Doktori értekezés

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

TARTALOMJEGYZÉK

Rövidítések jegyzéke	4
1.Bevezetés	5
1.1. Életminőség	5
1.1.1. Életminőség fogalma	5
1.1.2. Életminőséget vizsgáló eszközök	8
1.1.3. Életminőség gyermek- és serdülőkorban	10
1.2. Figyelemhiányos – hiperaktivitás zavar (ADHD)	11
1.2.1. ADHD definíciója, tünetei	11
1.2.2. ADHD epidemiológiája	12
1.2.3. ADHD etiológiája	12
1.2.4. ADHD komorbiditása, differenciáldiagnosztikája	13
1.2.5. ADHD kezelése	14
1.3. Betegségek kategóriális – dimenzionális szemlélete: küszöb alatti ADHD	15
1.4. ADHD és életminőség	17
1.5. ADHD és életminőség a klinikumban	21
2. Célkitűzések	25
3. Módszerek	27
3.1. Minta	27
3.2. Eszközök	27
3.2.1. Gyermek Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)	27
3.2.2. Életminőség kérdőív	28

3.2.3. Demográfiai adatlap	30
3.3. Statisztikai módszerek	30
3.3.1. Első vizsgálat	30
3.3.2. Második vizsgálat	30
4. Eredmények	33
4.1. Első vizsgálat	33
4.1.1. Vizsgálati személyek	33
4.1.2. Összefüggések a tünetek száma és a diagnosztikai státusz között	35
4.1.3. Életminőség és Gyermek M.I.N.I. tünetszámok	36
4.1.4. A tünetek számának hatása a Gyermek M.I.N.I. alapján diagnózis nélküli gyermekeknél arra, hogy kivizsgálásra kerülnek-e	42
4.2. Második vizsgálat	44
4.2.1. Vizsgálati személyek	44
4.2.2. Kétváltozós kapcsolatok a vizsgálatba bevont változók között	47
4.2.2.1. Nemi különbségek az életminőségben	50
4.2.3. Többváltozós elemzések	50
4.2.3.1. A gyermekek életkorának és nemének hatása az életminőségre	50
4.2.3.2. Az ADHD altípusainak és a komorbid kórképeknek a hatása az életminőségre	51
4.2.3.3. Az ADHD és a komorbid kórképek tünetszámának hatása az életminőségre	56
5. Megbeszélés	62
5.1. Első vizsgálat	62

5.2. Második vizsgálat	67
5.3. Áttekintő megbeszélés	71
6. Következtetések	77
7. Összefoglalás	79
8. Irodalomjegyzék	81
Saját publikációk jegyzéke	95
Köszönetnyilvánítás	97

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ADHD: Attention-deficit hyperactivity disorder / Figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar

AN: Anorexia nervosa

ASD: Autizmus spektrum zavar

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

CD: Conduct disorder / Viselkedési zavar

CHQ: Child Health Questionnaire

CQOL: Child Health Related Quality of Life

DSM: Diagnostic System of Mental Disorders

Gyermek M.I.N.I.: Gyermek Mini International Neuropsychiatric Interview

ILK: Inventar zur Erfassung der Lebensqualität Kindern und Jugendlichen

KINDL: Kinder Lebensqualität Fragebogen

MDE: Major Depressive Episode / Major depressziós epizód

ODD: Oppositional defiant disorder / Oppozíviós zavar

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder / Poszttraumás stress zavar

QoL: Quality of Life / Életminőség

1. BEVEZETÉS

1.1. Életminőség

1.1.1. Életminőség fogalma

Az egészség definíciója a modern orvoslás fejlődése során folyamatos változáson ment keresztül. A fogalom bővülése mellett a korábbi negatív ismérvek helyett egyre inkább pozitívak kerültek előtérbe. Az egészség kifejezés mellett és helyett a jóllét és az életminőség fogalmak lettek használatosak.

Az életminőség és vizsgálatának alapjai elsősorban a szociológiából és a közgazdaságtanból erednek, és az állami beavatkozások hatását volt hivatott mérni (Kopp és Kovács, 2006). Kezdetben az életminőség koncepciója csak az anyagi szükségletek kielégítettségi fokát jelentette, később azonban a szociológiai vizsgálatok rámutattak, hogy az anyagi jóllét önmagában nem határozza meg az egyén életminőségét, hanem az életminőség sokkal inkább egy multidimenzionális koncepciót fed (Coghill és mtsai, 2009; Jekkel és Magyar, 2007).

A pszichológiai szempontból értelmezett életminőség fogalma a pozitív pszichológiára épít, és ezen alapul a szubjektív jóllét, az életminőség affektív dimenziója is (Aszmann, 2003; Danckaerts és mtsai, 2009). Az életminőség kognitív komponensei az általános elégedettségi szint mellett területspecifikus értékelést is magunkba foglalnak, pl. az egyén elégedettségéről, a teljesítőképességéről és az egészségéről (Diener és mtsai, 1999).

Bár az életminőségnek a mai napig nem alakult ki egy általánosan elfogadott definíciója sem, fontos szemléletbeli szempont, hogy az életminőség koncepciója folyamatos alakuláson megy keresztül (Jekkel és Magyar, 2007). Az életminőség meghatározásánál előtérbe kerülnek annak szubjektív elemei, és a definíciók többsége magában foglalja a szomatikus, szociális és pszichológiai területeket (Tringer, 2003): pl. Agarwal és mtsai (2012) definíciója szerint az életminőség az illetőnek a saját életére vonatkozó értékelése, ami magába foglalja általános egészségének, hétköznapi hatékonyságának és funkcionálásának a megítélését is.

Patrick és Erickson (1993) az életminőség fogalmának mennyiségi és minőségi dimenzióiról írnak: mennyiségi dimenzió lehet például a várható élettartam, a halálozási arány; a minőségi mutatók pedig olyan területeket jellemeznek, amelyek mennyiségi

értékeléssel nem fejezhetőek ki, azonban a szubjektív érzéseken túl objektív komponenseket is magukban foglalhatnak, mint például a munkában nyújtott teljesítmény, külső élethelyzet.

Mattejat és mtsai (1998) az életminőség tágabb és szűkebb értelmezéséről írnak. Az előbbihez tartoznak pl. az anyagi feltételek, a pszichoszociális környezeti feltételek, a szomatikus vagy pszichés betegségek és károsodások, a gyógyszeres kezelés. A szűkebb értelemben vett életminőségnek pedig két aspektusát fogalmazzák meg, Wallander és mtsai (2001) elképzeléséhez hasonlóan: az objektív cselekvő- és funkcióképeséget, valamint a szubjektív jóllétet, azaz az egyénnek a testi és pszichés állapotával, az élethelyzetével való megelégedettségét. A kutatások azt mutatják, hogy az objektív és a szubjektív szempont egymást kiegészíti (Theunissen és mtsai, 1998).

Mattejat és Remschmidt (1998) szerint több személy véleménye adhat csak teljes képet az életminőségről. A szerzők leírják, hogy szükséges egy „külső, objektív” véleményező is az életminőség megítéléséhez a „belső, szubjektív” megítélés mellé, hogy reális eredményt kapjunk. Az objektív életminőséget elsősorban külső szemlélő, például a kezelőorvos, terapeuta tudja megítélni, míg a szubjektív életminőségre vonatkozóan maga a beteg ad becslést (Mattejat és Remschmidt, 1998).

Gyermekek életminőségének vizsgálata során fokozottan merül fel a felnőtteknél is leírt szempont, miszerint a szubjektív, tehát a gyermek saját megítélése mellett fontos egy objektív külső szemlélő is, tehát nem támaszkodhatunk kizárólag a gyermekek szubjektív ítéleteire. E kérdés alapja, hogy a gyermekeknek sokszor nincs összehasonlítási alapja, vélekedésüket döntően a környezeti tényezők alakítják. A proxy riportok - azaz a külső véleményező, legtöbbször a szülő véleményén alapuló adatok – használata javasolt, hogy teljesebb és megbízhatóbb képet kaphassunk a gyermekek, serdülők helyzetéről. Mattejat és munkatársai (1998) szerint a szülői/gondozói vélemények egyszerre minősülnek szubjektív és objektív értékelésnek, mert bár külső szemlélőként jelennek meg, de ők maguk is érintettek a gyermek állapotában. Cummings (1997) javaslata alapján az objektív és szubjektív adatok egybevetése elengedhetetlen, és bár az objektív és szubjektív mutatók között laza kapcsolat igazolódik, mégsem lehet elhanyagolni egyiket sem a gyermekek vizsgálatakor (Jozefiak és mtsai, 2008; Eiser és Morse, 2001; Bullinger és Ravens-Sieberer, 1995; Vetró és mtsai, 2003). A proxy riportokat sok tényező befolyásolhatja, pl. a gyermek

kora, a gyermek helyzete (beteg-e, ha igen, milyen beteg), a proxy személy (általában szülő) viszonya a gyermekhez, illetve a személyisége, vagy hogy esetleg ő maga is szenved-e valamilyen betegségben (pl. a szorongásos, depressziós tünetek ronthatják a gyermek helyzetének a megítélését is).

Számos vizsgálat foglalkozott azzal, hogy a gyermekek a saját és a szülőknek a gyermek életminőségére vonatkozó megítélése mennyire egyezik meg (Robitail és mtsai, 2006, 2007; Jozefiak és mtsai, 2008; Eiser és Morse, 2001; Theunissen és mtsai, 1998): az objektívebben mérhető területek (pl. iskolai teljesítmény megítélése) esetén magasabb együttjárást tapasztaltak, míg a gyermek pszichés és szociális helyzetének megítélésében alacsonyabbat.

A gyermek életminőségének megítélését befolyásolhatja az is, hogy egészséges, vagy krónikus beteg gyermeknél vizsgáljuk a szülő-gyermek egyezést (Bálint, 2009). Jozefiak és mtsai (2008) vizsgálatuk eredményei alapján arról számolnak be, hogy egészséges gyermekek esetén a szülők sokkal pozitívabbnak ítélik meg a gyermek életminőséget szinte minden területen (kivéve a családi és baráti kapcsolatokat), mint a gyermekek maguk. Hwang és munkatársai (2008) eredményei szerint a krónikus beteg serdülők kevésbé ítélik rossznak életminőségüket, mint szüleik. Ezt azzal magyarázzák a szerzők, hogy nincs akkora rálátásuk a problémákra, mint szüleiknek, így nem is élik meg mindig olyan nehezen a betegségüket. Kiss és munkatársai (2007) hazai mintát vizsgálva arról számoltak be, hogy a depresszióval kezelt gyermekek szülei sokkal rosszabbnak ítélték meg a gyermekek életminőségét, mint ők maguk, az egészséges kontrollok esetén pedig jobbnak, mint maguk a gyermekek.

A mentális betegek életminőségének mérése csak az utóbbi másfél évtizedben vált hangsúlyossá. Elmondható, hogy az életminőséget felmérő vizsgálatok előtt jellemzően a betegek működési szintjét, funkcionális státuszát becsülték fel, hiszen a pszichiátriai diagnózis felállításhoz a klasszifikációs rendszerek szerint - Diagnostic System of Mental Disorders - DSM (APA, 1994) vagy a Betegségek Nemzetközi Osztályozása – BNO (WHO, 1992) - szükséges, hogy működésbeli romlást észleljenek. Az életminőség fogalma azonban ennél tágabb perspektívában mozgó, multidimenzionális becslés, amelyet a betegség számos területen befolyásolhat.

Számos mentális kórkép fennállása esetén vizsgálták az életminőséget felnőttek körében: pl. major depresszív epizóddal diagnosztizált betegek alacsonyabbnak ítélték

életminőségüket, mint az egészségesek (Guan és mtsai, 2011), míg szkizofrén betegek hasonló életminőségről számoltak be, mint az egészségesek (Galuppi és mtsai, 2010).

1.1.2. Életminőséget vizsgáló eszközök

Az életminőséget mérő vizsgálóeszközök lehetnek általánosak vagy specifikusak. Az általános kérdőívek igyekeznek az összes lényeges életterületet felölelni (pl. pszichés állapot, egészségi állapot, munka/iskola, szociális helyzet), és lehetővé teszik a különböző populációk közötti összehasonlítást. A specifikus eszközök egy-egy betegségre, területre vagy népességcsoportra fókuszálhatnak (pl. asztmás gyermekekre), és előnyük, hogy érzékenyebbek, így jól követik a kismértékű változásokat is.

A legelterjedtebb felnőtt életminőség mérő eszközöket az 1. táblázat mutatja be.

1.táblázat A legelterjedtebb felnőtt életminőség mérő eszközök (Jekkel és Magyar, 2007 alapján)

Szerző	Eszköz	Rövidítés
Kaplan és Anderson, 1988	Quality of Well-Being Scale	QWB
Ware és Sherbourne, 1992	Medical Outcomes Study Short Form 36	SF-36
Endicott és mtsai, 1993	Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire	Q-LES-Q
Jenkinson és Layte, 1997	Short Form 12	SF-12
Priebe és mtsai, 1999	Manchester Short Assessment of Quality of Life	MANSA
Slade és mtsai, 1999	Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule	CANSAS
Skevington és Wright, 2001	World Health Organisation Quality of Life Assessment	WHOQOL-100
van Nieuwenhuizen és mtsai, 2001	Lancashire Quality of Life Profile	LQoLP
Mundt és mtsai, 2002	Work and Social Adjustment Scale	WSAS

Akárcsak a felnőtt populáció életminőségének mérésére, a gyermek- és serdülő korcsoport jóllétének mérésére is több eszköz áll rendelkezésre, melyeket a 2. táblázat mutat be.

2. táblázat A legelterjedtebb gyermek életminőség mérő eszközök

Szerző	Eszköz	Rövidítés
Graham és Stevenson, 1994	Child Health Related Quality of Life	CQOL
Bullinger és Ravens- Sieberer, 1995	Kinder Lebensqualität Frangebogen	KINDL
Landgraf és mtsai, 1996	Child Health Questionnaire	CHQ
Mattejat és mtsai, 1998	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität Kindern und Jugendlichen	ILK

Landgraf és mtsai (1996) Child Health Questionnaire (CHQ) kérdőíve a betegség befolyását vizsgálja a gyermek és a család napi életvitelére. Szintén minden betegség esetén használható életminőség vizsgáló eszköz a Kinder Lebensqualität Frangebogen (KINDL) teszt (Bullinger és Ravens-Sieberer, 1995), amely a gyermekek életének 6 területéről gyűjt elégedettségi adatokat: testi egészség, hangulat, önértékelés, család, kortársak, iskola. Graham és Stevenson (1994) kifejezetten beteg gyermekek számára alkották meg a Child Health Related Quality of Life (CQOL) mérőeszközt, ennek célja a gyermekek mindennapi funkcióképességének felmérése. Az egyetlen, eddig Magyarországon is validált életminőség kérdőív (Kiss és mtsai, 2007) a marburgi egyetemen kifejlesztett Inventar zur Erfassung der Lebensqualität Kindern und Jugendlichen (ILK), amelyet Mattejat és munkatársai (1998) dolgoztak ki, döntően gyermekpszichiátrián kezelt populációra. Mivel általános életminőséget mér, alkalmas mind a normál populáció, mind a beteg populáció életminőségének mérésére is. Objektív és szubjektív komponenseket is tartalmaz, ami azt jelenti, hogy a gyermekek véleményét a szülők véleményével parallel veszik fel. A kérdőívet hazánkban is validálták (Kiss és mtsai, 2007), és pszichometriailag megfelelt a követelményeknek.

1.1.3. Életminőség gyermek- és serdülőkorban

Az utóbbi évtizedben egyre több vizsgálat foglalkozik az életminőség mérésével gyermekek, serdülők körében is (Kiss és mtsai, 2007). Ezen vizsgálatok jelentős részében egészséges gyermekeken, azaz a normál populáción történik a felmérés, igen változatos metodikával: egyszeri vagy rendszeres, illetve reprezentatív vagy kényelmi mintavétellel (Bálint, 2009). Az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) egy nagy, nemzetközi kutatás, melyben Magyarország 1985 óta vesz részt. Az eredmények többek között az egészséggel kapcsolatos életminőség szubjektív megítéléséről is képet adnak (pl. Haugland és mtsai, 2001; Várnai és mtsai, 2007; Aszmann, 2003). A KIDSCREEN projekt szintén egy nagy, átfogó Európai Unió vizsgálat, mely kezdetben 13 ország, ma már 25 ország bevonásával méri fel többek között a gyermekek életminőségét (pl. von Rueden és mtsai, 2006).

Hazai felmérés az iskoláskorú gyermekek életmódjáról, egészségmagatartásáról Martonné és Kollár (2001) vizsgálata, melyben 843 egészséges tanuló napi elfoglaltságairól, iskolai teljesítményéről, a szabadidő eltöltésének módjáról, társas kapcsolatairól, egészségi állapotáról kapunk képet (Bálint, 2009).

Az életminőség korosztályi felmérése a legtöbb adat egészséges gyermekek körében végzett vizsgálatokból található: Michel és munkatársai (2009) egy 12 országra kiterjedő életminőségvizsgálatot végeztek egészséges gyermekek és serdülők körében, melyben korfüggő hanyatlást véltek felfedezni az életminőség tekintetében. A HBSC vizsgálat szerint hazánkban is az életkor növekedésével csökkent a gyermekek étellel való elégedettsége (Aszmann, 2003).

A nemi különbségek feltárása tekintetében is kevés felmérés készült (Arnold, 1996; Velő, 2013; Velő és mtsai, 2013), ebben az esetben is gyakoribb az egészséges populációban végzett vizsgálat: Michel és munkatársai (2009) vizsgálat szerint gyermekkorban nem mutatható ki különbség fiúk és lányok között az életminőségre vonatkozólag, azonban a lányok életminősége az életkor előrehaladtával nagyobb mértékben csökken, mint a fiúké. A HBSC vizsgálat eredményei szerint Magyarországon a fiúk szignifikánsan elégedettebbek az életükkel, mint a lányok (Aszmann, 2003).

A vizsgálatok másik része a klinikumban történik, melyeknek során beteg gyermekeken, serdülőkön végeznek életminőség vizsgálatokat. Főként szubjektív ítéletek képezik alapjukat, és elsősorban azt vizsgálják, hogy egy adott betegség milyen mértékben érinti a gyermekek percepcióját saját egészségükről, életük bizonyos szegmenseiről.

A gyermekek, serdülők életminőségének mérésekor korábban jellemzően egyes szomatikus betegségekben szenvedők jóllétére, illetve egészségi státuszára fókuszáltak (Ronen és mtsai, 2003; Mattejat és mtsai, 1998): pl. kardiális megbetegedésben szenvedő gyermekek (Uzark és mtsai, 2008), epilepsziás gyermekek (Mathiak és mtsai, 2010), illetve daganattal diagnosztizált gyermekek életminősége szintén alacsonyabb az egészséges gyermekekhez képest (Eiser és mtsai, 2005).

A pszichiátriában, és így a gyermekpszichiátriában is, hasonlóan a testi betegségek diagnosztikájához és terápiájához, a kórisme felállításához és a megfelelő kezelés hatékonyságának méréséhez is egyre fontosabb, hogy pontos adatokkal rendelkezünk a betegek életminőségéről.

1.2. Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (ADHD)

1.2.1. ADHD definíciója, tünetei

Mind a DSM-5, mind a BNO 10. klasszifikációs rendszerek szerint a zavar központi tünetei a figyelmetlenség, a hiperaktivitás és az impulzivitás, azonban a két klasszifikációs rendszer között mind a diagnózis felállításában, mind az alcsoportok meghatározásában különbség van (APA, 2013; WHO, 1992). A következő részben a megjelenés alatt álló hazai szakmai irányelv (Balázs, megjelenés alatt) alapján szerepel a két klasszifikációs rendszer összehasonlítása. A BNO-10. szigorúbb kritériumrendszer szerint diagnosztizálja az ADHD-t (BNO 10. megnevezése: hiperkinetikus zavart), minimum 10 tünet kell fennállnia a lehetséges 18 tünetből, míg a DSM-5. az 6 tünet fennállását kívánja meg minimálisan a maximális 18 tünetből. További különbség a két jelenleg érvényben levő nagy klasszifikációs rendszer között, hogy a BNO-10. kritériumrendszere mindhárom tünetcsoportból (figyelmetlenség + hiperaktivitás + impulzivitás) a meghatároz egy szükséges tünetszámot az ADHD diagnózisának felállításához, a DSM-5 szerint az ADHD diagnózisa akkor is felállítható, ha vagy a figyelmetlenség, vagy csak a túlzott aktivitás/impulzivitás tünetcsoportból legalább 6

tünet jelen van. A BNO 10 szerint a tünetek 7 éves kor előtti megjelenése, a DSM-5 szerint 12 éves kor előtti megjelenése szükséges két eltérő élethelyzetben megmutatkozzanak.

A diagnosztikai folyamatban kiemelten fontos a kor szerinti még megfelelő aktivitástól elkülöníteni a hiperaktivitást, hiszen egy-egy fejlődési időszakban a hiperaktivitás tünetei minden gyermekben megfigyelhetők, azonban ADHD esetében a tünetek súlyosak, áthatóak, tartósak (mindkét klasszifikációs rendszer szerint 6 hónap a minimum), és nem stressz teli eseményre alakulnak ki (APA, 2013; Vetró, 2008).

1.2.2. ADHD epidemiológiája

A gyermek-, illetve serdülőkorban is már megjelenő pszichés zavarok közül az egyik leggyakoribb a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder: ADHD), melynek tünetei igen változatosak, érintik a mozgékonyt, a figyelmi teljesítményt és az impulzivitást is (APA, 2013). Az ADHD a gyermekek 3-12%-át érintő gyermekpszichiátriai kórkép (Brown és mtsai, 2001; Costello és mtsai, 1997). Polanczyk és munkatársai (2007) áttekintő tanulmánya szerint az ADHD előfordulási gyakorisága a fiúk esetében körülbelül 10%, míg lányok esetében nem éri el az 5%-ot. Az utóbbi két évtized vizsgálatai szerint 30-60%-ánál a gyermekeknek felnőttkorban is fennáll a kórkép (Hill és Schoener, 1996).

1.2.3. ADHD etiológiája

Az ADHD etiológiájáról részben az ikerkutatások, örökbefogadó vizsgálatok eredményei alapján tudjuk, hogy az ADHD jelentős mértékben genetikai meghatározottságú kórkép (heritabilitása: 0.8) és viszonylag kis szerepet tulajdonítanak a független környezeti hatásoknak (Rietveld és mtsai, 2003).

