

Olvasási zavar melletti klasszifikációs rendszer szerinti komorbid és küszöb alatti pszichiátriai zavarok, valamint életminőség vizsgálata gyermekeknél

Doktori tézisek

Tárnokiné Törő Krisztina

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



- Témavezető: Dr. Balázs Judit Ágnes, Ph.D.,
egyetemi docens
- Hivatalos bírálók: Dr. F. Lassú Zsuzsa, Ph.D.,
főiskolai docens
Dr. Jekkel Éva, Ph.D., egyetemi
adjunktus
- Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Faludi Gábor, Ph.D.,
egyetemi tanár
- Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Bódizs Róbert, Ph.D.,
kutatási igazgató helyettes
Dr. Kiss Enikő Csilla, Ph.D.,
egyetemi docens

Budapest
2017

1. Bevezetés

1.1. Olvasási nehézség spektrum zavar (RD)

A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve 5. kiadásában (Diagnostic and Statistical Mental Disorder Fifth Edition: DSM-5) az RD-t az idegrendszer fejlődési zavarai fejezetén belül a Specifikus Tanulási Zavarokhoz (SpLD-hoz) sorolja. Gyermekkorban nyilvánul meg, és nem neurológiai sérülés, nem az intelligencia deficitje és a nem megfelelő oktatás, illetve nem érzékszervi sérülés okozza. Nehézségekkel járhat a tanulásban, ami szorongást, alacsony önbecsülést és/vagy viselkedési problémákat okozhat. Számos kutatás írta le az RD magas komorbiditását mind externalizációs, mind internalizációs zavarokkal.

1.2. RD korai / késői felismerés, küszöb alatti pszichopatológia és komorbiditás

A korai felismerés, 7 éves kor előtt (óvodában vagy az első osztályban) és a gyors, hatékony fejlesztés fontos tényezők az RD lefolyása szempontjából. A korai segítségnyújtás az RD korai jeleinek felismerésétől függ. Számos közelmúltban készült kutatás szerint a pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága magasabb volt a RD-s személyek esetén, mint akinnél nem áll fenn RD. A küszöb alatti pszichiátriai zavaroknak - olyan

tüneteknek fenállása, amelyek nem merítik ki a klasszifikációs rendszerek diagnosztikai kritériumait - szintén jelentős kutatási figyelmet szenteltek a közelmúltban. Kutatások kimutatták, hogy a küszöb alatti zavarok alacsonyabb életminőséggel járnak és növelik a klasszifikációs rendszerek kritériumai szerinti kórkép kialakulásának kockázatát. Napjainkig tudomásunk szerint egyetlen kutatás sem foglalkozott a komorbid küszöb alatti zavarokkal RD-s gyermekeknél. Továbbá nem találtunk olyan publikált kutatást sem, amely összehasonlította a teljes és/vagy küszöb alatti pszichés zavarokat azon gyermekek kapcsán, akiknél korán vagy későn észlelték az RD-t vagy annak korai jeleit.

1.3. Életminőség

A mentális zavarokban szenvedő betegek életminőségének (QoL) koncepciójának egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítottak a szakemberek az elmúlt évtizedekben. A páciensek funkcionális státuszának értékelése korábban is fontos volt, de csak a klasszifikációs rendszerek szerint írták le a jellemzőket. A QoL koncepció ennél sokkal széleskörűbb. A QoL definíciói a szomatikus, szociális és pszichológiai területekre egyaránt vonatkoznak. A QoL mérésével a szubjektív szempontok előbbre kerülnek, bár a közelmúltban végzett kutatások rávilágítottak arra, hogy a gyermekek QoL-

ének mérése során nem támaszkodhatunk kizárólag a gyermekek saját megítélésére, proxy szempontokra is szükség van. Érdekes lehet, hogy mennyire különbözik a gyermek és a szülő által adott eredmény.