A betegség etiológiájának tisztázásában szerepe van a molekuláris genetika módszereinek, a legtöbbet kutatott gének között tartjuk számon a dopamin D4 receptort, a dopamin transzportert, dopamin D5 receptort, dopamin D2 receptort, szerotonin 1B transzportert, szerotonin 2A receptort, illetve számos más receptort (pl. TACR1, HTR1B, ADRA1A) és transzportert (pl. SLC6A2, SLC5A4) (Sharp és mtsai, 2009).

A kórkép kialakulásában számos további rizikófaktorok tartunk számon, ilyen környezeti tényező például a terhesség alatti anyai dohányzás (Linnet, 2005; Pineda és mtsai, 2007), az anya alkoholfogyasztása (Pineda és mtsai, 2007) vagy az élelmiszer-adalékanyagok (Banerjee és mtsai, 2007).

Igen érdekesek a gén – környezet interakcióra irányuló vizsgálatok ADHD esetében is (Velő, 2013): Kahn és munkatársai (2003) vizsgálatukban komplex interakciókat elemeztek a genetikai és a környezeti tényezők között: azok a gyerekek, akiket dohányzásnak tettek ki, s homozigóták voltak a dopamin transzporter 10-es ismétlődésű alléljára, azok esetében a hiperaktivitás, figyelemzavar és a viselkedészavar kockázata szignifikánsan magasabb volt, azonban önmagában egyik faktor sem volt szignifikáns kapcsolatban a tünetekkel. Brookes és munkatársai interakciós vizsgálatában a szülői alkoholfogyasztásnak való kitettség és a dopamin transzporter gén együttesen szintén növelte az ADHD-ra való kockázatot (Brookes és mtsai, 2006).

1.2.4. ADHD komorbiditása, differenciáldiagnosztikája

Az ADHD igen gyakran társul egyéb kórformákkal, melyek mind a diagnosztikai, mind a terápiás folyamatban kiemelt jelentőséggel bírnak (Balázs és Gádoros, 2005; Velő, 2013): Ghanizadeh és munkatársai (2008) vizsgálatában az ADHD-val diagnosztizált fiúk 92,4%-nál felállítható volt komorbid pszichiátriai diagnózis, míg lányoknál az esetek 78,3%-ában. Klassen és munkatársai (2004) vizsgálatában az ADHD diagnózisú gyermekek 68,7%-ának legalább egy komorbid pszichiátriai diagnózisa volt, 22,2%-uknak több, mint egy: 17,6%-uknak kettő, 3,8%-uknak három, míg 0,8%-nál négy diagnózis társult az ADHD-hoz. Vizsgálatukban leggyakoribb társuló kórképek között a tanulási zavar, az oppozíciós zavar, valamint a viselkedészavar szerepelt. Huh és munkatársai (2011) hangsúlyozzák, hogy a kor előrehaladtával nő komorbid kórképek száma, elsősorban viselkedészavar és hangulatzavar. A pszichoaktív szer dependencia serdülőkorától egyre jelentősebb komorbid probléma az ADHD mellett (Wilens és mtsai, 1997). Az ADHD és a mániás epizód komorbiditása számos kutatás tárgya jelenleg a számos átfedő tünet miatt: alacsonyabb (8-11%) és lényegesen magasabb (50-60%) komorbiditást is leírtak (Balázs és Gádoros, 2005; Biederman és mtsai, 1997). Fontos megemlíteni az autizmus spektrum zavar és az ADHD komorbiditását, amit még a DSM-IV nem, de a DSM-5 már lehetővé tesz (Ronald és mtsai, 2008).

Hazai mintán Balázs és Gádoros (2005) kutatásukban a résztvevő gyermekek közel háromnegyedénél (74,53%-ánál) állítottak fel komorbid diagnózist az ADHD mellett strukturált diagnosztikus interjúval, több mint felüknél (51,90%-uknál) pedig egy időben három vagy több diagnózis is felállítható volt.

Ezen dolgozat tárgyául szolgáló, szintén hazai vizsgálatunk során azt találtuk (mely feldolgozás nem ezen disszertáció témája), hogy az ADHD mellett leggyakrabban előforduló komorbid kórkép mind gyermek, mind serdülő korcsoportot vizsgálva az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar és az öngyilkos magatartás. Gyermekeknél az előbbieken kívül mániás epizód, serdülőknél a generalizált szorongásos zavar fordult elő leggyakrabban ADHD mellett (Keresztény és mtsai, 2012). Nemzetközi vizsgálatokhoz hasonlóan hazai mintán kutatócsoportunk is azt találta, hogy serdülőknél szignifikánsan magasabb az ADHD mellett megjelenő komorbid kórképek száma, mint gyermekeknél.

Felnőtteknél vizsgálatok a hangulatzavar, pszichoaktív szerhasználat, tanulási zavar, autizmus spektrum zavar és személyiségzavarok gyakori komorbiditását írták le (Murphy és Barkley, 1996).

Fontos differenciáldiagnosztikai szempont is a fentebb említett kórképek felmérése, melyek nem csak komorbid kórképként, hanem önállóan is fennállhatnak (Balázs, megjelenés alatt).

1.2.5. ADHD kezelése

Az ADHD kezelésében mind a gyógyszeres, mind a nem gyógyszeres terápiák rendelkezésre állnak (Balázs, megjelenés alatt). Az MTA Cooperative Group (1999) randomizált, kontrollált vizsgálata szerint rövidtávon a gyógyszeres kezelés hatékonysága nagyobb az ADHD központi tüneteire, mint a nem-gyógyszeres terápiáé, azonban a kombinált gyógyszeres és viselkedésterápia bizonyul a leghatékonyabbnak.

Nem gyógyszeres terápia a pszichoeducációt, mely a szülők, pedagógusok tájékoztatását foglalja magában az ADHD tüneteiről és jellemzőiről, illetve a szülői- és pedagógustréning, a kognitív- viselkedésterápiás módszerek,.

A gyógyszeres terápiában az atomoxetine, a dexamfetamine, valamint a methylphenidate hatóanyagú gyógyszerek alkalmazása jön szóba (Balázs, megjelenés alatt).

1.3. Betegségek kategóriális – dimenzionális szemlélete: küszöb alatti ADHD

Az előző fejezetben a jelenleg érvényes klasszifikációs rendszerek (BNO-10 és DSM-V) alapján pontosan szerepel az ADHD meghatározása, ami kategóriális elven alapul. Azonban az utóbbi évtizedben a pszichiátriában előtérbe került a betegségek dimenzionális szemlélete (Möller, 2008; Okasha, 2009).

A küszöb alatti kórképek, melyek szintén kategóriális elven alapulnak, de nem merítik ki a klasszifikációs rendszerek kritériumait, egy áthidaló megoldást nyújtanak a kategóriális és a dimenzionális elméletek között. Mind gyermekek, mind felnőttek között a legtöbbet vizsgált küszöbalatti tünetegyüttes a küszöb alatti depresszió (Bertha és Balázs, 2013): ezek a vizsgálatok leírták, hogy bár nincs egységes definíciója a küszöb alatti depresszióknak, prevalenciája még a szigorúbb meghatározások mellett is magas és negatív hatással van az életminőségre, négyszeresére növeli egy éven belül az major depresszív epizód kialakulását és növeli az öngyilkos magatartás kockázatát (Balázs és mtsai, 2013).

Bár kevésbé vizsgált terület a küszöb alatti ADHD, mint a küszöb alatti depresszió, az utóbbi években egyre több figyelmet kap, így a területen gyermekek és serdülők körében végzett kutatásokat nemrégiben Balázs és Keresztény (2014) tekintette át szisztematikusan (öt adatbázis: Ovid MEDLINE, Psycinfo, PubMed, Scopus, Web of Science; keresőszavak: 1. subclinical, subsyndromal; subthreshold 2. ADHD; attention deficit hyperactivity disorder).

Összesen 18 cikk került be a tanulmányba, melyek alapján a szerzők leírták, hogy a küszöb alatti depresszióhoz hasonlóan a különböző vizsgálatok igen eltérő definíciót használnak a küszöb alatti ADHD meghatározására: 1) meghatároznak egy minimum tünetszámot, ami kevesebb, mint amennyit a klasszifikációs rendszer megkíván (pl. Bussing és mtsai, 2010, 2012; Biederman és mtsai, 2010; Cukrowicz és mtsai, 2006; Lewinsohn és mtsai, 2004), 2) meghatároznak egy minimum tünetszámot, ami kevesebb, mint amennyit a klasszifikációs rendszer megkíván és további kritériumot meghatároznak (pl. funkciókárosodást kell a tüneteknek okozni) (pl. Cho és mtsai, 2011; Kim és mtsai, 2009), 3) fennáll annyi tünet, amennyit a klasszifikációs rendszer megkíván, de a többi kritériuma a klasszifikációs rendszernek nem teljesül (pl. csak egy helyzetben okoznak a tünetek funkciókárosodást (pl. Gau és mtsai, 2009), 4)

egy ADHD tüneteire rákérdező tünetbecslő kérdőívben emelkedett pontszám (pl. August és mtsai, 1992; Rielly és mtsai, 2006).

A küszöb alatti ADHD-t vizsgáló kutatások változatos eszközöket használtak: egyesek csak strukturált / félig strukturált diagnosztikus kérdőívet (pl. Biederman és mtsai, 2010; Cukrowicz és mtsai, 2006; Gau és mtsai, 2009; Gau és mtsai, 2010; Kim és mtsai, 2009; Lewinsohn és mtsai, 2004), mások szülői, vagy tanári tünetbecslő skálát, míg voltak olyan vizsgálatok, ahol önkitöltős tünetbecslő kérdőívet (pl. Airaksinen és mtsai, 2004, Rielly és mtsai, 2006). Egyes kutatások többféle eszközt is használtak (August és mtsai, 1992; Bussing és mtsai, 2010; Bussing és mtsai, 2012; Cho és mtsai, 2011; Fergusson és mtsai, 2010; Scahill és mtsai, 1999).

Balázs és Keresztény (2014) leírja, hogy mind a vizsgálatokban használt különböző definíciók, mind pedig a változatos eszköztár hozzájárulhatott ahhoz, hogy a küszöb alatti ADHD prevalenciáját tág határok között találták a különböző kutatócsoportok: 0.80%-tól 23.10%-ig. Az alacsonyabb prevalencia értékeket azok a vizsgálatok találták, ahol a kritériumrendszer szigorúbb volt (pl. Airaksinen és mtsai, 2004; Cukrowicz és mtsai, 2006), míg a magasabb prevalencia értékeket a kevesebb tünetet megkívánó vizsgálatok találták (pl. Cho és mtsai, 2011; Kim és mtsai, 2009).

A klasszifikációs rendszer kritériumai szerint felállított ADHD-hoz hasonlóan a vizsgálatok már a küszöb alatti ADHD komorbiditását is igen magasnak találták mind externalizációs, mind internalizációs zavarokkal: viselkedési zavarral, oppozíciós zavarral, hangulatzavarral, szorongásos zavarokkal, tik zavarral, pszichoaktív szerhasználattal (pl. Airaksinen és mtsai, 2004; August és mtsai, 1992; Biederman és mtsai, 2010; Gau és mtsai, 2009; Kim és mtsai, 2009; Lewinsohn és mtsai, 2004; Scahill és mtsai, 1999).

Amit nagyon fontos kiemelnünk az elvégzett vizsgálatok alapján, hogy már küszöb alatti ADHD mellett funkciókárosodást írnak le: pl. az ilyen gyerekeknek rosszabbak a jegyeik, gyakrabban kimaradnak az iskolából (Bussing és mtsai, 2010, 2012), kortársaik kevésbé barátkoznak velük (Rielly és mtsai, 2006), mint az egészséges társaikkal.

Fontos adat, hogy vizsgálatok azt találták, hogy a küszöb alatti ADHD diagnózisú gyermekek funkciókárosodása jelentősebb, mint egészséges társaiké, de

kisebbs mértékű, mint a klasszifikációs rendszerek kritériumait kimerítő gyermekeké (pl. Biederman és mtsai, 2010; Fergusson és mtsai, 2010; Scahill és mtsai, 1999).

Mindezek alapján a küszöb alatti kórképek felismerése és adekvát ellátása jelentős szerepet játszik a prevencióban.

1.4. ADHD és életminőség

Annak ellenére, hogy az életminőség koncepciója az ADHD diagnosztikai kritériumai között nem szerepel, az ADHD-s betegek életminőségének felmérése részben a betegséggel járó nehézségek megítélésében, részben a különböző terápiák hatékonyságának mérésében ad segítséget, mindezek miatt fontos ezen konstruktum felmérése.

Az ADHD-val élő gyermekek mindennapjaiban az ADHD tüneteiből adódóan számos probléma jelentkezik, mely mind a gyermekek, mind környezetük életét jelentősen megnehezíti (Wehmeier és mtsai, 2010). Az ADHD tüneteinek és azok következményei a gyermeki fejlődés számos területét érintik: a kognitív készségek alakulását, a társas kapcsolatok formálódását és az emocionális életet. Mindezeknek közvetett, vagy közvetlen hatása van az életminőség alakulására (Velő, 2013; Velő és mtsai, 2013).

Wehmeier és munkatársai (2010) áttekintő tanulmányukban azokat az eredményeket foglalták össze, melyek az ADHD-s gyermekek és serdülők szociális és emocionális nehézségei terén születtek. Ezen tanulmány és Escobar (2005) tanulmánya szerint is sérülnek a gyermekek családon belüli kapcsolatai és működésük, valamint a szülő-gyermek kapcsolatok konfliktusokkal terheltek, és a stressz mértéke is növekedett (Barkley, 2006).

DuPaul és munkatársai (2001) vizsgálata alapján elmondható, hogy a nagyobb stressz szülői megélése mellett a megküzdő stratégiáik is kevésbé adaptívak, valamint ezek a szülők nagyobb valószínűséggel mutatnak negatív viselkedést gyermekük felé. Emellett az ADHD-s gyermekek kortársaikkal való kapcsolata is számos nehézséggel terhelt (Hoza, 2007).

A kortársakkal való kapcsolatokban az impulzivitás, az énközpontúság, a tolazkodó, gyakran parancsoló vagy ellenséges viselkedés is komoly nehézségeket okoz (Wehmeier és mtsai, 2010). Az ADHD-val diagnosztizált gyermekek a fentebbi

nehézségek miatt kortársaik között kevésbé kedveltek, több visszautasítást élnek meg, valamint kevesebb kölcsönös kapcsolatuk van (Hoza, 2007).

Az ADHD-s gyermekeknél a szociális működés zavara mellett érzelmi sérülések is jelentkeznek (Wehmeier és mtsai, 2010): az érzelem szabályozás gyengesége, a harag/agresszió nagyobb mértékű kifejezése, valamint a csökkent empátia (Barkley, 2006).

Felnőtt korukban az ADHD-s személyek a munkahelyükön több nehézséggel szembesülnek kollégáik részéről pl. az impulzivitás tünetei miatt, de jellemzőek az otthoni- és más kapcsolati nehézségek, például a párkapcsolati szakítások is gyakoribbak (Biederman és mtsai, 1997, idézi Harpin, 2005).

Pomerlau és munkatársai (1995) szerint az ADHD-s személyek nagyobb valószínűséggel fognak dohányozni, nagyobb náluk a kockázata a szerfüggőség kialakulásának, jellemzően alacsonyabb iskolai végzettségűek, gyakoribban váltanak munkahelyet, illetve gyakoribb probléma a munkanélküliség (Neuhaus, 1996).

Mindezen kutatások felhívják a figyelmet, hogy számos területen van gondjuk az ADHD-val élőknek, melyek kihatnak az illető és/vagy környezete életminőségére. Ezért az utóbbi évtizedekben számos kutatás fókuszált az ADHD diagnózisú betegek életminőségének felmérésére (Danckaerts és mtsai, 2009; Velő, 2013; Velő és mtsai, 2013).

Danckaerts és munkatársai (2009) összefoglaló tanulmányukban 1988 és 2008 között publikál, összesen 36 ADHD diagnózisú gyermekek és serdülők életminőségével foglalkozó cikket tekintettek át. Eredményeikből megállapítható, hogy az ADHD-val diagnosztizált gyermekek életminősége rosszabb, mint az egészségeseké. Ez a megállapítás, mind a gyermek, mind a szülő által adott válaszokból kimutatható, azonban az ADHD-val diagnosztizált gyermekek kevésbé értékelik alacsonynak életminőségüket, mint azt szüleik teszik.

Számos további vizsgálat is proxy riportokkal a szülők által megítélt életminőséget mérte, egybehangzó eredmény szerint a gyermekek beszámolójához hasonlóan a szülők is alacsony életminőséget jeleztek az ADHD-s gyermekeknél, a kontroll csoporttal szemben (Becker és mtsai, 2011; Bussing és mtsai, 2010; Flapper és Schoemaker, 2008; Jafari és mtsai, 2010; Limbers és mtsai, 2011; Schreyer és Hampel, 2009; Thaulow és Jozefiak, 2012). Vizsgálat tárgyát képezi az is, hogy a gyermekek és

a szülők által észlelt életminőség mennyiben tér el, az eredmények szerint korábbi eredményekhez hasonlóan a gyermekek magasabbra értékelik önbeszámolójukban életminőségüket, mint szüleik (Flapper és Schoemaker, 2008; Jafari és mtsai, 2010; Thaulow és Jozefiak, 2012; Limbers és mtsai, 2011).

Az életminőség egyes területei áttekintve elmondható, hogy az ADHD az életminőség szomatikus területére nincs jelentős hatással (Danckaerts és mtsai, 2009).

Danckaerts és munkatársai (2009) összefoglaló tanulmánya utáni időszakban számos további kutatás megerősítette, hogy az ADHD-s gyermekek életminőségét egészséges gyermekek életminőségével összehasonlítva alacsonyabb (Bussing és mtsai, 2010; Flapper és Schoemaker, 2008; Jafari és mtsai, 2010; Limbers és mtsai, 2009; Thaulow és Jozefiak, 2012; Yang és mtsai, 2012; Zambrano-Sánchez és mtsai, 2012). Azonban fontos áttekinteni, hogy az életminőség mely területéről van szó ADHD diagnózisú gyermekek esetében is (Velő, 2013; Velő és mtsai, 2014). Danckaerts és munkatársai (2009) arra a következtetésre is jutottak, hogy a különböző mentális betegségek az életminőség néhány területére (pl. az iskolai problémákra) hasonlóan hatnak, míg a más területeken mutató hatás az adott betegségtől függően eltérő lehet, például az ADHD diagnózisú gyermekeknél több viselkedési probléma jelentkezik, ugyanakkor kevesebb emocionális nehézségük van major depresszív epizód diagnózisú gyermekekéhez képest, míg a magatartászavaros gyermekekkel összehasonlítva nem volt különbség az életminőségükben (pl. Sawyer és mtsai, 2002, idézi Danckaerts és mtsai, 2009).

Thaulov és Jozefiak (2012) ADHD diagnózisú gyermekek életminőségét hasonlították össze egészséges kontroll, valamint szorongásos, illetve depressziós zavarú gyermekek életminőségével, eredményeik szerint az utóbbi csoportban magasabb életminőséget találtak.

Renschmidt és Mattejat (2010) longitudinális vizsgálatukban ADHD diagnózisú gyermekek életminőségét más mentális betegséggel diagnosztizált (alkalmazkodási zavar, viselkedészavar, stb.) csoportok életminőségével hasonlította össze, mind a vizsgálat kezdetekor, mind egy évvel később az ADHD-s gyermekek életminősége rosszabb volt.

Varni és Burwinkle (2006) szerint szomatikus betegséggel diagnosztizált gyermekek életminőségét összehasonlítva az ADHD-s gyermekekével eltérő

eredmények mutatkoztak: például újonnan diagnosztizált daganatos megbetegedésben szenvedő gyermekek életminőségét összevetve az ADHD-val diagnosztizált gyermekekével, utóbbi csoport magasabb életminőséget mutatott a fizikai funkcionálás/működés területén, hasonlóan az emócióalitás és az iskolai hatékonyság területén, ugyanakkor rosszabbat a pszichoszociális egészség vagy a szociális funkcionálás/működés terén.

Topolski és munkatársai (2004) által végzett vizsgálatban mozgássérült serdülők életminőségét vetették össze az ADHD diagnózisúak életminőségével, és nem találtak különbséget a két csoport között.

Az életminőség megítélése közötti nemi különbségek felmérése is fontos (Velő, 2013; Velő és mtsai, 2013): az egészséges gyermekekénél megfigyeltekhez hasonló eredményeket kaptak ADHD diagnózisú gyermekek esetében is (Bussing és munkatársai, 2010; Gjervan és mtsai, 2012; O'Callaghan és Sharma, 2012): tehát hogy gyermekkorban nem mutatható ki különbség fiúk és lányok között az életminőségre vonatkozólag és az életkor előrehaladtával a fiúk elégedettebbek az életükkel, mint a lányok (Aszmann, 2003; Michel és mtsai, 2009).

Mint korábban szerepel, az ADHD komorbiditása igen magas, gyakori társuló betegség lehet az oppozíciós zavar, a viselkedészavar, az öngyilkos magatartás, illetve a mániás epizód és a generalizált szorongásos zavar is (Keresztény és mtsai, 2013). Az ADHD-val komorbid betegségek életminőségre való hatását számos korábbi vizsgálat hangsúlyozta (Danckaerts és munkatársai, 2009). Klassen és munkatársai (2004) szerint jelentős különbség mutatkozott az életminőség pontszámokban azok között, akiknél az ADHD mellett kettő vagy több komorbid diagnózis társult összehasonlítva azokkal, akiknél csak az ADHD diagnózisa volt megállapítható. Különbség jelentkezett például a fizikális területen, az általános egészségben, az önbecsülésben, a mentális egészség területén, valamint a pszichoszociális összpontszámokban is. A „csak” ADHD diagnózisú gyermekek és serdülők nem különböznek az életminőség pontszámokban azoktól, akiknek az ADHD mellé csak egy komorbid diagnózis társul. Newcorn és munkatársai (2005, idézi Danckaerts és mtsai, 2009) ADHD diagnózisú gyermekeket hasonlítottak össze olyan gyermekekkel, akiknél az ADHD mellé oppozíciós magatartás zavar (ODD) társult és az utóbbi csoportban alacsonyabb életminőség pontszámokat talált. Ezzel egyező eredményeket találtak Becker és munkatársai (2011) is.

1.5. ADHD és életminőség a klinikumban

Mielőtt rátérek doktori munkám empirikus részének ismertetésére, röviden szeretném bemutatni az ADHD és az életminőség kapcsolatának lehetséges megjelenését a klinikumban esetismertetések kapcsán (Dallos és Balázs, 2014c). A két gyermek betegségének története példa arra, hogy az ADHD hosszútávú, akár felnőttkorig nyúló kezelése során alakulhat a gyermeknek és családjának az életminősége. Az alább ismertetett esetek valóságok, azonban a betegek adatainak védelme érdekében a neveket és a történetek egyes elemeit megváltoztattuk.

Első esetként Ábel és családjának történetét szeretném bemutatni, akik a gyermek 6 éves korában jelentkeztek első alkalommal ellátásra. Szülei mellett óvodapedagógusa is javasolta vizsgálatát, mivel számára is feltűnő volt a gyermek túlmozgékonyága, szóródó figyelme és impulzív viselkedése. A család életében és a kortárskapcsolatokban is jelentős problémákat okoztak a tünetek. Ábel hiperaktivitása, hevesebb temperamentuma, dühkitörései miatt sok közös program végződött rosszul, majd a későbbiekben el is maradt. Túlmozgékonyága és gyengébb veszélyérzetének kombinálódása miatt gyakran okozott apróbb baleseteket, emiatt a nagyszülők határozottan visszautasították Ábel felügyeletét. Összességében elmondható volt, hogy a család életminősége számos területen csökkent. Az anamnézis és a kivizsgálás eredményeképpen felállítottuk az ADHD diagnózisát, megkezdtük a gyógyszeres terápia beállítását (methylphenidate). A zavarral kapcsolatos edukálás mellett a szülők elkötelezetten vettek részt szülőtréningen. Ezek után az óvodából pozitív visszajelzéseket kaptak a szülők és otthon is javult a család életminősége, pl. a nagyszülők az iskolakezdés előtti nyáron egy hétre, testvérével együtt elvitték nyaralni és ez nagyon jól sikerült; gyakorlatilag nem fordult elő, hogy az ADHD tünetei miatt meghiúsult volna programjuk, nővérével is harmonikusabb lett a viszonya és kortárskapcsolatai is javultak. Az alsó tagozat évei jó életminőséggel teltek, mind Ábel, mind a családja számára. Az iskolai teljesítménye képességének megfelelő volt, délután nővérével együtt sportolni járt (úszás), a nagyszülők szükség esetén besegítettek. Hétfévente közös családi programokat tudtak szervezni, melyeknek Ábel is aktív részese volt. Gyermekpszichiátriai kontrollra rendszeresen jártak, a gyógyszeres terápia hatékonynak bizonyult, mellékhatás nem jelentkezett. A felső tagozat megkezdése előtt

iskolaösszevonás miatt normál létszámú osztályba került, számos új kihívást jelentkezett. Ebben a tanévben igen sokat fejlődött testileg is, testsúlya és magassága jelentősen nőtt. Ebben az időszakban Ábel többször panaszkodott reggeli étvágytalanságra, mely a gyógyszermentes napokon nem jelentkezett. Az akkor kamaszkorba lépő nővérével ismét sokat veszekedett, feszültebb lett az otthoni légkör. Összességében Ábel és a család életminősége ismét csökkent, javasoltuk osztályos kontrollvizsgálatát, és mivel az ismételten felmerülő nehézségek a család összes tagjának problémát okoztak, a nagyszülőkkel együtt újra szülőtréningen vettek részt. A szülőcsoporton való részvétel ismételten hatékonynak bizonyult, nem csak Ábel nevelése kapcsán, hanem kamaszodó nővére nevelésében is, a pozitív változások mindennapi életük minőségében is jelentkeztek. 6 osztályos gimnáziumi felvételi idején éjszakai felriadások és ismét reggeli étvágytalanság jelentkezett, a felkészülés során a gyermek kifáradt, a sikeres felvételi vizsga öröme mellett hiányzott az úszásedzés, és így bár a szülők elégedettsége és az ezzel kapcsolatos életminőségváltozása pozitív volt, a gyermek szabadidejét jellemző kortárskapcsolatok (edzéstársak) ritkulása számára jelentős életminőség romlást okozott. Az évek alatt kialakított és jól működő orvos-beteg-család kapcsolatnak köszönhetően lehetett konzultálni a szülőkkel, a gyermekükkel kapcsolatos követelményeken tudtak úgy változtatni, hogy fiúk életminősége ismét javuljon. A gimnázium későbbi éve alatt, a serdüléssel egyidőben újra jelentkeztek impulzivitásából adódó problémái, teljesítménye hullámszóvá vált, kapcsolataiban kritikusan viselkedett, nehezebben tette túl magát a sérelmeken, iskolai eredménye sokat romlott. Ez ismét feszültséget okozott a családtagok között, edzője is elégedetlen volt szétszórtsága, nehéz irányíthatósága, piszkálódós természete miatt, a serdülő életminősége ebben az időszakban ismét romlott. A gyakoribb kontrollok során kiderült, hogy számos tipikus serdülőkori problémája van, ez a szülők számára szinte újdonságként hatott, mivel elégedetlenségeik más-más területen jelentkeztek, a funkcionalitás és a mindennapi élet minőségének értékelése jelentősen eltértek egymástól. A serdülő önismereti csoporton vett részt. 3. osztály első félévében saját kérésre gyógyszermentes volt, igen gyenge félévi bizonyítványa után maga kérte a gyógyszeres terápia visszaállítását. Az érettségiig tartó időszak kiegyensúlyozottan, ismét életminőség növekedéssel telt. Bár az évek során Ábel figyelmi teljesítménye sokat javult, túlmozgékonyága lényegében

klinikai szint alá csökkent, és impulzivitását is megtanulta - maga és környezet is - jól kezelni, ennek ellenére tünetei még mindig kimerítették az ADHD diagnózisát, így nagykorúvá válása után felnőtt ADHD szakambulanciára irányítottuk.

Második esetként István és húga története kerül bemutatásra. Szakambulanciánkon első alkalommal az akkor 5. osztályos fiúval jelentkeztek, az alsó tagozatban képességeihez mérten jól teljesítő kiskamasz fiú tanulmányi eredményének markáns romlása miatt, valamint szélsőségesen konfliktusos kortárskapcsolatok miatt. Mindezek mind István, mind családja életminőségében jelentős romlást okoztak. A szülői beszámoló szerint a fiú mindig is mozgékony, kapkodó, csapongó gyermek volt, de ez eddig nem okozott problémát. Azért sem, mert a szülők magukat és 5 gyermekük közül hármát is hasonló viselkedésűnek írtak le. A vizsgálat során megfigyelhető volt a hiperaktivitás, valamint a figyelem könnyű terelődése és fáradékonysága. Kivizsgálása során impulzivitása is felszínre került, megjelentek a konfliktusok. Kortárs közösségben akaratos, többször durva, piszkálódó természete gyakran verekedésig fajult. Ezzel nem csak saját, hanem környezet életének minőségét is rontotta. Az ADHD diagnózisának felállítása után pszichoedukációt, viselkedésterápiát és gyógyszeres terápiát javasoltunk. A methylphenidate terápia mellett figyelmi teljesítménye javult, viselkedése összeszedettebb lett, irányíthatóbbá vált, iskolai teljesítménye javult, konfliktusai csökkentek, a szülők elégedettek voltak. Mindezek miatt mind István, mind a család életminősége javult. A gyermek és családjának életminőség javulása alapján feltételezhető volt, hogy mind a megtanult viselkedésterápiás elemeket, mind a gyógyszeres terápiát hosszútávon is alkalmazni fogják. Mégis, a későbbiekben csak ritkán, nagyobb problémák esetén jelentkeztek, például amikor Istvánnak egy verekedés miatt fegyelmi eljárása volt az iskolában, tárgyból bukásra állt. Ezek miatt otthon is sok vita, állandó feszültség volt, tehát életminőségük jelentősen romlása miatt kérték kontrollját. Kiderült, hogy sem a javasolt gyógyszeres terápiát, sem a szülőcsoporton tanult magatartásterápiás elemeket nem alkalmazták. Néhány konzultáció után tisztázható volt, hogy legkisebb fiúk viselkedése az egész család életét negatívan érinti, a családok és feszültségek megelőzésében hatékony és nyereséges lehet a tanultak alkalmazása, valamint a gyógyszer visszaállítása, mindezekre a szülők motivációja javult. Későbbiekben bár a kontrollvizsgálatokra eljöttek, és a gyógyszert

rendszeresen szedte István, a nevelési tanácsadás jellegű edukáció elemeit nem tartották, nem alkalmazták.

Húgánál felső tagozatosként hasonló gondokkal szembesültek, Fruzsínál is az ADHD igazolódott, a methylphenidate hatóanyagú gyógyszer a serdülőlány figyelmetlensége mellett impulzivitását is hatékonyan javította. Bár a szülőknek a nagyobb gyermekek önállósodásával elméletileg több energiája jutott a két legkisebb gyermekre, és a gyógyszeres terápia mindkét gyermeknél hatékony volt, a tünetek mégsem csökkentek az elvárható mértékben. A megfelelő érzelmi odafordulás hiányában Istvánnál deviálódás volt tapasztalható, viselkedése az élet szinte minden területén problémát okozott, életminősége rossz volt. Bár mindannyian megtapasztalták a mindennapi életükben jelentkező életminőségromlást, a család kooperációja nem javult. Újra csak Fruzsi érettségijének évében jelentkeztek, a methylphenidate terápia újraindítását kérve. Kiderült, hogy az ezt megelőző két évben a gyermekek gyógyszert nem szedtek, István abbahagyta a tanulást, apa munkahelyén helyezkedett el, Fruzsi pedig nem teljesít elég jól ahhoz, hogy továbbtanulási szándéka reális legyen. A szülők elváltak, a gyermekek az édesapával élnek, édesanyjukkal rendszeres, de ritka a kapcsolatuk. A kontrollvizsgálatok alapján a nagylánynál a gyógyszeres terápia még mindig hatékony volt, közeledő nagykorúsága miatt hosszútávú gondozásra felnőtt ADHD-s betegeket vállaló szakambulanciára irányítottuk, javasolva István gondozásba vételét is.

A két fiatal beteg és családjaik életminőségének fentebb ismertetett megítélése a klinikus véleményén alapul. Bár a klinikus mindennapi munkája során a szakma szabályai szerint, legjobb tudása alapján ítéli meg az életminőséget, mely a beteg panaszain, fizikai és pszichés státuszának felmérésén, szociális működésének és a funkcióképességének megítélésén alapul, de fontos megjegyezni, hogy összességében ez egy szubjektív vélemény.

Dolgozatom további részében ezen a területen végzett doktori munkámhoz kapcsolódó kutatásainkat mutatom be (Dallos és mtsai, 2013; 2014).

2. CÉLKITŰZÉSEK

Doktori munkám során célkitűzésünk volt az életminőség és a pszichiátriai zavarok dimenzionális megközelítésének objektív módon történő vizsgálata klinikai populáción. Ezen szemléletet a jelenlegi klasszifikációs rendszerek nem, illetve igen kevésbé veszik figyelembe, pedig, mint ahogy a bevezetőben leírtam, az irodalomban egyre több adat támasztja alá fontosságukat.

Klinikai tapasztalat, hogy számos gyermek és felnőtt kerül pszichiátriai kivizsgálásra, pedig nem merítik ki a klasszifikációs rendszerek kritériumait (Johnson és mtsai, 1992). Doktori munkám első lépése az volt, hogy feltérképezzünk olyan faktorokat, melyek szerepet játszhatnak abban, hogy egy gyermek pszichiátriai ellátórendszerbe kerüljön, annak ellenére, hogy nincs pszichiátriai diagnózisa. Felmerült az irodalmi adatok alapján, hogy ezen faktorok között az életminőségnek és a pszichiátriai zavarok dimenzionális megközelítésének szerepe lehet.

Doktori munkám első fázisában a következő kérdéseket vizsgáltam olyan gyermekek/serdülők csoportján, akik első alkalommal kerültek a pszichiátriai ellátórendszerbe:

1. Hozzájárul 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?
 - a. Ha igen, mely zavarok tüneteinek 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 (lsd. 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 szakirodalomban és a klinikai gyakorlatban is 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 első alkalommal kerültek pszichiátriai ellátórendszerbe:

1. Milyen összefüggést találunk az ADHD és az életminőség között?
 - a. Ezt az összefüggést hogyan befolyásolják az alábbi faktorok:
 - i. gyermek életkora,
 - ii. gyermek neme,
 - iii. ADHD típusa,
 - iv. ADHD melletti komorbid pszichiátriai zavarok típusa mind kategorikus, mind dimenzionális megközelítésben,

2. A fenti faktoroknak (kor, nem, ADHD típusa, komorbid zavarok) milyen hatása van a szülő, és a gyermek által megítélt életminőségre? Továbbá arra is kíváncsiak voltunk, hogy ezen faktorok milyen hatást gyakorolnak arra, hogy a szülő és a gyermek által megítélt életminőség mennyire tér el egymástól.

3. MÓDSZEREK

3.1. Minta

A vizsgálatokat az Emberi erőforrások Minisztériuma Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának engedélyével végeztük.

A vizsgálatban való részvétel önkéntes alapon történt. A vizsgálatba került gyermekek szülei és a 14 évesnél idősebb gyermekek a betegtájékoztató után írásos beleegyező nyilatkozatot írtak alá. Az adatok anonimitását biztosítottuk. A Vadaskert Alapítvány, Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián 2006. szeptember 4. és 2007. november 30. között minden első alkalommal kivizsgálásra kerülő gyermeket megkíséreltünk a vizsgálatba klinikai csoportjába bevonni.

A kontroll csoport tagjai a helyi, normál populációból kerültek ki, kényelmi mintavétellel. Az adatfelvétel ebben a csoportban 2008-ban zajlott. A résztvevők nem kaptak anyagi vagy bármilyen egyéb kompenzációt a vizsgálatban való részvételért.

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

3.2.1. Gyermek Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)

A M.I.N.I. kérdőívcsaládot Sheehan és Lecrubier munkacsoportjai dolgozták ki (Lecrubier és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1997; Sheehan és mtsai, 1998; Sheehan és mtsai, 2010). A Gyermek M.I.N.I.-t Balázs és munkatársai adaptálták Magyarországon (Balázs és mtsai, 1998; Balázs és mtsai, 2004). Vizsgálataik alapján megfelelő esetszám esetén a kérdőív kritériumvaliditás, interrater reliabilitás és a teszt-reteszt reliabilitás eredményei alátámasztják a mérőeszköz jó használhatóságát és megbízhatóságát.

A Gyermek M.I.N.I. egy rövid, strukturált, átfogó diagnosztikus kérdőív, amely mind a DSM-IV, mind a BNO 10 klasszifikációs rendszereknek megfelelő diagnózisok

felállítását lehetővé teszi (Sheenan és mtsai, 1997 és 1998; Lecubrier és mtsai, 1997; Balázs és mtsai, 2004).

A Gyermek M.I.N.I. 25 gyermekpszichiátriai kórképet vizsgál: szorongásos betegségeket és hangulatzavarokat, alkohol és drog abúzust/dependenciát, tik zavarokat, ADHD-t, oppozíciós zavart, viselkedési zavart, pszichotikus zavarokat, étkezési zavarokat, alkalmazkodási zavart, valamint az átható fejlődési zavart. A kérdőív zárt kérdéseket tartalmaz, igen/nem válaszokat kell adni. A kérdések a DSM-IV-ben szereplő tünetekre kérdeznek rá az adott kórképnél szükséges időkeret figyelembevételével. Ezenkívül a kérdőív felméri, hogy a tünetek a mindennapi életben funkciókárosodást okoznak-e, így a DSM-IV-ben megszabott feltételek alapján felállítható a diagnózis. A diagnózis felállítását az adott diagnosztikus egység végén kell jelölni. A kérdőív a kórképek jelenlegi fennállását vizsgálják, kivéve hipomániás/mániás epizód és pszichotikus zavar, ahol az élettartam megjelenést is.

Az eredeti kérdőív az elágazó fa logikáját követi: ha az adott kórkép alaptünetei nem teljesülnek, akkor a kísérőtünetek felmérését nem kell elvégezni, rá lehet térni a következő kórképre. Vizsgálatunkban a Gyermek M.I.N.I. módosított változatát használtuk, ami akkor is felmérte az kísérőtüneteket, ha nem állt fenn kellő alaptünet. Így lehetővé vált a küszöb alatti kórképek felmérése. Az eredeti kérdőív felvétele kb 30 perc, a módosított kérdőív felvétele kb. 45-60 perc.

A Gyermek M.I.N.I.-t 18 éveseknél fiatalabbak vizsgálatára dolgozták ki, a 13 évesnél fiatalabb gyerekekkel a kérdőívet minden alkalommal szüleik jelenlétében, az ő véleményüket is kikérve veszik fel.

3.2.2. Életminőség kérdőív (Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen - ILK)

Az életminőséget az ILK gyermek/serdülő és szülői változatának felvételével mértük (Mattejat és mtsai, 1998; Kiss és mtsai, 2007). Az ILK az egyetlen, a klinikumban használt általános gyermek életminőség teszt, amelyet hazánkban is validáltak (Kiss és mtsai, 2007), és mind a teszt-reteszt, mind a belső megbízhatósága jónak mondható. A német és magyar mintákon korábban mért validitási vizsgálatokban a kérdőív jól el tudta különíteni az átlagpopulációt a pszichiátriai kezelés alatt álló csoporttól (Mattejat és mtsai, 1998; Kiss és mtsai, 2007).

A kérdőív általános életminőséget mér, az alábbi hat területen: iskola, család, kortárskapcsolatok, az egyedül végzett tevékenység, testi egészség és lelki-idegállapot területét, valamint tartalmaz egy általános életminőség kérdést is. A betegeknek további két kérdést tartalmaz a kérdőív: a betegséget okozó problémák súlyosságának megítélésére, és a kórházi kezelés/vizsgálatok által okozott kellemetlenségre vonatkozóan. A kérdőív a legutóbbi egy héten szubjektíven megélt életminőséget méri. A kérdőív serdülő és szülői változata (lsd. alább) tartalmaz egy időbeosztásra vonatkozó becslést, a nap 24 órájának felosztását kérve a kitöltőtől az alábbi 6 kategóriákba rendezve:

1. iskolában töltött idő
2. házi feladat elkészítésével töltött idő
3. szülőkkel, testvérekkel töltött idő (ide tartozik az étkezés, szórakozás, amit a családtagokkal együtt végez)
4. a barátokkal töltött idő (játékkal, egyesületi tevékenységgel, vagy „lógással”)
5. az egyedül töltött idő (játék, zenehallgatás, TV nézés, olvasás, hobby, stb.)
6. az alvással töltött idő.

A kérdőív kisgyermekkorától 18 éves korig alkalmazható. Önkitöltős formája két korosztályra oszlik: gyermek (7-től 11 éves korig) és serdülő (11 évesnél idősebbek és 18 évesnél fiatalabbak számára). A két korcsoport kérdései azonos területeket mérnek csak, csak az adott korosztály nyelvezetén megfogalmazva. Ezeken kívül létezik a kérdőívnek egy szülői változata, amely a gyermeke életminőségére kérdez rá ugyanazokon a területen, mint a szülői kérdőív. Beteg gyermekeknek továbbá a szülők által átélt problémákra is rákérdez a kérdőív a betegséggel és a kezeléssel kapcsolatosan, további két kérdésben.

Egy 1-5 beosztású Likert skálán kell megjelölniük a gyermekeknek, serdülőknek, illetve a szülőknek, hogyan értékelik az adott területet. A német osztályozási rendszert követve az 1 pont a legjobb („nagyon jó”), az 5 pont a legrosszabb életminőséget jelenti („nagyon rossz”), köztes értékek: elég jó, közepes mértékű, inkább rossz. A gyermek kérdőív a válaszok esetén „smiley”-kat, azaz nevetős, mosolygós, semleges, rosszkedvű és síró arcokat (az 1-5 pontértéknek megfelelően) tartalmaz, ami segít a gyerekeknek saját érzelmeik azonosításában.

3.2.3. Demográfiai adatlap

A gyermekekről a szülők/gondviselők egy demográfiai adatlapot töltöttek ki, amelyben szerepelt a gyermek neme, kora, terhességi, szülési, perinatális anamnézise, a jelenleg látogatott intézmény típusának megnevezése, testvérei száma, sorszám a testvérek között; szülők kora, iskolai végzettsége, jelenlegi foglalkozása, hogy élnek-e, és együtt élnek-e, továbbá bármilyen pszichiátriai betegség vagy öngyilkosság előfordulása a családban.

3.3. Statisztikai módszerek

3.3.1. Első vizsgálat

A leíró statisztikai adatokat közöljük a szövegben. A klinikai és a kontroll csoport közötti különbségek vizsgálata során t-próbákat alkalmaztunk folytonos változók esetén, és χ^2 -próbát a kategorikus változóknál. Spearman-féle korrelációs együtthatóval vizsgáltuk a kétváltozós összefüggéseket az önbeszámolón alapuló életminőség, életkor és a Gyermek M.I.N.I. által felmért tünetszám között. Kruskal–Wallis teszttel és χ^2 -próbával elemeztük a különbségeket a klinikai minta két alcsoportja (1. Gyermek M.I.N.I. szerint felállítható diagnózis; 2. Gyermek M.I.N.I. szerint nem állítható fel diagnózis) és a kontroll csoport között. Logisztikus regresszió elemzést alkalmaztunk forward stepwise selection módszerrel, 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. Az életkor és a nem kontroll változóként kerültek bele a modellbe.