1.4. RD és QoL

A QoL-lel kapcsolatban kevés kutatást végeztek RD populáción. Továbbá ezen vizsgálatok a SpLD-vel és nem csak a RD-vel diagnosztizált gyermekeket vizsgálták. Az eredmények szerint a kor szerint illesztett, tipikusan fejlődő kontrollcsoporthoz képest az SpLD-s gyermekek érzelmi jólléte és önbecsülése alacsonyabb volt, családi és baráti kapcsolataikkal kevésbé voltak elégedettek. Az SpLD-s gyermekek szülei a társas kapcsolatok és a környezet terén alacsonyabb QoL-t jeleztek, mint a tipikusan fejlődő gyermekek szülei.

2. Célkitűzések

2.1. Doktori munkám első fázisában a következő kérdéseket vizsgáltam:

- Az RD-vel komorbid pszichiátriai zavarok és küszöb alatti pszichiátriai zavarok előfordulási gyakoriságának felmérése.
- Az RD-vel korán és későn (=7 éves kor után) diagnosztizált vagy felismert veszélyeztetettségű gyermekeknél a komorbid zavarok előfordulási gyakoriságának összehasonlítása.

2.2. Doktori munkám második fázisában céлом a következő kérdések vizsgálata volt:

- RD diagnózisú gyermekek QoL- ének vizsgálata mind saját, mind szülői beszámoló alapján.
- Az RD mellett jelentkező komorbid pszichopatológia és az RD diagnózisú gyermekek QoL- ének vizsgálata.
- A fenti kéréseknél a kor és a nem hatásának vizsgálata.

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 vizsgálati csoportot a Vecsés és Környéke Család és Gyermejkölési Szolgálat és Központ páciensei/ellátottai közül vontuk be. A kontroll csoport tagjai a vecsési nyári napközis táborból kerültek ki, kényelmi mintavétellel. Az adatfelvétel ebben a csoportban a nyári táborban zajlott. A vizsgálatba való bekerülés felső korhatára 18 év, alsó korhatára 7 év (elvégzett

első osztály) 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

Az RD fennállásának vizsgálatára a Diszlexia Differenciáldiagnózisa, Maastricht teszt magyar változatának (3DM-H) rövidített változatát használtuk. A pszichés zavarokat a Gyermek Mini International Neuropsychiatric Interview (Gyermek M.I.N.I.) magyar verziójának használatával mértük fel, illetve a Képességek és Nehézségek Kérdőív (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) szülői verziójának segítségével. A QoL-et az ILK skála magyar változatával mértük. A demográfiai adatok jellemzőinek meghatározására adatlapot készítettünk a következők felméréséről: a szülők iskolai végzettsége, a szülők gazdasági aktivitása, a család struktúrája, a korai fejlődés, a kor, amikor a RD vagy a RD kockázatát/korai figyelmeztető jeleit diagnosztizálták, és a fejlesztést megkezdték.

3.3. Statisztika

3.3.1. Vizsgálat első fázisa

Felmértük mind a teljes, mind a küszöb alatti internalizációs és externalizációs zavarok előfordulási gyakoriságát. A csoportok

összehasonlítását (RD csoport vs. kontroll csoport; korai vs. késői felismerésű RD) a zavarok tekintetében chi-négyzet próbával végeztük el. Az RD súlyosságának hatását a komorbiditásokra úgy vizsgáltuk RD csoporton belül, hogy csoportokba soroltuk a gyermekeket átlag feletti, átlagos, átlag alatti, gyenge és nagyon rossz 3DM-H KOH-index pontszámok alapján.

3.3.2. Vizsgálat második fázisa

A kétváltozós elemzés során feltártuk a csoportok közötti különbségeket ön- és szülő által megítélt QoL és pszichopatológia kapcsán a teljes mintában, valamint külön a lányoknál és a fiúknál, és azok kapcsolatát a korrallal. Mivel a vizsgálati változók vonatkozásában eltérések mutatkoztak a normalitás, valamint az eloszlások tekintetében, ezért nem paraméteres eljárásokat használtunk (Mann–Whitney U-tesztet és Spearman korreláció). A többváltozós elemzésekkel az RD, a társuló pszichopatológia, az QoL, valamint a nemek összefüggéseit vizsgáltuk. Módszerként a moderált mediációs modellt használtuk, amelyben a komorbid pszichopatológia – összefüggésben az SDQ nehézségekkel – közvetített kapcsolatot a csoporttagság (RD = 1, kontroll = 0), valamint a saját és a szülő által megítélt életminőség között, amely függött a nemtől

(fiú = 0, lányok = 1) is. A gyermek életkorát és a szülők iskolai végzettségét kovariánsként vontuk be a modellbe.