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

3.3.2. Második vizsgálat

A leíró statisztikai adatokat közöljük a szövegben. A nemi különbségeket független mintás t-próbával és Mann-Whitney teszttel vizsgáltuk. Spearman-féle korrelációs együtthatókkal vizsgáltuk az önbeszámolás/szülői beszámolás életminőség,

életkor és a Gyermek M.I.N.I. által felmért tünetszám közötti kétváltozós kapcsolatokat. 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. Független változónak az ILK kérdőívvel mért életminőség gyermek/serdülő önbeszámolóját és a szülői beszámolót vettük, valamint a két beszámoló közötti különbség irányát és a különbség abszolútértékét vettük (szülői beszámoló mínusz gyermek/serdülő önbeszámolója). A Gyermek M.I.N.I. által mért 25 diagnosztikus kategóriából 15-öt vontunk be az elemzésbe mint komorbid zavart; ezeket hat csoportba osztottuk: szorongásos zavarok (agorafóbia, pánikzavar, obszesszív-kompulzív zavar, generalizált szorongás zavar, szociális szorongás zavar, szeparációs szorongás zavar és specifikus fóbia); tik zavarok (Tourette-féle zavar, motoros tik zavar, vokális tik zavar, átmeneti tik zavar); major depresszív epizód és disztímia; (hipo)mániás epizód (jelenlegi); oppozíciós zavar és viselkedési zavar; traumával összefüggő zavarok (poszttraumás stressz zavar és alkalmazkodási zavar). Az étkezési zavarokat (bulimia nervosa és anorexia nervosa), pszichotikus zavarokat, valamint a szerrel kapcsolatos zavarokat (alkohol/pszichoaktív szer abúzus/dependencia) kizártuk az elemzésből, mivel kevesebb, mint 5%-ban fordultak elő a mintában. A Gyermek M.I.N.I. átható fejlődési zavar részét szintén kihagytuk az elemzésből, mivel a Gyermek M.I.N.I. szerzői által végzett validációs vizsgálatban ezt a kórképet nem mérték fel, mivel nem fordult elő a vizsgálati mintában (Sheehan és mtsai, 2010). Az elemzéseket mind a komorbid kórképek kategorikus, mind dimenzionális megközelítéssel lefuttatuk. Az 1. lépésként beraktuk a gyermek életkorát és nemét. Kategorikus megközelítésben a 2. lépésben, hogy az ADHD altípusait be tudjuk vonni az MRA elemzésbe, létrehoztunk két dummy változót: az első változóban az ADHD figyelemhiányos típust kódoltuk 1-es értékkel, míg a hiperaktív/impulzív és a kombinált típust 0-s értékkel; a második változóban az ADHD hiperaktív/impulzív típust kódoltuk 1-es értékkel, míg a figyelemhiányos és a kombinált típust 0-s értékkel. A 3. lépésben a stepwise módszert alkalmaztuk, hogy felmérjük bármely, a Gyermek M.I.N.I. diagnózisából képzett fentebb leírt hat diagnosztikus csoportba tartozó diagnózis hatását (1=legalább egy diagnózis felállítható a csoportban; 0=nincs diagnózis a csoportban). A dimenzionális megközelítésben a gyermek életkorának és nemének berakása után (1. lépés), a 2.

lépésben beraktuk a figyelemhiány, valamint a hiperkativitás/impulzivitás tünetszámát (a Gyermek M.I.N.I. alapján). A 3. lépésben hozzáadtuk a tünetszámot a Gyermek M.I.N.I. hat diagnosztikus csoportja alapján, ismét a stepwise módszerrel alkalmazva. A normalitást Kolgomorov-Smirnov teszttel vizsgáltuk, és Box-Cox, logaritmikus és square-root transzformációt alkalmaztunk, amikor nem teljesült a normalitás.

Az adatokat az IBM SPSS Statistics 20 (SPSS, 2011) programmal elemeztük. Szignifikánsnak a 0,5 α -szintet fogadtuk el.

4. EREDMÉNYEK

Összesen a klinikai csoportban 418 gyermek és serdülő (átlagos életkor=10,82 év, SD=3,81) és szüleik/gondviselőik és a kontroll csoportban 48 gyermek és serdülő (átlagos életkor=10,38, SD=3,77) és szüleik/gondviselőik vettek 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 $p<0,001$), de 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), illetve közülük kizártuk azokat, akiknél hiányzott a szülői ILK kérdőív (N = 24; 11,4%), valamint akiknél a hiányzó adatok mértéke meghaladta a 10%-ot (N = 9; 4,3%). Végül 178 (84,3%) szülő gyermek diádot vontunk be az elemzésbe. Ebben a mintában 148 fiú volt (83,1%), az átlagéletkor 9,33 év (SD = 3,30). A fiúk szignifikánsan fiatalabbak voltak, mint a lányok ($M_{fiúk} = 8,90$; $SD_{fiúk} = 3,10$; $M_{lányok} = 11,43$; $SD_{lányok} = 3,47$, $t(176) = 3,998$, $p < 0,001$).

4.1. Első vizsgálat

4.1.1. Vizsgálati személyek

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: $H(2, N = 466) = 627$ $p = 0,731$), de jelentős a nemek közötti különbség ($\chi^2 = 28621,0$ df = 465 $p < 0,001$).

Az Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli gyermekek kivizsgálásra kerülésének okait az 3. táblázat mutatja be.

3. táblázat. Gyermekpszichiátriai kivizsgálásra kerülés okai azon gyermekeknél, akik Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózist nem kaptak (Dallos és mtsai, 2014b, magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

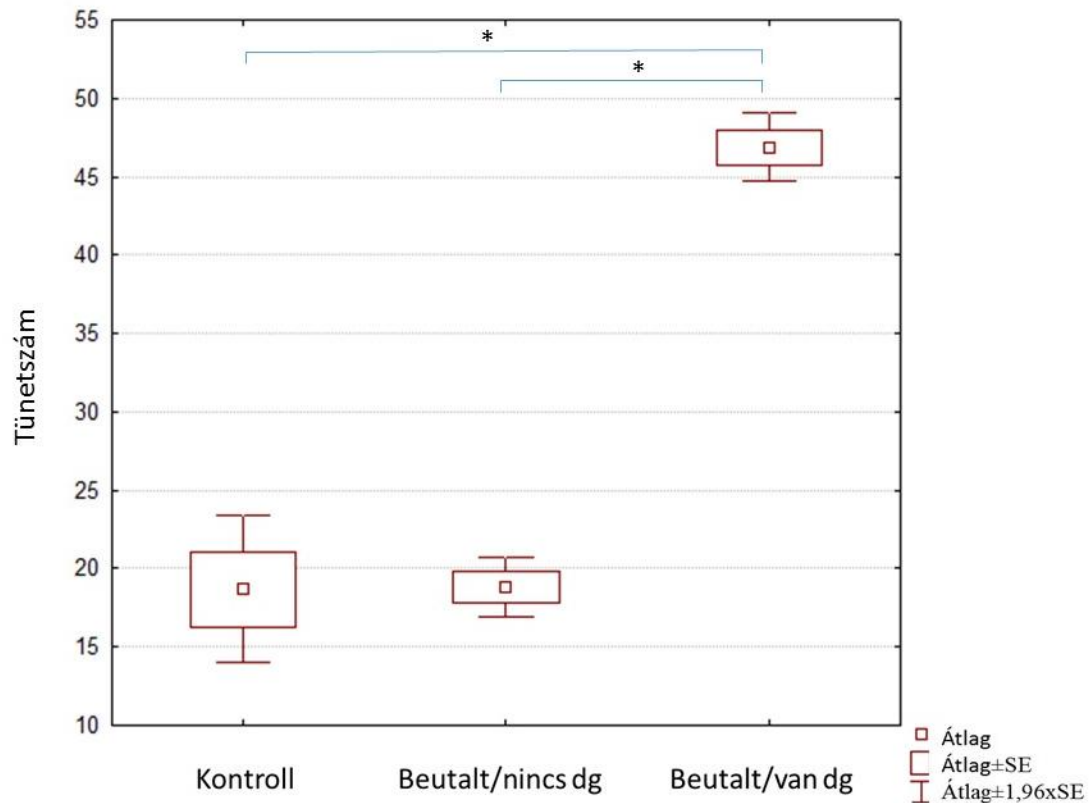
Gyermekpszichiátriai kivizsgálásra kerülés okai	Gyermekek száma
ADHD	6
ADHD + viselkedési zavar	3
ADHD + hangulati/szorongásos probléma	5
ADHD + szomatizációs + tik tünetek	1
ADHD + alvásprobléma	1
ADHD + ASD tünetek	1
ASD tünetek	7
Viselkedési zavar	3
Viselkedési + hangulati/szorongásos probléma	9
Viselkedési + tanulási probléma	1
Evészavar tünetei	1
Evészavar tünetei + hangulati/szorongásos probléma	1
Enkopretikus problémák	1
Tanulási probléma + családi konfliktusok	1
Hangulati/szorongásos probléma	9
Hangulati/szorongásos probléma + öngyilkos magatartás	1
Hangulati/szorongásos probléma + szerabúzus	1
Hangulati/szorongásos probléma + tanulási probléma	5
Hangulati/szorongásos probléma + fejfájásos tünetek	1
Hangulati/szorongásos probléma + szomatizációs + tik tünetek	1
Pszichotikus tünetek	1
Szomatizációs tünetek	1

4.1.2. Összefüggés a tünetek száma és a diagnosztikai státusz között

Összehasonlítva a kivizsgálásra került gyermekek csoportját a kontroll csoporttal, megállapítható volt, hogy 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 gyermekek csoportjában 61 (14,6%) gyermeknél Gyermek M.I.N.I. szerint nem volt diagnózis, 60 (14,3%) gyermeknél egy pszichiátriai diagnózis volt felállítható, 297 (71,1%) gyermek esetében pedig egynél több diagnózis volt megállapítható. A kontroll csoportban 31 (64,6%) gyermeknél nem volt felállítható diagnózis, 4 (8,3%) gyermeknél egy, 13 (27,1%) gyermeknél pedig egynél több diagnózis volt felállítható Gyermek M.I.N.I. alapján. Az felvételre került csoport és a kontroll csoport szignifikáns eltérést mutatott a diagnózisok számát illetően (a kategóriák: nincs / egy / több mint egy diagnózis) ($\chi^2 = 68,15$, $df = 2$, $p < 0,001$). A fiúk és lányok között nem találtunk különbséget a diagnózisok számát illetően ($\chi^2 = 0,075$, $df = 1$, $p = 0,784$).

A három vizsgálati csoport (Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli gyermekek csoportja, egy vagy több diagnózist kapott gyermekek csoportja és kontroll csoport) szignifikánsan különbözött a tünetek számát illetően ($H(2, N = 466) = 151,021$ $p < 0,001$). 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 ($z = 0,012$, $p = 1,000$) (1. ábra). A fiúk és a lányok nem különböztek össztünetszámot illetően ($z = -0,218$, $p = 0,828$), de a fiúknál szignifikánsan több ADHD ($z = 8,062$, $p < 0,001$), ODD ($z = 4,174$, $p < 0,001$), és CD ($z = 4,744$, $p < 0,001$) tünet jelent meg, mint a lányoknál.



1. ábra. A három vizsgálati csoport (Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli gyermekek csoportja, egy vagy több diagnózist kapott gyermekek csoportja és kontroll csoport) tüneteszámjai (Dallos és mtsai, 2014b magyarra fordítva, kiegészítve, a kiadó engedélyével)

4.1.3. Életminőség és Gyermek M.I.N.I. tüneteszámok

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, $t = -5,887$, $df = 385$, $p < 0,001$). Szoros összefüggést találtunk az önbevalláson alapuló életminőség és az életkor között (Spearman $\rho = 0,455$, $p < 0,001$), mely jelzi, hogy az életkor növekedésével nő az életminőség károsodása. A fiúk szignifikánsan nagyobb életminőség károsodást mutattak, mint a lányok ($M = 16,87$, $SD = 4,96$ és $M = 15,08$, $SD = 3,95$, illetve, $t = 3,596$, $df = 392$, $p < 0,001$). Továbbá szignifikánsan romlott az életminőség a Gyermek M.I.N.I. szerinti tüneteszám

növekedésével (Spearman rho = 0,404 p <0,001), négy tünetcsoport kivételével (specifikus fóbia, tik zavarok, ADHD és CD) (4. táblázat).

4. táblázat. Kétváltozós összefüggés a kor, a Gyermek M.I.N.I. szerinti diagnózisok tünetszáma és az önbevalláson alapuló életminőség között (Dallos és mtsai, 2014b magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

		MDE	Disz- tí- mia	(Hipo) Máni- ás epi- zód	Pá- nik	Sze- pará- ciós szo- rongás	Szoci- ális fóbia	Speci- fikus fóbia	OCD	PTSD	Tic	ADHD	CD	ODD	AN	Gene- rali- zált szo- rongás	Per- va- zív za- var
Kor	minta teljes elem- száma (N=466)	0,178*	0,203*	-0,055	0,141*	-0,004	0,170*	-0,070	0,195*	0,081	-0,045	-0,404*	-0,087	-0,179*	0,384*	0,269*	-0,136
	fiúk (N=313)	0,083	0,134	-0,145	0,111	-0,080	0,094	-0,148	0,124	0,002	-0,013	-0,412*	-0,086	-0,2088*	0,288*	0,183*	-0,166
	lányok (N=153)	0,268*	0,266*	0,219	0,190	0,101	0,246*	0,005	0,191	0,144	-0,040	-0,146	0,112	0,039	0,376*	0,338*	0,005

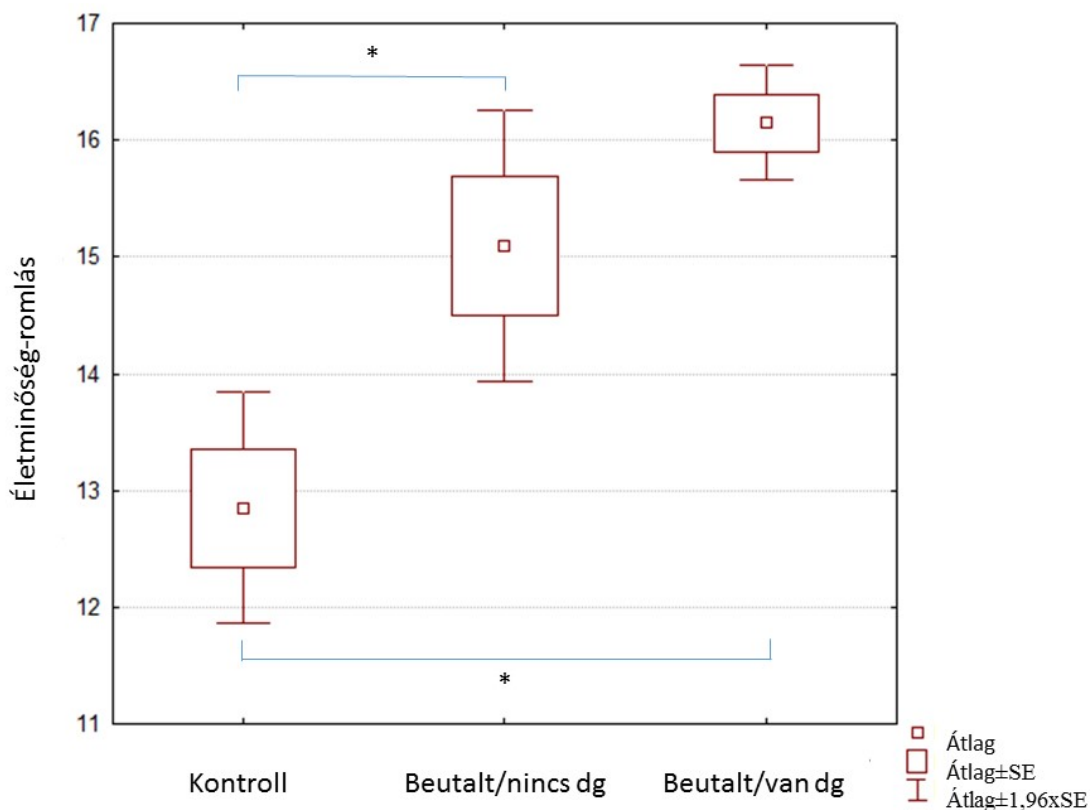
4. táblázat folytatása. Kétváltozós összefüggés a kor, a Gyermek M.I.N.I. szerinti diagnózisok tüneteinek száma és az önbevalláson alapuló életminőség között (Dallos és mtsai, 2014b magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

		MDE	Disz- tí- mia	(Hipo) Máni- ás epizód	Pá- nik	Szepa- rációs szo- rongás	Szo- ciális fóbia	Speci- fikus fóbia	OCD	PTSD	Tic	ADH D	CD	ODD	AN	Gene- rali- zált szo- rongás	Per- va- zív zavar
Tel- jes tü- net- szá- m	minta teljes elem- száma (N=466)	0,630*	0,665*	0,669*	0,465*	0,490*	0,321*	0,300*	0,404*	0,366*	0,252*	0,682*	0,572*	0,704*	0,164*	0,500*	0,470*
	fiúk (N=313)	0,615*	0,644*	0,654*	0,440*	0,450*	0,288*	0,334*	0,383*	0,316*	0,271*	0,715*	0,568*	0,700*	0,129	0,473*	0,461*
	lányok (N=153)	0,709*	0,723*	0,688*	0,534*	0,584*	0,408*	0,256*	0,464*	0,466*	0,211	0,687*	0,579*	0,723*	0,332*	0,598*	0,479*

4. táblázat folytatása. Kétváltozós összefüggés a kor, a Gyermek M.I.N.I. szerinti diagnózisok tüneteinek száma és az önbevalláson alapuló életminőség között (Dallos és mtsai, 2014b magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

		MDE	Disztímia	(Hipo) Mániás epizód	Pánik	Szeparációs szorongás	Szociális fóbia	Specifikus fóbia	OCD	PTSD	Tic	ADHD	CD	ODD	AN	Generalizált szorongás	Pervazív zavar
QoL	minta teljes elemszáma (N=394)	0,415*	0,409*	0,169*	0,284*	0,229*	0,248*	0,067	0,195*	0,217*	0,077	-0,024	0,164*	0,131	0,205*	0,377*	0,191*
	fiúk (N=265)	0,275*	0,291*	0,101	0,215*	0,127	0,134	0,061	0,107	0,124	0,124	-0,085	0,126	0,046	0,146	0,320*	0,141
	lányok (N=129)	0,618*	0,566*	0,401*	0,372*	0,401*	0,393*	0,072	0,294*	0,332*	0,027	0,322*	0,372*	0,398*	0,212	0,418*	0,356*
Spearman-féle rho Bonferroni korrekcióval ($\alpha=0,05/16=0,003$)																	

A három vizsgálati csoportban (felvételre került, de Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli, felvételre került és Gyermek M.I.N.I. szerint egy vagy több diagnózist kapott gyermekek csoportja és a kontroll csoport), szignifikáns különbséget találtunk az önbevalláson alapuló életminőség tekintetében ($H(2, N = 394) = 27,126, p < .001$). 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 (Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózist nem kapott, illetve 1 vagy több diagnózist kapott) nem mutatott szignifikáns különbséget az életminőség károsodása tekintetében ($z = 1,410, p = 0,479$) (2. ábra).



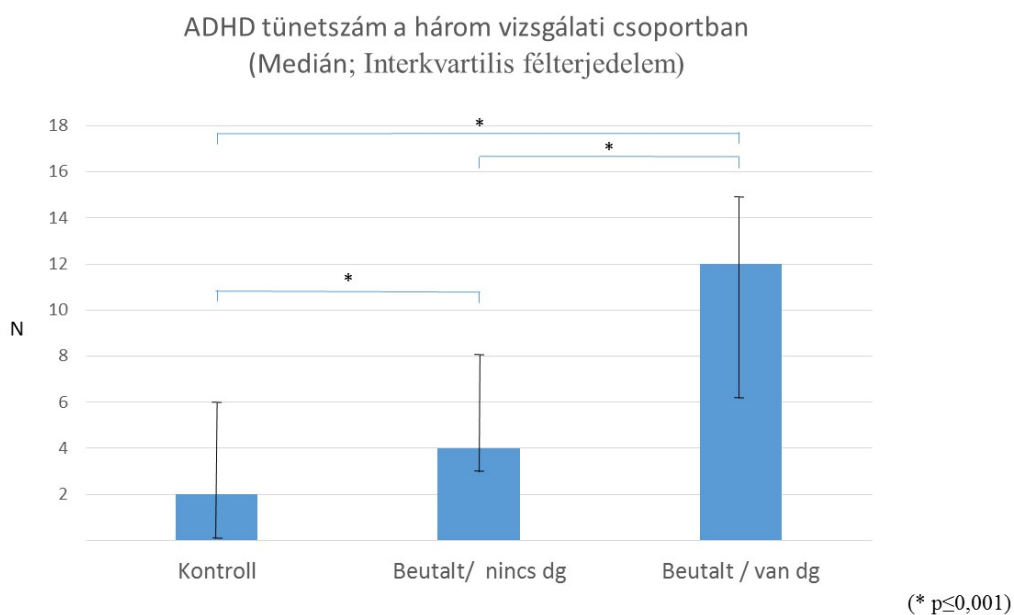
2. ábra. A három vizsgálati csoport (Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli gyermekek csoportja, egy vagy több diagnózist kapott gyermekek csoportja és kontroll csoport) életminőség-romlása (Dallos és mtsai, 2014b magyarra fordítva, kiegészítve, a kiadó engedélyével)

4.1.4. A tünetek számának hatása a Gyermek M.I.N.I. alapján diagnózis nélküli gyermekeknél arra, hogy kivizsgálásra kerülnek-e

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. A kor és a nem kontrollálásával a forward stepwise eljárás során először az ADHD tüneteinek száma került be a modellbe, majd másodszorra a szociális fóbia tüneteinek száma; a többi változóra, amelyek nem kerültek be a modellbe, nem teljesültek a szükséges kritériumok. A Hosmer és Lemeshow teszt nem volt szignifikáns ($\chi^2=4,416$, $df=8$, $p=.818$), ami alátámasztotta a modellt.

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 (5. és 6. táblázat).

Az ADHD tüneteinek megjelenését a 3 vizsgálati csoportban a 3. ábra mutatja be.



3. ábra. Az ADHD tüneteinek megjelenését a 3 vizsgálati csoportban

5. táblázat. Logisztikus regresszióanalízis – a Gyermek M.I.N.I. alapján kialakított diagnosztikus csoportok tünetszámának a hatása a csoport hovatartozásra (azoknak a gyermekeknek a csoportja, akik Gyermek M.I.N.I. diagnózis nélkül kerültek pszichiátriai kivizsgálásra / kontroll csoport). (Dallos és mtsai, 2014b magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

Prediktor változó	B	SE B	Wald-féle χ^2	df	p	Exp(B) (esélyhányados)	Exp(B) 95% CI-a
Konstans	-0,456	0,335	1,855	1	0,173	0,634	NA
Kor	0,091	0,059	2,429	1	0,119	1,096	0,977 — 1,229
Nem (=fiúk; ref=lányok)	0,942	0,458	4,231	1	0,040	2,565	1,045 — 6,295
Szociális fóbia tüneteinek száma	-0,625	0,245	6,522	1	0,011	,535	0,332 — 0,865
ADHD tüneteinek száma	0,151	0,058	6,838	1	0,009	1,163	1,038 — 1,302
Teszt			χ^2	df	p		
A modell együttthatóinak Omnibus tesztje			23,657	4	<0,001		
Hosmer és Lemeshow teszt az illeszkedés jósága mutatóra			4,416	8	0,818		
N=109. Cox és Snell R^2 =,195. Naglekerke R^2 =,261.							

M.I.N.I.: Mini International Neuropsychiatric Interview; ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder / Figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar; NA: nem alkalmazható

6. táblázat. A pszichiátriai ellátása kerülés megfigyelt és bejósolt gyakoriságai logisztikus regresszióval 0,05-ös cut-off értékkel (Dallos és mtsai, 2014b magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

Megfigyelt	Bejósolt		Helyes (%)
	Nem	Igen	
Nem	31	17	64,6
Igen	15	46	75,4
Összesen helyes (%)			70,6

4.2. Második vizsgálat

4.2.1. Vizsgálati személyek

A vizsgálati csoport demográfiai jellemzőit az 7. táblázat mutatja be.

7. táblázat. Demográfiai jellemzők (N=178) (Dallos és mtsai, 2014a magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

	N (%)
Apa iskolai végzettsége	
Alapfokú iskolázottság	97 (54,5)
Középfokú iskolázottság	40 (22,5)
Felsőfokú iskolázottság	29 (16,3)
Nincs adat	12 (6,8)
Apa gazdasági aktivitása	
Gazdaságilag aktív	124 (69,7)
Munkanélküli	9 (5,1)

7. táblázat folytatása. Demográfiai jellemzők (N=178) (Dallos és mtsai, 2014a magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

	N (%)
Egyéb	24 (13,4)
Nincs adat	21 (11,8)
Anya iskolai végzettsége	
Alapfokú iskolázottság	83 (46,6)
Középfokú iskolázottság	55 (30,9)
Felsőfokú iskolázottság	31 (17,5)
Nincs adat	9 (5,0)
Apa gazdasági aktivitása	
Gazdaságilag aktív	84 (47,2)
Munkanélküli	13 (7,3)
Egyéb	69 (38,7)
Nincs adat	12 (6,8)
Családi szerkezet	
Eredeti teljes család	98 (55,1)
Egyszülős család	33 (18,6)
Teljes család nevelőapával	30 (16,8)
Egyéb	12 (6,8)
Nincs adat	5 (2,7)

A Gyermek M.I.N.I. szerinti diagnózisok leíró statisztikáit a 8. táblázatban láthatjuk.

8. táblázat. Gyermek M.I.N.I. szerinti diagnózisok (Dallos és mtsai 2014a magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

	N (%)
ADHD figyelmetlen típus	34 (19,1)
ADHD hiperaktív/impulzív típus	17 (9,6)
ADHD kombinált típusa	127 (71,3)
MDE/Disztímia	25 (14)
(Hipo)Mánia (jelenlegi)	61 (34,3)
Szorongásos betegségek	79 (44,4)
PTSD/Alkalmazkodási zavar	11 (6,2)
Tik	12 (6,7)
CD/ODD	138 (77,5)

N=178. ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder /

Figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar; MDE: Major Depressive Episode / Major depressziós epizód; ODD: Oppositional Defiant Disorder / Oppozíciós zavar; CD: Conduct Disorder / Viselkedési zavar; PTSD: Posttraumatic Stress Disorder / Posztraumás Stressz Zavar.

4.2.2. Kétváltozós kapcsolatok a vizsgálatba bevont változók között

A 9. táblázatban látható, hogy szignifikáns pozitív korrelációt kaptunk közepes hatásmérettel a gyermek életkora, valamint mind az önbeszámolón alapuló, mind a szülő által megítélt életminőség, továbbá a MDE/disztímia, szorongásos zavarok és a traumával összefüggő zavarok tüneteinek száma között. A gyermek életkora szignifikáns negatív korrelációt mutatott a hiperaktivitás/impulzivitás tünetek számával.

A 9. táblázatban látható, hogy mérsékelt kapcsolatot találtunk a szülő által, valamint a gyermek saját maga által megítélt életminőség között. A gyermek által megítélt ILK pontszám szignifikáns pozitív kapcsolatban állt a MDE/disztímia, szorongásos zavarok és traumával összefüggő zavarok tüneteinek számával, és negatív kapcsolatot mutatott a hiperaktivitás/impulzivitás tünetszámmal. Közepes hatásméretű szignifikáns pozitív korrelációt kaptunk a szülő által megítélt életminőség és a MDE/disztímia, valamint a szorongásos zavarok tüneteinek száma között.

9. táblázat Kétváltozós kapcsolatok a vizsgált változók között (Spearman-féle együttható)

	Önbevalláson alapuló ILK teljes pontszám	Szülő által megítélt ILK teljes pontszám	Figyelemzavar tünetei	Hiperaktivitás/ impulzivitás tünetei	MDE/Disztímia tünetei	(Hipo)Mánia tünetei (jelenlegi)	ODD/CD tünetei	Szorongásos betegség tünetei	Tik tünetek	PTSD tünetek/ Alkalmazkodási zavar
Gyermek kora	0,346**	0,220*	-0,065	-0,478**	0,358**	-0,101	0,071	0,297**	-0,065	0,239*
Önbevalláson alapuló ILK teljes pontszám	—	0,370**	0,042	-0,223*	0,375**	0,029	0,084	0,401**	0,040	0,278**
Szülő által megítélt ILK teljes pontszám		—	0,023	-0,097	0,409**	-0,001	0,177	0,356**	0,023	0,052
Figyelemzavar tünetei			—	0,237*	0,151	0,163	0,231*	0,163	0,021	-0,066
Hiperaktivitás/ impulzivitás tünetei				—	-0,051	0,376**	0,164	-0,100	0,136	-0,131

9. táblázat folytatása. Kétváltozós kapcsolatok a vizsgált változók között (Spearman-féle együttható)

	Önbevalláson alapuló ILK teljes pontszám	Szülő által megítélt ILK teljes pontszám	Figyelemzavar tünetei	Hiperaktivitás/ impulzivitás tünetei	MDE/Disztímia tünetei	(Hipo)Mánia tünetei (jelenlegi)	ODD/CD tünetei	Szorongásos betegség tünetei	Tik tünetek	PTSD tünetek/ Alkalmazkodási zavar
MDE/Disztímia tünetei					—	0,264**	0,259**	0,452**	0,067	0,220**
(Hipo)Mánia tünetei (jelenlegi)						—	0,228*	0,143	0,117	0,114
ODD/CD tünetei							—	0,167	0,047	0,092
Szorongásos betegség tünetei								—	0,206**	0,368**

* $p < 0,005$ (=0,05/11 Bonferroni korrekcióval) ** $p < 0,001$. ILK: Erfassung der Lebensqualität Kindern und Jugendlichen; MDE: Major Depressive Episode / Major depressziós epizód; ODD: Oppositional Defiant Disorder / Oppozíciós zavar; CD: Conduct Disorder / Viselkedési zavar; PTSD: Posttraumatic Stress Disorder / Poszttraumás stressz zavar.

4.2.2.1. Nemi különbségek az életminőségben

A fiúk szignifikánsan jobbra értékelték életminőségüket, mint a lányok ($M_{\text{fiúk}}=19,38$; $SD_{\text{fiúk}}=4,88$; $M_{\text{lányok}}=25,03$; $SD_{\text{lányok}}=6,55$; $t(176)=4,476$; $p<0,001$), azonban nem találtunk a gyermek neme szerint különbséget a szülők által megítélt életminőségben ($M_{\text{fiúk}}=22,09$; $SD_{\text{fiúk}}=4,19$; $M_{\text{lányok}}=23,47$; $SD_{\text{lányok}}=3,86$; $t(176)=1,658$; $p=0,099$). A szülő és a gyermek által megítélt életminőség közötti különbség, ha azt a mutatót tekintjük, amely az eltérés irányát is figyelembe veszi, nagyobb volt a fiúknál ($M_{\text{fiúk}}=2,71$; $SD_{\text{fiúk}}=5,22$; $M_{\text{lányok}}=-1,57$; $SD_{\text{lányok}}=6,47$; $t(176)=3,400$; $p=0,002$). Fiúknál az átlagos eltérés szignifikánsan magasabb volt nullánál ($t(149)=6,056$; $p<0,001$); azonban lányoknál összetartozó mintás t-próbával nem kaptunk szignifikáns eredményt ($t(29)=-1,326$; $p=0,195$). Másrészt az életminőség pontszám két megítélése (azaz szülői vagy saját) közötti különbség abszolút értéke magasabb volt a lányoknál ($M_{\text{fiúk}}=2,17$; $SD_{\text{fiúk}}=1,36$; $M_{\text{lányok}}=2,71$; $SD_{\text{lányok}}=1,11$; $t(176)=2,025$; $p=0,044$).

A fiúk több hiperaktivitás/impulzivitás tünetről számoltak be ($z=-3,033$; $p=0,002$), de kevesebb tünetük volt az alábbi diagnosztikus csoportokban: MDE/disztímia ($z=-4,102$; $p<0,001$), szorongásos zavarok ($z=-3,126$; $p=0,002$) és traumával összefüggő zavarok ($z=-2,642$; $p=0,008$).

4.2.3. Többváltozós elemzések

4.2.3.1. A gyermek életkorának és nemének hatása az életminőségre

Az MRA 1. lépéseként betettük a regressziós elemzésbe a gyermek életkorát és nemét mint kontroll változót. 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 ($\beta=0,210$; $p=0,007$; $\Delta P^2=0,056$; $F(2,175)=5,197$; $p=0,006$), vagyis a gyermek növekvő életkorával a szülők rosszabbnak ítélik meg gyermekük életminőségét.

Amikor a szülő és a gyermek által megítélt életminőség közötti különbségnek azt a mutatóját tekintettük függő változónak az MRA 1. lépésében, amely az eltérés irányát is figyelembe veszi, szignifikáns modellt kaptunk ($\Delta R^2=0,101$; $F(2,175)=9,818$; $p<0,001$). A kétváltozós elemzések eredményeinek megfelelően az eltérés irányát is figyelembe vevő mutató szignifikáns pozitív kapcsolatban volt a gyermek nemével ($\beta=0,254$; $p=0,001$).

Amikor a két megítélés közötti különbség abszolútértékét vettük függő változónak, 2,3% volt a teljes magyarázott variancia a gyermek nemének és korának bevonásával ($F(2,175)=2,087$; $p=0,127$), ami azt jelenti, hogy nem járult hozzá szignifikánsan a modellhez.

4.2.3.2. Az ADHD altípusainak és a komorbid kórképeknek a hatása az életminőségre

A kategorikus megközelítést alkalmazva, az MRA 2. lépéseként betettük az ADHD altípusait az elemzésbe, azonban egyik függő változó esetében sem kaptunk szignifikáns hatást (lásd 10.a. táblázat).

10.a. táblázat A többszörös hierarchikus regresszió eredményei a kategorikus megközelítésben (Dallos és mtsai, 2014a magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

<i>Függő változó</i>	Önbevalláson alapuló ILK összpontszám				Szülő által megítélt ILK összpontszám				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbsége				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbségének abszolút értéke			
	β	t	P		β	T	p		β	t	p		β	t	P	
1. LÉPÉS				$\Delta R^2=0,2$ 21 $p<0,001$				$\Delta R^2=0,0$ 56 $p=0,006$				$\Delta R^2=0,1$ 01 $p<0,001$				$\Delta R^2=0,0$ 23 $p=0,127$
Konstans	NA	13,2 93	<0,0 01		NA	47,0 61	<0,0 01		NA	385,4 00	$p<0,0$ 01		NA	7,46 0	$P<0,0$ 01	
Gyermek neme (lány=0 fiú=1)	- 0,29 5	- 4,23 5	<0,0 01		- 0,06 4	- 0,83 8	0,40 3		0,25 4	3,387	0,001		- 0,15 8	- 2,02 3	0,045	
Gyermek kora	0,29 1	4,17 1	<0,0 01		0,21 0	2,73 9	0,00 7		- 0,13 2	- 1,758	0,080		- 0,02 4	- 0,30 9	0,758	

10.a. táblázat folytatása. A többszörös hierarchikus regresszió eredményei a kategorikus megközelítésben (Dallos és mtsai, 2014a magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

Függő változó	Önbevalláson alapuló ILK összpontszám				Szülő által megítélt ILK összpontszám				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbsége				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbségének abszolút értéke			
				$\Delta R^2=0,007$ p=0,46 5				$\Delta R^2=,015$ p=.25 1				$\Delta R^2=0,001$ p=0,94 0				$\Delta R^2=0,009$ p=0,45 8
2. LÉPÉS																
ADHD Figyelmetlen típus (ref=kombinált)	0,0 94	1,2 40	0,2 17		0,1 35	1,6 31	0,1 05		0,0 02	0,0 27	0,9 78		0,1 05	1,2 44	0,2 15	
ADHD Hiperaktív/impulzív típus (ref=kombinált típus)	0,0 16	0,2 33	0,8 16		- 0,0 07	- 0,0 92	0,9 27		- 0,0 25	- 0,3 41	0,7 33		0,0 26	0,3 37	0,7 37	

10.a. táblázat folytatása. A többszörös hierarchikus regresszió eredményei a kategorikus megközelítésben (Dallos és mtsai, 2014a magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

Függő változó	Önbevalláson alapuló ILK összpontszám				Szülő által megítélt ILK összpontszám				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbsége				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbségének abszolút értéke			
												#				
3. LÉPÉS (Stepwise eljárás)																
Egyéb szorongásos betegségek (igen=1 nem=0)					0,258	3,550	<,001	$\Delta R^2=.063$ p<.001								
Mánia/Hipománia diagnózis (jelenlegi) (igen=1 nem=0)																
MDE/Disztímia diagnózis (igen=1 nem=0)					0,207	2,688	,008	$\Delta R^2=.035$ p<.008					0,242	3,038	0,033	$\Delta R^2=0,049$ p=0,003
Egyéb tik zavarok (igen=1 nem=0)																

10.a. táblázat folytatása. A többszörös hierarchikus regresszió eredményei a kategorikus megközelítésben (Dallos és mtsai, 2014a magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

<i>Függő változó</i>	Önbevalláson alapuló ILK összpontszám				Szülő által megítélt ILK összpontszám				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbsége				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbségének abszolút értéke			
ODD/CD (igen=1 nem=0)	0,136	2,032	0,044	$\Delta R^2=0,018$ $p=0,044$	0,161	2,288	,023	$\Delta R^2=.025$ $p=.023$								
PTSD/alkalmazkodási zavar (igen=1 nem=0)	0,177	2,537	0,012	$\Delta R^2=0,028$ $p=0,012$												
<i>Végső modell</i>	$R^2=0,273$; módosított $R^2=0,248$; $F(6,171)=10,718$ $p<,001$.				$R^2=0,194$; módosított $R^2=0,161$; $F(7,170)=5,860$ $p<,001$.				$R^2=0,102$; módosított $R^2=0,081$ $F(4,173)=4,887$ $p=0,001$.				$R^2=0,081$; módosított $R^2=0,055$; $F(5,172)=3,046$ $p=0,012$.			

$N=178$; β : standardizált regressziós együttható; NA: nem alkalmazható; ILK: Erfassung der Lebensqualität Kindern und Jugendlichen; ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder / Figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar; MDE: Major Depressive Episode / Major depressziós epizód; ODD: Oppositional Defiant Disorder / Oppozíciós zavar; CD: Conduct Disorder / Viselkedési zavar; PTSD: Posttraumatic Stress Disorder / Poszttraumás stress zavar. # Nem került be változó az egyenletbe.

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, a forward stepwise eljárással 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. A többi változóra, amelyek nem kerültek be a modellbe, nem teljesültek a szükséges kritériumok.

Amikor a szülői beszámolón alapuló ILK pontszámot vettük függő változónak, a forward stepwise eljárással 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.

Amikor a szülő és a gyermek által megítélt életminőség közötti különbségnek azt a mutatóját tekintettük függő változónak, amely az eltérés irányát is figyelembe veszi, nem került be a regressziós egyenletbe egy változó sem az utolsó lépésben.

Másrészt viszont a MDE/disztímia kategória szignifikánsan hozzájárult a modellhez ($\beta=0,242$; $p=0,003$) amikor az életminőség megítélés különbségének abszolút értéke volt a függő változó: a variancia további 4,9%-át magyarázta.

4.2.3.3. Az ADHD és a komorbid kórképek tünetszámának hatása az életminőségre

Dimenzionális megközelítésben az MRA 2. lépéseként a figyelemhiány, valamint a hiperaktivitás/impulzivitás tünetszámát tettük be a modellbe, de ezek a változók egyik függő változó esetében sem eredményeztek szignifikáns modellt (lásd 10.b. táblázat).

10.b. táblázat A többszörös hierarchikus regresszió eredményei a dimenzionális megközelítésben (Dallos és mtsai, 2014a, magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

<i>Függő változó</i>	Önbevalláson alapuló ILK összpontszám				Szülő által megítélt ILK összpontszám				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbsége				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbségének abszolútértéke			
	β	T	P		β	T	P		β	t	P		β	T	p	
1. LÉPÉS				$\Delta R^2=0,2$ 21 $p<0,001$				$\Delta R^2=0,0$ 56 $p=0,006$				$\Delta R^2=0,1$ 01 $p<0,001$				$\Delta R^2=0,0$ 23 $p=0,127$
Konstans	NA	13,2 93	<0,0 01		NA	47,0 61	<0,0 01		NA	385,4 00	$P<0,0$ 01		NA	7,46 0	$p<0,0$ 01	
Gyermek neme	- 0,29 5	- 4,23 5	<0,0 01		- 0,06 4	- 0,83 8	0,403		0,25 4	3,387	0,001		- 0,15 8	- 2,02 3	0,045	
Gyermek kora	0,29 1	4,17 1	<0,0 01		0,21 0	2,73 9	0,007		- 0,13 2	-1,758	0,080		- 0,02 4	- 0,30 9	0,758	

10.b. táblázat folytatása. A többszörös hierarchikus regresszió eredményei a dimenzionális megközelítésben (Dallos és mtsai, 2014a, magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

<i>Függő változó</i>	Önbevalláson alapuló ILK összpontszám			Szülő által megítélt ILK összpontszám			A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbsége			A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbségének abszolútértéke		
2. LÉPÉS			$\Delta R^2=0,016$ $p=0,165$			$\Delta R^2=0,009$ $p=0,455$			$\Delta R^2=0,006$ $p=0,555$			$\Delta R^2=0,004$ $p=0,692$
ADHD figyelmetlen típus		0,218			0,243			0,788			0,956	
ADHD Hiperaktív/impulzív típus		0,106			0,530			0,281			0,403	

10.b. táblázat folytatása. A többszörös hierarchikus regresszió eredményei a dimenzionális megközelítésben (Dallos és mtsai, 2014a, magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

<i>Függő változó</i>	Önbevalláson alapuló ILK összpontszám				Szülő által megítélt ILK összpontszám				A szülő és a gyermek/serdül ő által megítélt ILK összpontszámok különbsége				A szülő és a gyermek/serdül ő által megítélt ILK összpontszámok különbségének abszolútértéke			
3. LÉPÉS (Stepwise eljárás)																
Szorongásos betegségek tünetei	0,29 8	4,09 3	=<0,00 1	$\Delta R^2=0,06$ 8 p<0,001	0,20 6	2,42 3	0,016	$\Delta R^2=0,02$ 8 p=0,016								
Mánia/Hipománia tünetei (jelenlegi)																
MDE/Disztímia tünetei					0,34 2	4,16 0	<0,00 1	$\Delta R^2=0,08$ 6 p<0,001								
Tik zavar tünetei																

10.b. táblázat folytatása. A többszörös hierarchikus regresszió eredményei a dimenzionális megközelítésben (Dallos és mtsai, 2014a, magyarra fordítva, a kiadó engedélyével)

Függő változó	Önbevalláson alapuló ILK összpontszám				Szülő által megítélt ILK összpontszám				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbsége				A szülő és a gyermek/serdülő által megítélt ILK összpontszámok különbségének abszolútértéke			
ODD/CD tünetei													0,241	3,13 4	0,00 2	$\Delta R^2 =$ 0,053 $p=0,0$ 02
PTSD/alkalmazási zavar tünetei	0,156	2,26 9	0,025	$\Delta R^2 =$ 0,020 $p=0,0$ 025					-0,202	- 2,70 6	0,00 7	$\Delta R^2 =$ 0,036 $p=0,0$ 007				
Végső modell	$R^2=0,325$; módosított $R^2=0,301$; $F(6,171)=13,729$ $p<0,001$				$R^2=0,178$; módosított $R^2=0,149$; $F(7,170)=6,185$ $p<0,001$.				$R^2=0,143$; módosított $R^2=0,119$; $F(5,172)=5,761$ $p<0,001$.				$R^2=0,080$; módosított $R^2=0,053$; $F(5,172)=2,990$ $p=0,013$			

$N=178$; β : standardizált regressziós együttható, NA: nem alkalmazható; ILK: Erfassung der Lebensqualität Kindern und Jugendlichen; ADHD: Attention

Deficit/Hyperactivity Disorder / Figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar; MDE: Major Depressive Episode / Major depressziós epizód; ODD: Oppositional Defiant

Disorder / Oppozíciós zavar; CD: Conduct Disorder / Viselkedési zavar; PTSD: Posttraumatic Stress Disorder / Poszttraumás stress zavar

A 3. lépésként stepwise eljárással betettük a tünetszámokat az egyes komorbid diagnosztikus csoportokból.

Amikor az önbeszámolón alapuló ILK pontszám volt a függő változó, a forward stepwise eljárás során bekerült először a szorongásos zavarok tünetszáma ($\beta=0,298$; $p<0,001$), 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 a forward stepwise eljárás során 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.

A szülő és a gyermek által megítélt életminőség közötti különbségnek az a mutatója, amely az eltérés irányát is figyelembe veszi, szignifikáns negatív kapcsolatban állt a traumával összefüggő zavarok (PTSD/alkalmazkodási zavar) tünetszámával ($\Delta R^2=0,036$; $\beta=0,202$; $p=0,007$).

Az ODD/CD csoport tünetszáma szignifikánsan hozzájárult a modellhez ($\beta=0,241$; $p=0,007$), amikor a szülői és a gyermek/serdülő megítélés közötti különbség abszolút értéke volt a függő változó, további 5,3%-ot magyarázva a varianciából.