4. Eredmények

4.1. Vizsgálati személyek

A vizsgálatba összesen 212 főt vontunk be, 130 főt az RD csoportba (kor: átlag = 10,23 év, SD=2,12; fiú $N=78$, lány $N=52$) és 82 főt a kontroll csoportba (kor: átlag = 9,66 év, SD=2,12; fiú $N=50$, lány $N=32$). A két csoport között nem volt különbség az életkor ($t(212) = 1,912$, $p = 0,057$), valamint a nemek tekintetében ($\chi^2 = 0,20$, $p = 0,888$). Az RD csoportot két további alcsoportra bontottuk: korai felismerésű alcsoportra (az RD diagnózis vagy az RD korai figyelmeztető jeleinek felismerési időpontja 7 év vagy 7 év alatt) és késői felismerésű alcsoportra (az RD diagnózis vagy az RD korai figyelmeztető jeleinek felismerési időpontja 7 év felett).

4.2. Vizsgálat második feldolgozási fázisa

4.2.1 Küszöb alatti és teljes pszichiátriai diagnózisok RD és kontroll csoportban

Az idősebb gyermekek esetében több küszöb alatti ($\rho = 0,196$, $p = 0,004$) és teljes ($\rho = 0,219$, $p = 0,001$) diagnózis található, mint a fiatalabb gyermekek esetében. Nemi különbséget nem találtunk egyik hangulati és szorongásos zavar esetében sem, de

a fiúk esetében gyakrabban diagnosztizáltunk externalizációs zavart (fiú $N = 32$, 25,0%; lány $N = 10$, 12,0%; $\chi^2(1) = 5,298$, $p = 0,021$, $\phi = 0,158$). Különbséget találtunk a Gyermek M.I.N.I. alapján a diagnózisok számát tekintve az RD és a kontroll csoportok között ($\chi^2(2) = 10,894$, $p = 0,004$, Cramer's $V = 0,227$). Az RD csoportban 82 gyermeknek (63,6%) nem volt diagnózisa, míg 16 gyermek (12,4%) rendelkezett egy diagnózissal, és 31 gyermek (24,0%) kettő vagy több diagnózissal. A kontroll csoportban 69 gyermeknél (84,1%) nem volt diagnosztizálható semmilyen pszichiátriai zavar, míg 6 gyermeknek (7,3%) volt egy diagnózisa, 7 főnek (8,5%) pedig két vagy több diagnózisa.

4.2.2. Korán és későn diagnosztizált RD alcsoportok

A korán diagnosztizált RD alcsoport szignifikánsan fiatalabb volt, mint a későn diagnosztizált RD alcsoport ($M=9,93$, $SD=2,23$ és $M=10,98$, $SD=1,87$; $t(110)=2,575$, $p=0,011$). A korán és későn diagnosztizált RD alcsoportok között nem volt különbség a nemek arányát tekintve, valamint az apa és az anya képzettsége, gazdasági aktivitása között, illetve a családi struktúrában sem, valamint a terhességi-, szülési-, korai fejlődési adatok tekintetében sem. A korán és későn diagnosztizált RD alcsoportok között szignifikáns különbséget találtunk a Gyermek M.I.N.I. szerint felállított internalizációs és