5. MEGBESZÉLÉS

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

Első vizsgálatunk – mely tudomásunk szerint az első ebben a témában – a küszöb alatti rendellenességek és az életminőség szerepét vizsgálja a gyermekek pszichiátriai kivizsgálásra kerülésében. Figyelemre méltó megállapítása a tanulmánynak, hogy csaknem minden hatodik gyermek, aki pszichiátriai kivizsgálásra került, nem teljesítette a DSM-IV nemzetközi klasszifikációs rendszer diagnosztikai kritériumait egy strukturált diagnosztikai kérdőív, a Gyermek M.I.N.I. szerint. Másrészt, a kontroll csoportot alkotó gyermekek – olyan gyermekek, akiknél sem aktuális, sem korábbi pszichiátriai vagy pszichológiai kezelés nem volt – több mint egyharmadánál legalább egy pszichiátriai diagnózis felállítható volt, szinten a strukturált diagnosztikai kérdőív, a Gyermek M.I.N.I. szerint. Vizsgálatunkban célul tűztük ki, hogy megvizsgáljuk, melyek azok a lehetséges tényezők, melyek szerepet játszanak a – Gyermek M.I.N.I. szerint – diagnózis nélküli gyermekek pszichiátriai kivizsgálásra kerülésében. Összehasonlítva a kontroll és a pszichiátriai kivizsgálásra került csoportot, azt találtuk, hogy a felvételre került gyermekeknél szignifikánsan több tünet jelent meg. Amikor összehasonlítottuk a három vizsgálati csoportot (Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli, egy vagy több diagnózist kapott, illetve kontroll csoportot), a Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózist kapott alcsoportban szignifikánsan több tünet jelent meg, mint a másik két alcsoportban; azonban nem volt különbség a Gyermek M.I.N.I.

szerint diagnózis nélküli alcsoport és a kontroll csoport tünetszáma között. Ez szintén egy nagyon érdekes, nem várt eredményünk, hiszen azt kaptuk, hogy ugyanannyi tünettől bizonyos gyermekek pszichiátriai kivizsgálásra kerülnek, míg mások nem, illetve ez azt is mutatja, hogy kontroll gyerekek között, akik definíció szerint nem álltak jelenleg vagy a múltban pszichiátriai kivizsgálás alatt, annyi pszichés zavar tünet állt fenn, mint azoknál, akik segítséget kérnek gyermekpszichiátrián.

A továbbiakban megvizsgáltuk a konkrét Gyermek M.I.N.I. diagnózisok tüneteinek hatását a gyermekek pszichiátriai kivizsgálásra kerülésében. Azt találtuk, hogy az ADHD tüneteinek jelenléte megemeli a pszichiátriai kivizsgálásra kerülés esélyét. Azt is kaptuk, hogy a ADHD tünetszáma szignifikánsan magasabb volt a Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli alcsoportban, mint a kontroll csoportban, míg a Gyermek M.I.N.I. szerint egy vagy több diagnózist kapott csoportban szignifikánsan több tünet volt jelen, mint a másik két csoportban. Ugyanakkor azt is kimutattuk, hogy a szociális fóbia tüneteinek protektív faktornak tekinthetőek a kivizsgálásra kerülés szempontjából. Ezeket az eredményeket részben azzal lehet magyarázni, hogy az ADHD tüneteinek – még küszöb alatti szinten is – annyira zavaróak lehetnek a gyermek környezete számára, hogy megnövelik a pszichiátriai kivizsgálás megkérésének valószínűségét. Másrészt, a szociális fóbia tüneteinek gyakran nem jelennek meg egyértelműen a környezet felé, sőt, az ezekkel a tünetekkel küzdő gyermekek „nagyon jó gyermek” benyomását is kelthetik környezetük számára, így a szociális fóbia tüneteinek gyakran nem kapnak kellő szakmai figyelmet (Wagner és mtsai, 2006). Szisztematikus szűréssel normál populációban a szociális fóbia tüneteinek magasabb előfordulása felveti ezen kórkép aluldiagnosztizálását, aminek következménye lehet, hogy rászoruló gyermekek nem kapják meg a segítséget és mindezen miatt rosszabbul fognak „működni”. Tehát a fentebb említett kifejezés, miszerint a szociális fóbia tüneteinek protektív faktornak tekinthetőek a kivizsgálásra kerülés szempontjából, nem feltétlenül egy pozitív jelenség.

Mindezt azon korábbi besorolások is tükrözik, melyek az ADHD tüneteinek az externalizációs, míg a szorongásos tüneteket, így a szociális fóbia tüneteinek az internalizációs zavarok közé sorolták (Krueger és mtsai, 2001), mutatva, hogy az ADHD tüneteinek okoznak „kifele”, tehát a környezetnek problémát, míg a szorongás tüneteinek inkább „befele”, tehát a környezetnek kevésbé érzékelhető módon jelentkeznek.

Ezen eredmények összhangban vannak korábbi kutatások eredményeivel, mivel már korábban is kimutatták, hogy az ADHD tünetei okozta nehézségek enyhébbek komorbid szorongás esetén (Sanders és mtsai, 2005). Eredményeink felhívják a figyelmet a küszöb alatti pszichiátriai tünetegyüttesek, a küszöb alatti ADHD és szociális fóbia felismerésének fontosságára, mivel ezeknek jelentős szerepe lehet, hogy egy gyermekek pszichiátriai kivizsgálásra kerül-e

Az eredmények azt is mutatják, hogy azoknak a gyermekeknek, akik pszichiátriai vizsgálatra kerültek, szignifikánsan károsodottabb az életminőségük, mint a kontrollcsoport gyermekeinek. Ennek ellenére, a pszichiátriai kivizsgálásra került gyermekek közül a Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli alcsoport és a diagnózist kapott alcsoport életminősége között nem mutatkozott szignifikáns különbség. Tehát azt látjuk, hogy klasszifikációs rendszerek szerinti diagnózis nélkül, kevesebb tünettől is lehet a gyermeknek olyan rossz az életminősége, mint akinél fennáll klasszifikációs rendszerek kritériumait kimerítő diagnózis, és ezen gyermekek kórházi kivizsgálásra kerültek, míg ugyanennyi tünettől, de jobb életminőséggel nem irányultak szakemberhez. Ez az eredmény felveti, hogy az életminőség romlása befolyásolhatja a pszichiátriai kivizsgálásra kerülést. Eredményeink felvetik, hogy életminőséget mérő kérdőívek felvétele a rutin gyermek-, serdülőpszichiátriai vizsgálat részét képezze.

Kutatásunk azon megállapítása, hogy az önértékeléssel megállapított életminőség romlása szoros kapcsolatban van a tünetek számával, négy diagnosztikai kategória kivételével (specifikus fóbia, tik zavarok, ADHD és CD), összhangban van korábbi tanulmányok megállapításaival (Hwang és mtsai, 2008; Lewinsohn és mtsai, 2004), melyek erős korrelációt írtak le az affektív és szorongásos tünetek száma és az életminőség romlása között. Érdekes azonban ezen fentebb említett négy kórkép, ahol ez az összefüggés nem található meg. Ezeknél a következők okai lehetnek, hogy nem találtunk szoros kapcsolatot az önértékeléssel megállapított életminőség romlása és a tünetek száma között: specifikus fóbia: bizonyos esetekben a szülők lehetővé teszik a gyermekek számára a specifikus fóbiában a félelmetes inger elkerülését (Sanders és mtsai, 2005), így a gyermek nem szenved a tünetektől; a tik, szélsőséges esetektől eltekintve, általában nem tudatosul, így nem is romlik az illető életminősége (Leckman és mtsai, 2006); és az ADHD és a CD tünetei általában inkább a környezet számára

zavaróak, mint maguknak a gyermekeknek, így saját megítélésük szerint nem romlik az életminőségük (Klassen és mtsai, 2006).

Amint korábbi vizsgálatok alapján várható volt, a klinikai csoportban – miután egy adott időszakban minden kivizsgálásra kerülő gyermeket bevontunk a vizsgálatba – lényegesen több volt a fiú (70,3%), mint a lány (Biederman és mtsai, 2000). Ez a nemi mintázat jellemző a Gyermek M.I.N.I. szerint diagnózis nélküli kivizsgálásra kerülő alcsoportban is (fiúk: 68,9%); a kontroll csoportban a nemek aránya kiegyenlítettebb volt. A fiúk és lányok között nem volt különbség a Gyermek M.I.N.I. diagnózisok és a tünetek száma tekintetében, de a fiúkat szignifikánsan több externalizációs tünet és károsodottabb életminőség jellemezte, ez is növelte a lányokhoz képest annak valószínűségét, hogy pszichiátriai kivizsgálásra kerüljenek.

Korábbi kutatások már hangsúlyozták, mind externalizációs, mind internalizációs zavarok esetén annak fontosságát, hogy a gyermekek pszichiátriai rendellenességei kimenetele szempontjából a másodlagos megelőzésnek egy jelentős eszköze lehet a küszöb alatti pszichiátriai tünetek felismerése (Bertha és Balázs, 2013; Balázs és Keresztény, 2014). Vizsgálatunk eredményei is hangsúlyozzák a küszöb alatti ADHD korai felismerésének szerepét. Hasonlóan a küszöb alatti depresszió (Bertha és Balázs, 2013) felismeréséhez, nem csak a szorosan vett gyermekpszichiátriai szakembereknél, hanem a szociális területen, illetve az oktatásban dolgozóknál is fontos annak oktatása, hogy felismerjék a pszichiátriai rendellenességek korai tüneteit. Mindezek érdekében felmerül az igény, hogy oktatási programokat kellene kidolgozni az érintett területen dolgozó szakemberek számára. Emellett iskolai szűrőprogramokat lenne fontos szervezni, hogy időben felismerésre kerüljenek a küszöb alatti szociális fóbiával küzdő gyermekek. Ezeknek a folyamatoknak a megsegítése az oktatás- és az egészségpolitika feladata.

A klinikai gyakorlatban a szakembereknek arra is összpontosítaniuk kell, hogy azoknak a gyermekeknek is biztosítsák a professzionális szolgáltatásokat, akiknél küszöb alatti ADHD áll fenn, annak érdekében, hogy ők is megkapják a szükséges segítséget.

Eredményeinket bizonyos korlátok között kell értelmezni:

- A kontroll csoportot helyi/ismerős közösségből szóbeli megkereséssel szerveztük.
- A klinikai és a kontroll csoport között jelentős a nemek arányának különbsége. Illesztett kontrollcsoportra lenne szükség.
- Vizsgálatunk keresztmetszeti vizsgálat, az összefüggések nem jelentenek kauzalitást, az ok-okozati összefüggés megértéséhez longitudinális vizsgálatok szükségesek.
- A kérdőíveket felvevő kollégák képzésen vettek részt a vizsgálat megkezdése előtt, és rendszeres szupervízió mellett dolgoztak, de nem mértük a vizsgálók közötti megbízhatóságot.
- A Gyermek M.I.N.I. a DSM-IV gyermek/serdülő pszichiátriai rendellenességek széles skáláját méri, de nem mér minden lehetséges pszichiátriai rendellenességet. Fontos megjegyezni, hogy a 61 diagnózis nélküli gyermek között három olyan gyermek volt, akik olyan pszichiátriai betegségek (pl. szomatizációs zavar, encopresis, tanulási zavar) következtében kerültek kivizsgálásra, melyet a Gyermek M.I.N.I. nem mér.
- Fentebbiek mellett több más ok is állhat a pszichiátriai vizsgálatra kerülés hátterében, például a családi állapot vagy a társadalmi-gazdasági helyzet, de ez a vizsgálat ezeket a szempontokat nem elemezte. Ilyen változók figyelembevételéhez további vizsgálatokra van szükség.

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, 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. Mivel az első tanulmányunkban azt az eredményt kaptuk, hogy a gyermekek pszichiátriai ellátásba kerülésében a fennálló pszichiátriai zavar hiánya esetén szerepet játszanak az ADHD fennálló tünetei, valamint a csökkent életminőség, második vizsgálatunk célkitűzése ezen két tényező kapcsolatának, valamint a kapcsolatot befolyásoló változók szerepének, mint a nem, kor, ADHD típusa és komorbid zavaroknak a vizsgálata volt.

Korábbi tanulmányok ellentmondásos eredményekről számolnak be ADHD-s gyermekek életminőségének vizsgálatával kapcsolatban, a nem és az életkor szerepének tekintetében (Danckaerts és mtsai, 2009; Velő, 2013; Velő és mtsai, 2013). Vizsgálatunkban azt találtuk, hogy az önbeszámolón alapuló életminőség rosszabb a lányok esetében, és rontja a magasabb életkor is. A szülő által megítélt életminőség esetén nem találtunk szignifikáns különbséget a fiúk és a lányok között, de a szülői beszámoló szerint is alacsonyabb az idősebb gyermekek életminősége. Míg korábbi tanulmányok eredményei azt mutatták, hogy az ADHD-s gyermekek szülei általában rosszabbnak értékelik gyermekek életminőségét, mint a gyermekek maguk (Klassen és mtsai, 2006; Thaulow és Jozefiak, 2012), saját vizsgálatunkban azt találtuk, hogy fiúk esetében az ADHD-s gyermekek szülei alacsonyabb életminőségről számoltak be, míg ADHD-s lányok esetében ez az összefüggés nem állt fenn. Vizsgálatunk tehát, melynek egyik célja az volt, hogy további adatokkal járuljon hozzá az életminőség szülői megítélésén, illetve a gyermek általi önbeszámolón alapuló mérését övező vitához, tovább árnyalja a korábbi kutatások eredményeit. Eredményeink alapján tehát nem tudunk nemtől független, egységes kijelentést tenni arra, hogy ADHD-s gyermekeknél mennyiben egyezik a szülői és a gyermek megítélés, mivel mint látjuk, a szülők mindkét nem esetén ugyanolyan alacsonynak ítélik meg gyermekük életminőségét, míg a lányok éppilyen rossznak ítélik meg saját életminőségüket, a fiúk viszont, szüleiktől

eltérően, kevésbé érzik úgy, hogy rossz lenne életminőségük, vagyis számukra kevésbé megterhelő ez az állapot.

Kategoriális megközelítés alapján azt az eredményt találtuk, hogy az ADHD altípusok nem befolyásolják az ADHD-s gyermekek életminőségét. Ez a megállapításunk alátámasztja azt a koncepciót, hogy az ADHD egy olyan zavar, mely altípusától függetlenül hasonló károsodásokat okoz, tehát ilyen szempontból nem számít, hogy figyelemhiányos vagy hiperaktív / impulzív típusról van szó. Továbbá az ADHD tüneteinek száma sem befolyásolja a gyermekek életminőségét, tanulmányunknak ez az eredménye további adatokat szolgáltat azokhoz a már említett korábbi és ellentmondásos eredményekhez, melyek szerint a magasabb ADHD tünetszám és az alacsonyabb szintű életminőség összefüggésben áll (Klassen és mtsai, 2004), vagy azokkal az eredményekkel, hogy a magasabb ADHD tünetszám csak kis hatással van az életminőségre (Becker és mtsai, 2011). A nemrég megjelent DSM-5 (APA, 2013) diagnosztikus rendszerben nem változott a tünetek számára vonatkozó kritérium 17 évesnél fiatalabb gyermekeknél. Vizsgálatunknak ez az eredménye, amely azt mutatja, hogy a DSM-IV (APA, 1994) szerinti klasszifikációs kritérium felett a növekvő tünetszám nem jár együtt az életminőség romlásával, alátámasztja ezt a koncepciót. Egy másik megközelítésben felvetődik az a gondolat, hogy az ADHD egyes altípusai (figyelemhiányos és hiperaktív/impulzív altípusok) a másik domént, azaz a hiperaktív/impulzív és a figyelemhiányos domént tekintve esetleg küszöb alatti diagnózissal rendelkeznek, és ez hozzájárulhat az életminőség olyan mértékű romlásához, mely a referált kombinált típusú ADHD-s gyermekek életminőségben is megjelenik. További vizsgálati terveim között szerepel ennek megvizsgálása.

Az ADHD-val komorbid zavarokat illetően, kategorikus megközelítésben, azt az eredményt találtuk, hogy az ODD / CD hozzájárul a mind a szülő által, mind a gyermek által alacsonyabbnak ítélt életminőséggel. A szakirodalomból tudjuk, hogy gyermekkorban az ADHD mellett a leggyakrabban előforduló komorbid zavarok az ODD és a CD (August és mtsai, 1992; MTA Cooperative Group, 1999). Ezen megfontoláson alapul, hogy a BNO-10-ben egy külön zavar, az úgynevezett hiperkinetikus magatartás zavar a DSM-IV-ben és DSM-5-ben együttes jelentkezés esetén két különálló, komorbid zavarként jelölendő ADHD és ODD, illetve CD (WHO, 1993). Az ADHD és az ODD / CD magas komorbiditása mellett az is tény, hogy

ezeknek a zavaroknak az együttes előfordulása súlyosabb tünetekkel, markánsabb kognitív deficittel és rosszabb a prognózissal jár, mint az ADHD vagy ODD / CD önmagában (Thapar és mtsai, 1996). Amikor a dimenzionális megközelítést alkalmaztuk, azt az eredményt kaptuk, hogy a komorbid ODD / CD tünetek sem az önbevalláson, sem a szülői megítélésen alapuló életminőségét nem rontották az ADHD-s gyermekeknek. Ez az eredmény arra utal, hogy az ODD / CD diagnosztikai kritériumai jól megalapozottak.

Egy nagyon fontos eredménye vizsgálatunknak, hogy a traumával összefüggő betegségek (pl. PTSD, alkalmazkodási zavar), mint komorbid állapotok mellett az ADHD-s gyermekek életminősége mind kategoriális, mind dimenzionális értelmezésben alacsonyabb, de csak az önbevalláson alapuló életminőség tekintetében. Ez arra utalhat, hogy a gyermekek sokkal érzékenyebbek a negatív életeseményekre, mint azt szüleik hiszik. Ezen adataink alátámasztják fontosságát, hogy a traumával összefüggő betegségek kiemelt figyelmet kapjanak, amit talán az a szemlélet is elősegít, hogy a DSM-5-ben külön kórképcsoportba kerültek „Traumával és stresszrel összefüggő zavarok” címen, melyekben külön gyermekspecifikus részek is kiemelésre kerültek (APA, 2013). Vizsgálatunk felhívja a figyelmét a klinikusoknak és a kutatóknak, hogy több forrásból, de mindenképpen a gyermekektől is kérjenek információt ezen kórképek esetében is az életminőségükről.

Az affektív rendellenességek, mint például a szorongás és a hangulati rendellenességek alacsonyabb életminőséghez vezetnek, mindkét szemléleti megközelítésben, a szülő által megítélt életminőség tekintetében. A gyermekek saját megítélése alapján a szorongásos rendellenességek és az ADHD együttes előfordulása dimenzionális megközelítésben alacsonyabb életminőséggel jár együtt, az ADHD melletti komorbid hangulati zavarok nem járnak alacsonyabb életminőséggel egyik megközelítés szerint sem. Fontos megemlíteni, hogy a szorongásos és a hangulati rendellenességek az egyik leggyakoribb társbetegségek az ADHD mellett (Biederman és mtsai, 1997). Ezért a klinikusoknak az ADHD mellett figyelniük kell az affektív betegségek esetleges együttes jelenlétére is. Az az eredmény, hogy a gyermekek saját megítélésük alapján a szorongásos zavarok és az ADHD együttes előfordulása esetében, dimenzionális megközelítésben alacsonyabb életminőséget élnek meg – de kategorikus

megközelítésben nem –, arra utalhat, hogy a neurózis koncepcióját felül kellene vizsgálni.

Eredményeinket bizonyos korlátozásokkal együtt kell értelmezni:

- Vizsgálatunk keresztmetszeti vizsgálat, az összefüggések nem jelentenek egyben kauzalitást.
- 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.
- Habár a Gyermek M.I.N.I. számos (DSM-IV szerinti) gyermek- és serdülőpszichiátriai diagnózis mérésére alkalmas, nem méri valamennyit, pl. tanulási zavarokat, amelyek az ADHD-s gyermekek csaknem egyharmadánál jelen vannak.
- Mint minden klinikai mintában, vizsgálatunkban is magasabb volt az ADHD-s fiúk prevalenciája a lányokhoz képest, vizsgálatunk a lányokról kevésbé informatív.
- Habár a mentális retardáció kizárási kritérium volt a vizsgálatban, az erről való információ a gyermek anamnéziséből származott, és nem alkalmaztunk az IQ mérésére alkalmas eszközt.
- A szülői pszichopatológiát, így a szorongást és a depressziót nem mértük, ami pedig befolyásolhatja a szülői értékelést, így akár a gyermekük életminőségére vonatkozó ítéletüket.
- Habár több demográfiai tényezőt is felmértünk, nem vizsgáltuk a szocioökonómiai státuszt, amely szintén kapcsolatban állhat az életminőséggel.
- A pszichiátriai zavarok dimenzionális mérésénél hasznos lett volna becslőkálák alkalmazása. Azonban a strukturált interjú módosított verzióját használtuk, amely lehetővé teszi a vizsgált zavarok összes tünetének vizsgálatát.
- Idősebb vizsgálati személyeknél és kevésbé súlyos esetekben gyakoribbak voltak a hiányzó adatok – lehetséges, hogy azért, mert a serdülők szülei kevésbé voltak elérhetőek, mint a fiatalabb gyermekek szülei.

Doktori disszertációm második vizsgálatának fentebb részletesen átgondolt eredményei alapján, a leírt limitációkat is figyelembe véve összefoglalva 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 és tanulmányokat, amely azt javasolták, hogy a dimenzionális és a kategorikus megközelítést is alkalmazni kell. Továbbá ajánljuk, hogy az ADHD-s gyermekeknél mind a klinikai gyakorlatban, mind a kutatásban egyaránt vegyék figyelembe az önbevalláson és a szülői megítélésen alapuló életminőség értékeléseket.