externalizációs zavarok számát tekintve ($\chi^2(2)=6,861, p=0,032$, Cramer's $V=0,248$). 50 gyermeknek (72,5%) a korai RD alcsoportban nem volt diagnózisa, 8 főnek (11,6%) egy diagnózisa volt, és 11 főnek (15,0%) kettő vagy több (4. ábra). A későn diagnosztizált RD alcsoportban 21 gyermeknek (48,8%) nem volt diagnózisa, 7 főnek (16,3%) egy diagnózisa volt, és 15 főnek (34,9%) pedig kettő vagy több. A szorongásos és hangulati zavarok (teljes diagnózisok) gyakorisága nem különbözik szignifikánsan a két alcsoportban ($\chi^2 = 1,256, p = 0,262, \phi = 0,106$ és $\chi^2 = 0,361, p = 0,674$ és $\phi = 0,053$), de az externalizációs zavarok gyakorisága szignifikánsan magasabb a későn diagnosztizált alcsoportban ($\chi^2 = 11,007, p < 0,001, \phi = 0,313$). Amikor együtt vizsgáltuk a küszöb alatti és teljes diagnózisokat, akkor a hangulati és az externalizációs zavarok előfordulási gyakorisága szignifikánsan magasabb volt a későn diagnosztizált RD alcsoportban, mint a korai felismerésű RD alcsoportban ($\chi^2 = 12,679, p < 0,001, \phi = 0,336$ és $\chi^2 = 18,778, p < 0,001, \phi = 0,409$).

4.3. Vizsgálat második feldolgozási fázisa

Az önbeszámolón alapuló és a szülői megítélés alapján felvett QoL skálák szignifikáns pozitív korrelációt mutatnak, az összefüggés mértéke közepes szintű volt. Szignifikáns pozitív korrelációt találtunk közepes hatással a gyermekek életkora és –

mind az önbevalláson, mind a szülői megítélésen alapuló – ILK pontszámok között, mégpedig azt, hogy az életkor növekedésével csökken a QoL. A SDQ pontok nem függtek össze a korrallal. A magas SDQ pontszám alacsony QoL-el járt együtt, mind az önbevallás, mind a szülő megítélése alapján.

A teljes mintát tekintve a Bonferroni korrekció után ($\alpha = 0,05 / 7 = 0,007$), az RD csoportban magasabb ILK pontszám mutatkozik az iskolára ($U = 3674,0, p < 0,001$), a családra ($U = 3659,5, p < 0,001$), az egyedül töltött időre ($U = 3972,5, p = 0,003$), a mentális egészségre vonatkozó pontszámok tekintetében ($U = 3472,5, p < 0,001$) és az általános QoL-ben a szülői megítélés szerint ($U = 3662,5, p < 0,001$). Viszont az általános QoL-ben nincs különbség az RD és a kontroll csoport között az önbevallás alapján. A szülői megítélés alapján az ILK összesített pontszám magasabb volt az RD csoportban, mint a kontroll csoportban ($U = 3375,5, p < 0,001$), de nem volt különbség a csoportok között az önbevallás alapján. A fiúk esetében az RD csoportban magasabb ILK pontszámot láthatunk a család ($U = 1299,0, p < 0,001$) és a lelki egészség ($U = 1127,0, p < 0,001$) domének, valamint az általános QoL ($U = 1165,5, p < 0,001$) tekintetében, és az ILK összpontszám esetében is ($U = 1155,0, p < 0,001$) a szülői megítélés szerint, és újra nem volt különbség az önbevallás alapján. A lányok esetében az RD

csoportban magasabb ILK pont látható az iskolai pontszámnál ($U = 486,5, p = 0,004$) a szülői megítélés szerint, de nem volt különbség a két csoport között az önbevallás alapján. A teljes mintát tekintve a két csoport között nem volt különbség az SDQ összesített probléma pontszámot tekintve. A fiúk esetében az RD csoportban szignifikánsabb magasabb SDQ összesített probléma pontszám található, mint a kontroll csoportban ($U = 1407,5, p = 0,007$), a lányok esetében nem volt különbség a két csoport között. A csoport státusz és a nemek, valamint ezen változók közti kölcsönhatás szignifikánsan összefügg az SDQ összesített nehézségek pontszámokkal, kontrollálva a gyermekek életkorát és a szülők képzettségét ($B=3,244, p=0,001$). A post hoc analízis szerint az RD diagnózisú fiúk esetében szignifikánsan magasabb SDQ pontszámot kaptunk ($B=3,244, p=0,001$), viszont a lányok SDQ pontszáma nem különbözött az RD és a kontroll csoportban ($B= -1,073, p=0,0386$). Az önbevalláson alapuló QoL pontszámok összefüggnek az SDQ összesített probléma pontszámmal és a nemmel. A csoporthoz való tartozás és a csoporttagok neme közti kölcsönhatás nem függött össze az önbevalláson alapuló QoL pontszámmal, kontrollálva a gyermekek korát és a szülők végzettségét. A post hoc analízis szerint a fiúk magasabb SDQ összesített probléma pontszáma magasabb QoL pontszámmal

járt ($B=3,244$, $p=0,001$), de a lányok esetében ez a kapcsolat nem állt fenn ($B= -1,073$, $p=0,0386$). A csoporttagság közvetlen hatása az önbevalláson alapuló QoL pontszámra nem volt szignifikáns sem a fiúk ($= -0,046$, BCa 95%, CI: $-0,135-0,043$), sem a lányok ($= -0,050$, BCa 95%, CI: $-0,161-0,061$) esetében. A csoporttagság közvetett hatása az önbevalláson alapuló QoL pontszámra az SDQ-n (összesített probléma pontszámon) keresztül szignifikáns volt a fiúk esetében ($= 0,064$, BCa 95%, CI: $0,024-0,111$), de nem szignifikáns a lányok esetében ($= -0,004$, BCa 95%, CI: $-0,041-0,008$). Tehát lányok esetén az önbevalláson alapuló QoL, a csoporttagság és a pszichopatológia között nem találtunk összefüggést. Fiúk esetén mediált utat igazoltunk az RD és a QoL között a komorbid pszichopatológián keresztül. A második modellben, a szülői megítélésen alapuló QoL pontszámok összefüggést mutatnak az SDQ összesített probléma pontszámokkal és a csoport státusszal. A nem és a csoporttagság közötti interakció és az SDQ nemi pontszáma sem kapcsolódott az QoL szülő által megítélt pontszámokhoz, kontrollálva a gyermekek korát és a szülők képzettségét. Mind a fiúk, mind a lányok esetében a magasabb SDQ összesített probléma pontszám magasabb QoL pontszámmal járt együtt. A csoporttagság közvetlen hatása a szülő megítélésen alapuló QoL pontszámokra szignifikáns volt a

fiúk esetében ($= -0,098$, BCa 95%, CI: $0,012-0,184$), a lányok esetében viszont nem ($= 0,079$, BCa 95%, CI: $-0,028-0,186$). A csoporttagság hatása az önbevalláson alapuló ILK pontokra az SDQ összesített probléma pontokon keresztül szignifikáns volt a fiúk esetében ($= 0,073$, BCa 95%, CI: $0,029-0,127$), de nem volt szignifikáns a lányoknál ($= -0,020$, BCa 95%, CI: $-0,073-0,013$).

5. Következtetés

Doktori értekezésem két részből áll, amelyek az RD komorbiditásához és QoL-hez kapcsolódnak.

5.1. A doktori munkám első része

Eredményeink összhangban vannak a korábbi kutatásokkal, amelyek rámutatnak arra, hogy fontos a korai felismerés és a megfelelő fejlesztés biztosítása. A mi mintánkban a RD-s gyermekek több mint egyharmada legalább egy pszichiátriai komorbiditást mutatott, és csaknem egyötöde több pszichiátriai komorbiditást. A RD csoportban gyakrabban fordultak elő pszichiátriai zavarok, mint a kontroll csoportban, de meglepő módon a kontroll csoport csaknem hatod része legalább egy pszichiátriai zavarral rendelkezett. Ez az eredmény azt sugallja, hogy fontolóra kellene venni egy érzékenyebb másodlagos prevenciók rendszer bevezetését a gyermekek körében. Különös figyelmet kell fordítani az RD-s gyermekek szűrésére a