5.3. Áttekintő megbeszélés

Mint ahogy doktori munkám fenti részletesebb átgondolásából láthatjuk, mindkét vizsgálatunk kiindult a klasszifikációs rendszerek elvéből (első vizsgálat: klasszifikációs rendszerek szerinti diagnózis megléte vagy hiánya alapján osztottuk ketté a kivizsgálásra kerülő gyermekeket, második vizsgálat: klasszifikációs rendszerek kritériuma szerinti ADHD diagnózisú gyermekek vizsgálata), azonban az eredmények átgondolása alapján született diskusszóban kiemelt szerepe van a küszöbalatti kórképeknek, illetve a dimenzionális szemléletnek. A jelenleg érvényben lévő klasszifikációs rendszerek, mint a DSM-5 (APA, 2013) és a BNO-10 (WHO, 1992), valamint ezek korábbi verzióinak célja az, hogy egységes, standardizált módon tudjuk végezni a pszichiátriai zavarok felismerését és meghatározását mind a klinikumban, mind a kutatások során. A diagnosztikus kritériumok lehetővé teszik azt, hogy nagyfokú objektivitással – ugyanúgy, mint a medicina többi ágában, így a pszichiátriában, gyermekpszichiátriában is – ugyanakkor a specificitás és a szenzitivitás szempontjából is a leoptimalisabban történjenek ezek a folyamatok (Helmchen és Linden, 2000). Ez az egységes rendszer lehetővé teszi mind a kutatásokban, mind a klinikumban a zavarok szisztematikus felmérését, vizsgálatát, valamint az egységes kommunikációt és az eredmények és a különböző kutatások megfigyeléseinek összehasonlítását (Möller, 2008). A klasszifikációs rendszerekben a diagnózisok mint önálló kategóriák jelennek meg, vagyis, mint ahogyan a bevezetőben bemutatásra került, a pszichiátriai zavarok kategorikus-dimenzionális osztályozásával kapcsolatos vitában az előbbi szemléletet

közvetítik. A diagnosztizálás dichotom, alapja a meghatározott számú tünet, a tünetek meghatározott ideig való fennállása, valamint a funkcióromlás. Doktori munkám alapján úgy tűnik, hogy amellet, hogy fontos és nélkülözhetetlen, mind a klinikumban, mind a kutatások során a klasszifikációs rendszerek szakszerű használata, ez nem elég. Mindkét vizsgálat adatai alátámasztják a klasszifikációs rendszerek kategoriális szemlélete mellett a dimenzionális szemlélet fontosságát a gyermekpszichiátriában. A dimenzionális szemlélet beépítése a klasszifikációba nem egy könnyű kérdés, hiszen fontos, hogy megőrizze eredeti célját a klasszifikációs rendszer, tehát egy objektív, klinikusok és kutatók között egyértelmű nyelvet alkotó rendszer maradjon. Mint ahogy a bevezetőben szerepel, ennek egy lehetséges módja, amit számos kutató felvetett már, a küszöb alatti diagnózisok megalkotása, melyek bár mint korábban ismertettem, szintén kategoriális elven alapulnak, egy áthidaló megoldást nyújthatnak, mivel nem merítik ki a klasszifikációs rendszerek kritériumát, tehát definíciótól függően kevesebb tünet van jelen, illetve rövidebb ideig állnak fenn, mégis problémát okoznak a gyermeknek vagy felnőttnek, illetve környezetüknek (Bertha és Balázs, 2013; Balázs és Keresztény, 2014; Möller, 2008; Okasha, 2009). Jelenleg egyetlen kórkép esetében sincs egységesen elfogadott kritériumrendszere a küszöb alatti kórképeknek (Bertha és Balázs, 2013; Balázs és Keresztény, 2014). Vizsgálataink felhívják a kutatók figyelmét, hogy ezzel a kérdéssel fontos tovább foglalkozni.

A küszöb alatti kórképeket vizsgálva azonban felmerülhet a medikalizáció veszélyének kérdése, tehát hogy azzal, hogy lejjebb visszük valamilyen szempont szerint a klasszifikáció határát, mint amit a jelenlegi rendszerek megkívánnak, bevonunk az ellátórendszerbe olyanokat, akiket nem is kellene. A különböző vizsgálatok azt találták, hogy a küszöb alatti kórképek előfordulási gyakorisága magasabb, mint a diagnosztikus küszöböt elérő zavaroké (Olfson és mtsai, 1996; Wittchen és mtsai, 1998), ami azt jelenti, hogy ezek az enyhébb formák gyakoribbak, mint a szélsőségesebb megjelenést képviselő zavarok. Így ha lejjebb visszük azon gyermekek körének küszöbét, akiknél indokoltnak gondoljuk a szakellátásba kerülést, kiszélesítjük ezt a csoportot, jelentősen megnövelve a prevalenciát. Ez felveti annak a rizikóját, hogy normál állapotokat medikalizálunk, ami káros következményeket vonhat maga után, mint például a stigmatizáció, illetve az egészségügyi költségek növekedése, vagy akár az, hogy fontos anyagi és egyéb erőforrásokat vonunk el olyan személyektől,

akik komoly, súlyos, akár az életet veszélyeztető helyzetben vannak (Helmchen és Linden, 2000). Az elsőként bemutatott vizsgálatunk azért kiemelkedően fontos ebben a kérdésben, mert olyan gyermekeknél tudtuk vizsgálni az egyes zavarok küszöb alatti szintjének hatását, akik pszichiátriai ellátásba kerültek, vagyis ők és/vagy környezetük szükségesnek ítélték meg, hogy szakszerű segítséget kapjanak, annak ellenére, hogy a kivizsgálás során nem diagnosztizáltunk náluk klasszifikációs rendszerek szerinti diagnózist. Így nem a normál populációból szűrtünk ki olyan gyermekeket, akiknél fennáll(nak) küszöb alatti kórkép(ek), ami valóban felvethetné a medikalizáció kérdését, hanem olyanoknál, akiknek problémájuk volt, ezért fordultak szakellátásba. Azt gondolom, hogy ezen vizsgálat adatai jelentős lépést tesznek a dimenzionális szemlélet fontosságának hangsúlyozásában. Fontos azonban a dimenzionális szemlélet és ezen belül a küszöb alatti kórképek helyének a megtalálása az pszichiátriában, mely a klinikumból a prevencióra irányíthatja a szakemberek figyelmét.

Doktori munkámnak a dimenzionális szemlélet fontosságának kiemelése mellett másik jelentős, a témában új eredménye az volt, hogy az életminőség egy olyan kiemelkedő konstruktumnak bizonyult, melynek romlása még a klasszifikációs rendszerek szerinti pszichiátriai diagnózis fennállásának hiányában is hozzájárulhat ahhoz, hogy egy gyermeknél felmerüljön annak szükségessége, hogy pszichiátriai ellátórendszerbe kerüljön. Ez az eredményünk azon gondolat tükrében nagyon érdekes, amit fentebb már leírtam, miszerint a klasszifikációs rendszerek megalkotása azt a célt szolgálta, hogy meghatározzuk, mikor beszélünk betegségről, míg kivizsgálásra azért kerül valaki, mert valami problémája van. Így úgy tűnik, hogy az életminőség felmérése legalább olyan fontos, mint a klasszifikációs rendszerek kritériumainak vizsgálata, illetve felveti a kérdést, hogy nem lenne-e szükséges a klasszifikációs rendszerek szemléletébe beépíteni az életminőség konstruktumát. Utóbbi gondolat megvalósulása hosszú időbe telhet, azonban ezen eredményünk mindenképpen hangsúlyozza az életminőség mérésének szerepét a másodlagos prevencióban.

Mint ahogy doktori munkám bevezetőjében szerepel, a szakirodalomban vita tárgyát képezi, hogy milyen szintű egyezés van a gyermek életminőségének szülői és a gyermek általi megítélése között, valamint, hogy ki a legmegfelelőbb forrás ennek a konstruktumnak a megítélésére (Eiser és Morse, 2001; Kiss és mtsai, 2007; Vetró és mtsai, 2003). A gyermekek életminőségére irányuló korábbi vizsgálatok között

lényegesen nagyobb arányban találunk olyanokat, amelyek csak a szülői értékelésen alapulnak, mint olyanokat, amelyek a gyermek saját megítélését (is) figyelembe veszik (Crowell és mtsai, 2014; Sciberras és mtsai, 2014; Vetró és mtsai, 2003), habár az utóbbi években pont a korábbi kutatások hiányosságainak felszínre kerülése miatt a témában megjelenő friss közlemények között már találunk olyat, ami mind a két szempontot felméri (Weidle és mtsai, 2014). Mindezek miatt kiemelt jelentőségű, hogy doktori munkám során mind a szülői, mind a gyermek nézőpontot figyelembe vettük a gyermek életminőségének megítélésében, így teljesebb képet kapva a gyermekek életminőségéről. A szülői megítélés szerepe különösen hangsúlyos lehet egyes gyermekcsoportokban, ahol a gyermek nem képes megfelelően beszámolni saját életminőségéről, például azért, mert túl fiatal, vagy valamilyen betegség hátráltatja ebben (Vetró és mtsai, 2003). A gyermek fiatal életkorából fakadó, a receptív és az expresszív beszédet érintő nehézségeket megfelelő mérőeszközökkel lehet kiküszöbölni. A kisebb gyermekeket érintő nehézségeket megfelelő mérőeszköz alkalmazásával kívántuk megoldani; az ILK kérdőív gyermek változata, ahogyan korábban írtam, mosolygós és szomorú arcokat ábrázol, így minimálisra csökkentve a verbalitás szerepét. Korábbi vizsgálatokból láthattuk, mint ahogy doktori munkám bevezetőjében is leírtam, hogy a külső, pl. szülői értékelő, és a gyermek saját véleménye életminőségéről általában nem mutat nagymértékű egyezést, habár az egyezés függ attól, hogy a gyermek szenved-e valamilyen betegségben, illetve függhet attól, hogy az életminőség mely területét nézzük (Eiser és Morse, 2001; Rajmil és mtsai, 2013; Vetró és mtsai, 2003). Vizsgálatunk megerősítette azt, hogy az egyezések mellett eltéréseket is találunk ADHD-s gyermekek szülei és saját maguk által megítélt életminőségében, valamint az erre ható faktorokban. Kiemelhetjük annak jelentőségét, hogy az egyezés mértékét a gyermek neme is befolyásolta. Eredményeink tehát hangsúlyozzák, hogy fontos figyelembe venni a gyermekek életminőségének mérésében mind a szülői, mind a gyermek megítélését, mivel azok kiegészítik egymást, a két szemponttal együtt teljesebb képet kaphatunk.

Mivel a diagnosztikai rendszerek megkövetelik a funkcióromlást a diagnózis felállításához (APA, 2013; WHO, 1993), felvetődhet a kérdés, hogy a funkcionális károsodás és az életminőség átfedő konstruktumok-e. Az életminőség egy sokkal tágabb konstruktum, mint a funkcióromlás: egy olyan többdimenziós jelenség, amelynek

különböző területeire (ún. domainjeire) hathat a zavar (Mattejat és Remschmidt, 1998). Az életminőség koncepciója mint a bevezetőben szerepel, objektív (pl. a funkcionális globális értékelése) és szubjektív tényezőket (pl. a jóllét vagy az étellel való elégedettség) foglal magába (Remschmidt és Mattejat, 2010). Emellett az életminőség mérése ismét dimenzionális szemléletet közvetít: a különböző területek eltérő mértékben károsodhatnak, és nem pusztán a károsodás jelenlétét, hanem annak mértékét tudjuk vizsgálni.

A fenti kérdéskör megjelenik az ADHD mellett vizsgált életminőség tekintetében is. Habár az ADHD klasszifikációs rendszer szerinti kritériuma a funkcióromlás (APA, 2013), a zavar mellett vizsgált életminőség átfogóbb, összetettebb, dimenzionális szemléletű képet közvetít a jelenségről, valamint az objektív, klinikus által megítélt funkcióromlás mellett az életminőség a szubjektív aspektusokra is hangsúlyt fektet. Doktori munkámban bemutatott vizsgálatainkban központi szerepet kapott az életminőség és az ADHD kapcsolata, a zavar mind küszöb alatti, mind diagnosztikus rendszerek szerinti kritériumoknak megfelelő formájában.

Mint a bevezetőben is láthattuk, az ADHD az egyik leggyakoribb gyermekpszichiátriai zavar (Brown és mtsai, 2001; Costello és mtsai, 1997), amely jelentős negatív hatással van az életminőségre: Danckaerts és munkatársai (2009) összefoglaló tanulmányukban kifejtették, hogy az ADHD-s gyermekeknél csökkent életminőséget találtak egészséges kontroll gyermekkel összehasonlítva, de még súlyos szomatikus betegségben szenvedő gyermekekhez képest is. Doktori munkám során a második bemutatott vizsgálat erre a kérdésre fókuszál, megvizsgálva azokat a faktorokat, amelyek ezt az összefüggést befolyásolják. Kiemelt szerepet kapott vizsgálatunkban ezen tényezők között a komorbid kórképek hatása. Mint egy korábbi vizsgálatból láttuk (Klassen és munkatársai, 2004), azoknak, akiknél az ADHD mellett legalább két komorbid zavar fennállt, rosszabb volt az életminőségük, mint azoknak, akiknél az ADHD mellett nem állt fenn komorbid pszichiátriai zavar. Egy nagyon friss tanulmány megerősíti ezeket az adatokat: Armstrong és munkatársai (2014) azt találták, hogy olyan gyermekek esetében, akiknél az ADHD mellett internalizáló vagy externalizáló zavarok is fennállnak, rosszabb volt az életminőség, több kortárskapcsolati probléma volt kimutatható, mint azoknál, akiknél csak ADHD volt jelen. Doktori munkám árnyalja ezeket az eredményeket: mi azt vizsgáltuk meg, hogy mely zavarok

klasszifikációs rendszer szerinti fennállása, illetve küszöb alatti tünetei járulnak hozzá az életminőség romlásához. Eredményeink alátámasztják, hogy mind externalizáló zavarok (ODD/CD), mind internalizáló zavarok (traumával összefüggő zavarok, szorongásos zavarok, MDE/disztímia) komorbid jelenléte súlyosbíthatják az életminőség romlását. Doktori munkám felhívja a figyelmet a komorbid zavarok dimenzionális mérésének fontosságára is a kategorikus megközelítés mellett, valamint a gyermek életkorának és nemének figyelembevételének jelentőségét ADHD-s gyermekek életminőségének vizsgálatakor. Fontos, bár nem empirikus része doktori munkámnak a bevezetőben leírt két eset, amelyek ADHD diagnózisú gyermekek és családjuk életének, életminőségének alakulását mutatja be a betegség tüneteinek lefolyása mellett a kezelőorvos véleménye alapján. Klinikusként dolgozva nap, mint nap tapasztalom, hogy gyermekpszichiátriai ellátó munkám során legfontosabb feladatunk a gyermekek és a családjaiknak életminőségének javítása. Doktori munkám mindkét kutatása a klinikai munka tudományos kiegészítése. Doktori munkám vizsgálatai keretében történt empirikus felmérése az életminőségnek, ráadásul több megítélő szempontjából fontos adatokkal szolgál a klinikai tapasztalatok tudományos alátámasztásaként. Ezen eredményeink a klinikusok mindennapi munkáját is segíthetik küszöb alatti, illetve klasszifikációs rendszerek kritériumait teljesítő ADHD diagnózisú gyermekeknél.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

Doktori munkám során végzett vizsgálataink alapján az alábbi következtetéseket vonhatjuk le:

1. Mind az egyes pszichiátriai zavarok tüneteinek diagnosztikus küszöb alatti megjelenése, mind az életminőség romlása hozzájárul ahhoz, hogy egy gyermek, aki nem meríti ki egy pszichiátriai zavar diagnosztikai kritériumait sem, ellátórendszerbe kerüljön.
 - a. Míg az ADHD küszöb alatti tünetei megnövelik annak valószínűségét, hogy egy gyermek, aki nem meríti ki egy pszichiátriai zavar diagnosztikai kritériumait sem, ellátórendszerbe kerüljön, addig a szociális fóbia diagnosztikus kritériumokat ki nem merítő tüneteinek jelenléte csökkenti ennek valószínűségét. Így ebben a tekintetben az ADHD, mivel hozzájárul ahhoz, hogy a gyermek megfelelő ellátásban részesüljön, védőfaktorként, a szociális fóbia pedig, mivel az ilyen tünetekkel rendelkező gyermekek kevésbé valószínű, hogy megkapják a megfelelő kezelést, rizikó faktorként működik
 - b. Szignifikáns kapcsolatot találunk az életminőség romlása és a kórházi kivizsgálásra kerülés között. Függetlenül attól, hogy felállítható-e a gyermeknél pszichiátriai zavar diagnózisa, illetve hogy milyen mértékben vannak jelen küszöb alatti tünetek, a kórházi kivizsgálásra kerülő gyermekek rosszabb életminőséget mutatnak, mint azok, akik nem kerülnek ellátórendszerbe.
2. Az ADHD és az életminőség kapcsolatát befolyásoló faktorok szerepét módosítja az, hogy a gyermek életminőségét ki ítéli meg (szülő vagy gyermek), illetve az, hogy a pszichiátriai zavarok kategorikus, vagy dimenzionális szemléleti megközelítését alkalmazzuk.
 - a. ADHD diagnózisú lányok és idősebb gyermekek rosszabbnak ítélik meg életminőségüket, mint az ADHD diagnózisú fiúk, illetve a fiatalabb gyermekek.
 - b. A szülők rosszabbnak ítélik idősebb, ADHD diagnózisú gyermekek életminőségét, mint a fiatalabbakét. A szülői megítélés és a nem között nem találtunk összefüggést.
 - c. Az ADHD típusa semmilyen megközelítésben nem állt kapcsolatban az ADHD melletti rosszabb életminőséggel.

- d. Az ADHD mellett megjelenő, mind externalizáló, mind internalizáló típusú komorbid zavarok egy része rontja a gyermek életminőségét. A kategoriális (diagnózis)/dimenzionális (tünetszám) megközelítéstől, valamint a gyermek életminőségére vonatkozó adatok megítélőjének személyétől (szülő vagy maga a gyermek) függ, hogy mely zavarok diagnózisa/tünetei járulnak hozzá az életminőség csökkenéséhez ADHD mellett.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

Doktori munkám alapján új eredményként emelném ki, hogy elsőként vizsgáltam az életminőség és a küszöb alatti zavarok szerepét olyan esetekben, amikor pszichiátriai zavar diagnózisa nélkül kerül pszichiátriai intézménybe kivizsgálásra egy gyermek. Azt találtam, hogy az életminőségromlás és az ADHD tünetei küszöb alatti szinten is rizikót jelentenek a pszichiátriai ellátórendszerbe kerülésre, míg a szociális fóbiai tünetei aluldiagnosztizálást eredményezhetnek.

Továbbá, tudomásom szerint elsőként vizsgáltam egy kutatáson belül mind a dimenzionális, mind a kategorikus szemléletet figyelembe véve kezelést még nem kapó, ADHD diagnózisú gyermekeket. Az ADHD melletti életminőséget befolyásoló faktorok vizsgálatával azt találtam, hogy a gyermek önbeszámolója alapján az alacsony életminőség kapcsolatban állt a női nemmel, a magasabb életkorral, dimenzionális megközelítésben több szorongásos és traumával összefüggő tünettől, kategorikus megközelítésben pedig a traumával összefüggő zavarokkal, valamint az oppozíciós zavar/viselkedési zavar mint komorbid zavarokkal. A szülő megítélését tekintetbe véve a rosszabb életminőség a magasabb életkorral, dimenzionális megközelítésben a hangulatzavarok és szorongásos zavarok több tünetével, másrészt kategorikus megközelítésben bármilyen hangulatzavar vagy szorongásos zavar, illetve oppozíciós zavar/viselkedési zavar mint komorbid diagnózis jelenlétével.

Összefoglalóan, doktor munkám vizsgálatai megerősítették mind az életminőség mérésének, mind a kategóriális szemlélet mellett a dimenzionális megközelítés fontosságát, mind a prevencióban, mind a klinikumban. Ezen konstrukciónak nagyobb, rutinszerű szerepet kellene kapniuk a gyermekpszichiátria területén. Ehhez távlati célként javasolnánk vizsgálataink alapján, ezen konstrukciónak bekerülését a klasszifikációs rendszerekbe. Ez garantálná a szemlélet egységes elterjedését. Miután ez igen hosszú távú terv reálisan tekintve, rövidtávon vizsgálataink alapján javasolnánk az életminőség rutinszerű felmérését – megfelelő eszközökkel – a klinikumban, illetve prevenció programok során. Vizsgálataink a dimenzionális szemléleten belül a küszöb alatti ADHD felismerésének és egyes aspektusainak gondos áttekintésének fontosságára hívja fel a klinikusok figyelmét.

SUMMARY

Based on my doctoral study, I would like to highlight as a new result, that I was the first one, who analyzed the effects of Quality of Life and subthreshold disorders in case of children who were referred for psychiatric evaluation but did not fulfill any psychiatric diagnosis. I have found that decreased Quality of Life and ADHD symptoms are risk factors for psychiatric evaluation, even if they remain subthreshold, while the symptoms of social phobia might lead to a less serious diagnosis.

Furthermore, my doctoral dissertation is the first of its kind to our knowledge, which considers both categorical and dimensional approaches, while analyzing children not getting any treatment but having the symptoms of ADHD. Analyzing the factors that affect Quality of Life in case of ADHD, I have found that according to the self-ratings of children higher age and female sex is related to the symptoms of anxiety and traumas according to dimensional approach, while according to categorical approach it is related to the disorders connecting to traumas, and to oppositional defiant disorder and behavioural disorder as comorbid disorders. Taking into consideration the ratings of parents', decreased Quality of Life is related to higher age. It is related to more symptoms of anxiety- and mood disorders according to dimensional approach, while according to categorical approach it is related to any mood- or behavioural disorders, and to comorbid oppositional defiant disorder.

In conclusion, the results of my study confirmed the importance of measuring Quality of Life, and using dimensional approach in addition to categorical approach both in prevention and in clinical settings. These constructs need to get more attention in the field of child psychiatry. According to the results of our researches, as a distant goal, we suggest to put these constructs into the classification systems. That would guarantee the spread of a unified approach. Due to the fact, that it is a very distant goal, realistically, as a proximal goal, based on our researches we would suggest measuring Quality of Life accomplished, and using the right tools in clinical practice and prevention. Based on the dimensional approach of our research, we would like to draw the attention of clinicians to the importance of identification of subthreshold ADHD and careful reviewing of its symptoms.

8. IRODALOMJEGYZÉK

- Agarwal R, Goldenberg M, Perry R, IsHak WW. (2012) The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(5-6):10–21.
- Airaksinen EM, Michelsson K, Jokela V. (2004) The occurrence of inattention, hyperactivity, impulsivity and coexisting symptoms in a population study of 471 6-8-year old children based on the FTF (Five to Fifteen) questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 3:23-30.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM-5), Washington D.C.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition (DSM-IV), Washington D.C.
- Armstrong D, Lycett K, Hiscock H, Care E, Sciberras E. (2014) Longitudinal Associations Between Internalizing and Externalizing Comorbidities and Functional Outcomes for Children with ADHD. *Child Psychiatry Hum Dev*. [Epub ahead of print]
- Arnold EL. (1996) Sex Differences in ADHD: Conference Summary, 24(5).
- Aszmann A. (szerk) (2003) HBSC Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása Nemzeti Jelentés, Országos Gyermekégeszségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest.
- August GJ, Ostrander R, Bloomquist MJ. (1992) Attention-deficit hyperactivity disorder – an epidemiologic screening method. *Am J Orthopsychiatry*, 62:387-396.
- Balázs J, Keresztény A. (2014) Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23(6):393-408.
- Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, Apter A, Bobes J, Brunner R, Cosman D, Cotter P, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Marusic D, Postuvan V, Resch F, Saiz PA, Sisask M, Snir A, Tubiana A, Varnik A, Sarchiapone M, Wasserman D. (2013) Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional

impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry*, 54(6):670-7.

Balázs J. Szakmai Irányelv: A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézése, kezelése és gondozása. Budapest (megjelenés alatt).

Balázs J és Gádoros J. (2005) Komorbiditás a gyermekpszichiátriában: Valóban olyan gyakori a mániás epizód - ADHD együttes jelentkezése? *Psychiat Hung*, 20(4):293–298.

Balázs J, Bitter I, Hideg K, Vitrai J. (1998) A MINI és a MINI Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása (The Hungarian version of the MINI and MINI Plus). *Psychiat Hung*, 13(2):160-168.

Balázs J, Bíró A, Dálnoki D, Lefkovic E, Tamás Zs, Nagy P, Gádoros J. (2004) A Gyermek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése. *Psychiat Hung*, 19(4): 358 -364.

Bálint M. (2009) Napi időbeosztás és életminőség gyermekeknél érzelmi- és viselkedéses zavarokban. (szakdolgozat) Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógia és Pszichológia Kar Egészség- és Személyiségpszichológia Tanszék, Budapest.

Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. (2007) Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway: 1992), 96(9): 1269–1274.

Barkley R. (2006) *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.

Becker A, Roessner V, Breue D, Döpfner M, Rothenberger A. (2011) Relationship between quality of life and psychopathological profile: data from an observational study in children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20(S2): 267–275.

Bertha EA és Balázs J. (2013) Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(10):589-603.

Biederman J, Petty CR, Evans M, Small J, Faraone SV. (2010) How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiat Res*, 177:299-304.

- Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. (1997) Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*, 152:1652–1658.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV. (2000) Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 157(5): 816–818.
- Brookes K-J, Mill J, Guindalini C, Curran S, Xu X, Knight J, Asherson P. (2006) A common haplotype of the dopamine transporter gene associated with attention-deficit/hyperactivity disorder and interacting with maternal use of alcohol during pregnancy. *Arch Gen Psychiatry*, 63(1):74–81.
- Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein M, Amler RW, Feldman M, Wolraich M L. (2001) Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics*, 107(3):E43.
- Bullinger M, Ravens-Sieberer U. (1995) Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätforschung bei Kindern Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 44: 390-399.
- Bussing R, Mason DM, Bell L, Porter P, Garvan C. (2010) Adolescent Outcomes of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Community Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 49(6):595-605.
- Bussing R, Porter P, Zima BT, Mason D, Garvan C, Reid R. (2012) Academic Outcome Trajectories of Students With ADHD: Does Exceptional Education Status Matter? *J Emot Behav Disord*, 20:131-143.
- Cho SC, Kim HW, Kim BN, Shin MS, Yoo HJ, Kim JW, Bhang SY, Cho IH. (2011) Are Teacher Ratings and Parent Ratings Differently Associated with Children's Intelligence and Cognitive Performance? *Psychiatry Investig*, 8:15-21.
- Coghill D, Danckaerts M, Sonuga-Barke E, Sergeant J és The ADHD European Guidelines Group. (2009) Practitioner Review: Quality of life in child mental health - conceptual challenges and practical choices. *J Child Psychol Psychiatry*, 50(5): 544–561.

- Costello EJ, Farmer EM, Angold A, Burns BJ, Erkanli A. (1997) Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: the Great Smoky Mountains Study. *Am J Public Health*, 87(5):827–832.
- Crowell MD, Murphy TB, Levy RL, Langer SL, Kunin-Batson A, Seburg EM, Senso M, Sherwood NE. (2014) Eating Behaviors and Quality of Life in Pre-Adolescents at Risk for Obesity with and without Abdominal Pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. [Epub ahead of print]
- Cukrowicz KC, Taylor J, Schatschneider C, Iacono WG. (2006) Personality differences in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and controls. *J Child Psychol Psychiatry*, 47:151-159.
- Cummings RA. (1997) Directory of instruments to measure quality of life and cognate areas. Deakin University Melbourne, Australia.
- Danckaerts M, Sonuga-Barke EJS, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis Coghill D. (2009) The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(2):83–105.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. (1999) Subjective well-being: three decades of progress *Psychological Bulletin*, 95: 542-575.
- DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL, VanBrakle J. (2001) Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 40(5):508–515.
- Eiser C, Morse R. (2001) Can parents rate their child’s health-related quality of life? Results of a systematic review. *Qual Life Research*, 10:347-357.
- Eiser C, Eiser JR, Stride CB. (2005) Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health Qual Life Outcomes*, 3:29.
- Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. (1993) Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure. *Psychopharmacological Bulletin*, 29(2):321-326.
- Escobar R. (2005) Worse Quality of Life for Children With Newly Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Compared With Asthmatic and Healthy Children. *Pediatrics*, 116(3):e364–e369.

- Fergusson DM és JM Boden. (2010) "Classification of Behavior Disorders in Adolescence: Scaling Methods, Predictive Validity, and Gender Differences." *J Abnormal Psychology*, 119(4): 699-712.
- Flapper BCT és Schoemaker MM. (2008) Effects of methylphenidate on quality of life in children with both developmental coordination disorder and ADHD. *Develop Med Child Neur*, 50(4):294–299.
- Galuppi A, Turola MC, Nanni MG, Mazzoni P, Grassi L. (2010) Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning? *Int Jo Ment Health Systems*, 4:31.
- Gau SS, Chiang HL. (2009) Sleep Problems and Disorders among Adolescents with Persistent and Subthreshold Attention-deficit/Hyperactivity Disorders. *Sleep*, 32:671-679.
- Gau SS, Lin YJ, Cheng AT, Chiu YN, Tsai WC, Soong WT. (2010) Psychopathology and symptom remission at adolescence among children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(4):323-32.
- Ghanizadeh A, Mohammadi MR, Moini R. (2008) Comorbidity of psychiatric disorders and parental psychiatric disorders in a sample of Iranian children with ADHD. *J Atten Disord*, 12(2):149–155.
- Gjervan B, Torgersen T, Rasmussen K, Nordahl HM. (2012) ADHD Symptoms Are Differentially Related to Specific Aspects of Quality of Life. *J Atten Disord*, 18(7):598-606.
- Graham P, Stevenson J. (1994) Child Health Related Quality of Life. *Child Questionnaire. Revised Version, September, 1994* (idézi Matthejat és Renschmidt, 1998).
- Guan B, Deng Y, Cohen P, Chen H. (2011) Relative impact of Axis I mental disorders on quality of life among adults in the community. *J Affect Disorder*, 131(1-3):293–298.
- Harpin VA. (2005) The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Arch Disease in Childhood*, 90(suppl_1): i2–i7.

- Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. (2001) Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health*, 11(1):4-10.
- Helmchen H, Linden M. (2000) Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. *Compr Psychiatry*, 41(2 Suppl 1):1-7. Review.
- Hill JC és Schoener EP. (1996) Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 153(9):1143–1146.
- Hoza B. (2007) Peer Functioning in Children With ADHD. *J Ped Psychology*, 32(6):655–663.
- Huh Y, Choi I, Song M, Kim S, Hong SD és Joung Y. (2011) A comparison of comorbidity and psychological outcomes in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry investigation*, 8(2):95–101.
- Hwang JW, Hahm BJ, Kwon ST, Kim KH, Lee JR. (2008) Impact of lifetime subthreshold depression and major depression before internship on psychopathology and quality of life in Korean interns: 6 month follow-up study. *Aust N Z J Psychiatry*, 42(4):301-8.
- Jafari P, Ghanizadeh A, Akhondzadeh S, Mohammadi M R. (2010) Health-related quality of life of Iranian children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Quality of Life Research*, 20(1):31–36.
- Jekkel É, Magyar K. (2007) Az életminőség vizsgálata – Áttekintő tanulmány. *Psychiat Hung*, 22(1):20-32.
- Jenkinson C, Layte R. (1997) Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey). *J Health Services Research and Policy*, 2(1):14-18.
- Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. (1992) Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA*, 267:1478-1483.
- Jozefiak T, Larsson B, Wichstrøm L, Matthejat F, Ravens-Sieberer U. (2008) Quality of Life as reported by school children and their parents: cross-sectional survey *Health and Quality of Life Outcomes*, 6:34.

- Kahn RS, Khoury J, Nichols WC, Lanphear BP. (2003) Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive-impulsive, inattentive, and oppositional behaviors. *J Ped*, 143(1):104–110.
- Kaplan RM, Anderson JP. (1988) A general health policy model: update and applications. *Health Services Research*, 23(2):203-35.
- 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.
- Keresztény Á, Dallos G, Miklósi M, Velő S, Róka A, Gádoros J, Balázs J. (2013) Komorbiditás és életminőség gyermek- és serdülőkori figyelemhiányos-hiperaktivitás zavarban. *MAGYIPETT XXXVII. Kongresszus*, Budapest.
- Kim HW, Cho SC, Kim BN, Kim JW, Shin MS, Kim Y. (2009) Perinatal and Familial Risk Factors Are Associated with Full Syndrome and Subthreshold Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a Korean Community Sample. *Psychiatry Investig*, 6:278-285.
- Kiss E, Baji I, Mayer L, Skultéti D, Benák I, Vetró Á. (2007) Életminőség kérdőív validitása és pszichometriai jellemzői magyar gyermekpopuláción *Psychiat Hung*, 22(1): 33-42.
- Klassen AF, Miller A, Fine S. (2004) Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114(5), e541–547.
- Klassen AF, Miller A, Fine S. (2006) Agreement between parent and child report of quality of life in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Care Health Dev*, 32(4):397-406.
- Kopp M, Kovács ME. (szerk) (2006) A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. *Semmelweis Kiadó*, Budapest.
- Krueger RF, McGue M, Iacono WG. (2001) The higher-order structure of common DSM mental disorders: internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, 30:1245–1259.
- Landgraf J, Abetz L, Ware JE. (1996) *The CHQ User's Manual*, Boston: Health Institute, New England Medical Center (www.thechq.com/about_chq.html).

- Leckman JF, Bloch MH, Scahill L, King RA. (2006) Tourette syndrome: the self under siege. *J Child Neurol*, 21(8):642-9.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunba G. (1997) The M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *Eur Psychiatry*, 12:224-231.
- Lewinsohn PM, Shankman SA, Gau JM, Klein DN. (2004) The prevalence and comorbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychol Med*, 34:613-622.
- Limbers CA, Ripperger-Suhler J, Heffer RW, Varni JW. (2011) Patient-Reported Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 Generic Core Scales in Pediatric Patients with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Comorbid Psychiatric Disorders: Feasibility, Reliability, and Validity. *Value in Health*, 14(4):521–530.
- Linnet KM. (2005) Smoking During Pregnancy and the Risk for Hyperkinetic Disorder in Offspring. *Pediatrics*, 116(2):462–467.
- Martonné TM, Kollár NK. (2001) A tanulók életmódjának kérdőíves vizsgálata iskolapszichológia Füzetek 25. Budapest,5-45.
- Mathiak KA, Luba M, Mathiak K, Karzel K, Wolańczyk T, Szczepanik E, Ostaszewski P. (2010) Quality of life in childhood epilepsy with lateralized epileptogenic foci. *BMC neurology*, 10, 69.
- Mattejat F, Jungmann J, Meusers M, Moik C, Nölkel P, Schaff C, Scholz M, Schmidt MH, Remschmidt H. (1998) Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Eine Pilotstudie *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26:174-182.
- Mattejat F, Remschmidt H. (1998) Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychischgestörten Kindern und Jugendlichen – Eine Übersicht *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26:183-196.
- Michel G, Bisegger C, Fuhr C, Abel T. (2009) Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 18(9):1147–1157.

- Möller HJ. (2008) Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches: Kraepelin's dichotomy and beyond. *Eur Arch Psy Clin N*, 258 (Suppl 2):48-73.
- Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. (2002) The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry*, 180:461-464.
- Murphy K, Barkley RA. (1996) Attention deficit hyperactivity disorder in adults: comorbidities and adaptive impairments. *Compr Psychiatry*, 37(6):393-401.
- Neuhaus C. (1996) Hiper- és hipoaktivitás, figyelemzavar. Budapest: Kairosz.
- Newcorn JH, Spencer TJ, Biederman J, Milton DR, Michelson D. (2005) Atomoxetine treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 44(3):240–248.
- O'Callaghan P és Sharma D. (2012) Severity of Symptoms and Quality of Life in Medical Students With ADHD. *J Atten Disord*, 18(8):654-8.
- Okasha A. (2009) Would the use of dimensions instead of categories remove problems related to subthreshold disorders? *Eur Arch Psy Clin N*, 259 (Suppl 2):129-33.
- Olfson M, Broadhead WE, Weissman MM, Leon AC, Farber L, Hoven C. (1996) Subthreshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Arch Gen Psychiatry*, 53:880-886.
- Patrick D, Erickson P. (1993) *Health status and Health Policy: Quality of life in health-care evaluation and resource allocation*. Oxford University Press, New York.
- Pineda DA, Palacio LG, Puerta I, Merchán Arango C, Galvi AY, Arcos-Burgos M. (2007) Environmental influences that affect attention deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adoles Psychiatry*, 16(5):337–346.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. (2007) The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, 164(6):942–948.

- Pomerlau O, Downey K, Stelson F, Pomerlau C. (1995) Cigarette Smoking in Adult Patients Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 3:373–378.
- Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. (1999) Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J of Social Psychiatry*. 45(1):7-12.
- Pszichiátriai Szakmai Kollégium. (2012) Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve A hiperkinetikus zavar (figyelmihiányos/ hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról. *Egészségügyi Közlöny*, 1.
- Rajmil L, López AR, López-Aguilà S, Alonso J. (2013) Parent-child agreement on health-related quality of life (HRQOL): a longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes*, 20;11:101.
- Remschmidt H és Matthejat F. (2010) The quality of life of children and adolescents with ADHD undergoing outpatient psychiatric treatment: simple disorders of activity and attention and hyperkinetic conduct disorders in comparison with each other and with other diagnostic groups. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4):161–170.
- Rielly NE, Craig WM, Parker KC. (2006) Peer and parenting characteristics of boys and girls with subclinical attention problems. *J Atten Disord*, 9(4):598-606.
- Rietveld MJ, Posthuma D, Dolan C, Boomsma D. (2003) ADHD: Sibling Interaction or Dominance: An Evaluation of Statistical Power, 33(3):247–255.
- Robitail S, Siméoni MC, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Bruil J, Auquier P és a KIDSCREEN csoport (2006) Validation of the European Proxy KIDSCREEN-52 Pilot Test Health Related Quality of Life Questionnaire: First Results. *J Adoles Health*, 39: 596.e1-596.e10.
- Robitail S, Siméoni MC, Ravens-Sieberer U, Bruil J, Auquier P és a KIDSCREEN csoport (2007) Children proxies' quality of life agreement depended on the country using the European KIDSCREEN-52 questionnaire. *J Clin Epidemiology*, 60: 469-478.
- Ronald A, Simonoff E, Kuntsi J, Asherson P, Plomin R. (2008) Evidence for overlapping genetic influences on autistic and ADHD behaviours in a

community twin sample. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(5):535-542.

- Ronen GM, Streiner DL, Rosenbaum P and the Canadian Paediatric Epilepsy Network. (2003) Health-related quality of life in children with epilepsy: development and validation of self-report and parent proxy measures. *Epilepsia*, 44: 598-612.
- Sanders M, Arduca Y, Karamitsios M, Boots M, Vance A. (2005) Characteristics of internalizing and externalizing disorders in medication-naive, clinically referred children with attention deficit hyperactivity disorder, combined type and dysthymic disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 39(5):359-65.
- Scahill L, Schwab-Stone M, Merikangas KR, Leckman JF, Zhang H, Kasl S. (1999) Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*, 38:976-84.
- Schreyer I és Hampel P. (2009) ADHS bei Jungen im Kindesalter - Lebensqualität und Erziehungsverhalten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(1):69–75.
- Sciberras E, Lycett K, Efron D, Mensah F, Gerner B, Hiscock H. (2014) Anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 133(5):801-8.
- Sharp SI, McQuillin A, Gurling HMD. (2009) Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuropharmacology*, 57(7-8):590–600.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker, Dunbar G. (1998) The M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry*, 59:22-33.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonara LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. (1997) Reliability and Validity of the M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. *Eur Psychiatry*, 12:232-241.
- Sheehan DV, Sheehan KH, Shytle RD, Janavs J, Bannon Y, Rogers JE, Wilkinson B. (2010) Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric

- Interview for children and adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry*, 71(3): 313-326.
- Skevington SM és Wrigth A. (2001) Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in the primary care: validation of the WHOQL-100. *Br J Psychiatry*, 178:261-267.
- Slade M, Loftus L, Phelan M, Thornicroft G, Wykes T. (1999) *The Camberwell Assessment of Need*, London: Gaskell.
- Thapar A, Harrington R, McGuffin P. (2001) Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design. *Br J Psychiatry*, 179:224-9.
- Thaulow CM és Jozefiak T. (2012) A comparison between child psychiatric outpatients with AD/HD and anxiety/depression. *Nord J Psychiatry*, 66(6):396–402.
- Theunissen NCM, Vogels TGC, Koopman HM, Verrips GHW, Zwinderman KAH, Verloove-Vanhorick SP, Wit JM. (1998) The proxy problem: child report versus parent report in health related quality of life research. *Quality of Life Research*, 7:387-397.
- Topolski TD, Edwards TC, Patrick DL, Varley P, Way ME, Buesching DP. (2004) Quality of life of adolescent males with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Atten Disord*, 7:163–173
- Tringer L. (2003) Egészség és életminőség. *Psychiat Hung*, 18(1):10-16.
- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56(12):1073–1086.
- Uzark K, Jones K, Slusher J, Limbers CA, Burwinkle TM, Varni JW. (2008) Quality of Life in Children With Heart Disease as Perceived by Children and Parents. *Pediatrics*, 121(5):e1060–e1067.
- van Nieuwenhuizen C, Schene AH, Koeter MW, Huxley PJ. (2001) The Lancashire Quality of Life Profile: modification and psychometric evaluation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(1):36-44.
- Várnai D, Örkényi Á, Aszmann A, Kökönyei Gy, Balogh Á. (2007) A HBSC-kutatás bemutatása: Az iskolai környezet és az egészség kapcsolatára vonatkozó

- eredmények In: Iskolai egészségpszichológia, Demetrovics, Zs., Urbán, R., Kökönyei, Gy., (szerk) L'Harmattan, Budapest.
- Varni JW, Burwinkle TM. (2006) The PedsQL as a patient- reported outcome in children and adolescents with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder: a population-based study. *Health Qual Life Outcomes*, 4:26.
- Velő S. (2013) „Frissen” diagnosztizált, kezelést még nem kapó figyelemhiányos hiperaktivitás zavarú gyermekek és serdülők életminősége. (szakdolgozat) Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógia és Pszichológia Kar Egészség- és Személyiségpszichológia Tanszék, Budapest.
- Velő S, Keresztény Á, Szentiványi D, Balázs J. (2013). Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év eredményeinek szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 15(2):19-26.
- 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. *Psychiat Hung*, 29(4):410-417.
- Vetró Á. (2008) *Gyermek- és ifjúságpszichiátria*. Budapest: Medicina.
- Vetró Á, Kiss E, Kátay L, Dombóváry E. (2003) Az életminőség vizsgálata gyermek- és serdülőkorban. *Psychiat Hung*, 18(6): 408-417.
- von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U. (2006) Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *J Epid Com Health*, 60(2):130-5.
- Wagner R, Silove D, Marnane C, Rouen D. (2006) Delays in referral of patients with social phobia, panic disorder and generalized anxiety disorder attending a specialist anxiety clinic. *J Anxiety Disord*, 20(3):363-71.
- Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. (2001) Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments and applications. *J Clin Psychology*, 57: 571-578.

- Ware JE. Jr, Sherbourne CD. (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*,30(6):473-83.
- Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA. (2010) Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *J Adoles Health*, 46(3):209–217.
- Weidle B, Jozefiak T, Ivarsson T, Thomsen P. (2014) Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health Qual Life Outcomes*. 29;12(1):152.
- Wilens TE, Mick E, Faraone SV, Spencer T. (1997) Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis*, 185:475–482.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med*, 28:109-126.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases, 10th Revision*. Geneva: World Health Organization.
- Yang P-C, Lung F-W, Chiou S-S, Yen C-F, Fuh J-L. (2012) Quality of life of methylphenidate treatment-responsive adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 28(5): 279–284.
- Zambrano-Sánchez E, Martínez-Cortés A, del Río-Carlos Y, Dehesa-Moren M, Poblano A. (2012) Low quality of life scores in school children with attention deficit-hyperactivity disorder related to anxiety. *Archivos de neuro-psiquiatria*, 70(3): 180–184.

SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

Disszertációhoz kapcsolódó közlemények:

Dallos Gy, Miklósi M, Keresztény A, Velő Sz, Szentiványi D, Gádoros J, Balázs J. (2014b) 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. (2014a) 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. *Psychiat Hung*, 29(4):410-417.

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

Disszertációtól független közlemények:

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, 152-154:282-7. 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, Gáboros J, Dallos Gy. (2012) Felnőttkor – gyermekkor – felnőttkor:
Hosszútávú kezelés a gyermek és felnőtt pszichiátriában.
Neuropsychopharmacol Hung, 14(1): 51-58.

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

Balázs J, Dallos Gy, Keresztény A, Czobor P, Gáboros 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

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.Gádoros Júliának, hogy lehetőséget és teret adott a kutatásra a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórházban.

dr.Balázs Judit munkacsoportja munkatársai közül szeretném kiemelni Keresztény Ágnest 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, Magyarai Judit, Mirk Zsófia.

Valamint hálás vagyok közvetlen klinikai munkatársaimnak és a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház dolgozóinak.