pszichiátriai komorbiditás miatt. Mind a küszöb alatti, mind a teljes internalizációs zavarok prevalenciája magasabb volt RD csoportban, mint a kontroll csoportban. A teljes szorongásos zavarok előfordulási gyakorisága és a teljes és küszöb alatti szorongásos zavarok együttes előfordulási gyakorisága magasabb volt az RD csoportban, mint a kontroll csoportban. Az RD-s gyermekek egynegyedének legalább egy szorongásos zavara volt. Arra a következtetésre jutottunk, hogy az RD-s gyermekek nagyobb stresszt élnek át, mint tipikusan fejlődő társaik, mivel igyekeznek megfelelni a szülők, tanárok és társaik elvárásainak. Mindkét RD alcsoportban (korai és késői felismerés) a komorbid pszichiátriai zavarral diagnosztizált gyermekek aránya nagyon magas volt: a gyermekek több mint fele a késői RD alcsoportnak és a korai RD alcsoportba tartozó gyermekek több mint egynegyede esetében találtunk legalább egy komorbid zavart. Adataink azt is mutatják, hogy a DSM-IV kritériumok szerint a pszichiátriai zavarok előfordulási gyakorisága magasabb volt azoknál a gyermekeknél, akiknek RD-je (vagy korai jeleit) későn (7 év után) diagnosztizálták, mint azoknál a gyermekeknél, akiknek RD-je már 7 éves kor előtt felismerésre került. Ezek az eredmények hangsúlyozzák a RD korai felismerésének fontosságát, és megerősítik az óvodai,

és általános iskolai tanárok képzésének jelentőségét a RD korai tüneteinek felismerésére kapcsán.

5.2. A doktori munkám második része

Kutatásunk kapcsolódik a meglévő, de nagyon kevés eredményhez az RD-s gyermekek QoL-jével kapcsolatban. A gyermekek QoL-jét mind a RD, mind az egészséges kontroll csoportokban mértük, és alátámasztottuk mind a statisztikai, mind a klinikai vizsgálatokból származó adatokat. A QoL a gyermekkorban az életkor növekedésével csökken mind a saját, mind a szülői megítélés szerint. A serdülőkorban a gyermekek nehéz időszakot élnek meg, hiszen számos új folyamattal szembesülnek, beleértve a pszichés változásokat, az új társadalmi szerepeket (pl. kevésbé függenek a szülőktől, viszont még mindig otthon élnek, helyüket egyre inkább a társaik között találják meg). E változások feszültsége alacsonyabb QoL-szintet eredményezhet. A jelenlegi vizsgálatban a pszichopatológia magasabb szintje alacsonyabb QoL-értékkel jár együtt mind az RD, mind az egészséges kontrollcsoportokban. Nemtől függetlenül, mind a saját, mind a szülői megítélés alapján. Amikor az RD és a kontroll csoportok QoL-jét hasonlítottuk össze, a saját és szülői megítélés alapján: az RD csoportban lévő szülők több szempontot (pl. iskola, család, mentális egészség és általános QoL) értékelték alacsonyabbra gyermekeiknél, mint a

kontrollcsoport gyermekeinek szülei. Az RD-vel rendelkező gyermekek viszont nem értékelték rosszabbnak QoL-értéküket a fenti területeken, mint egészséges társaik. Nagyon érdekes, ha mérjük a nemek közötti különbségeket, ugyanazt az eredményt kaptuk a fiúknál; a lányok esetében azonban nemcsak a saját megítélés, hanem a szülők által megítélt QoL sem különbözött az RD és a kontrollcsoportban, kivéve az iskolai területet. Eredményeink, különösen a fiúk esetében, korábbi kutatásokét támasztják alá, amelyek rávilágítanak arra, hogy eltérés van a gyermekek önálló és szülői megítélése között. Nem annyira meglepő, hogy az RD-vel rendelkező fiúk szülei alacsonyabb értéket adtak gyermekeiknek, mint az egészséges fiúk szülei, mert tudják, hogy a gyermekeik milyen nehézségekkel küzdenek a RD miatt. Ez az eredmény a nemi különbségek szempontjából is alátámasztja azt a nagyon kevés korábbi kutatást, amelyek a SpLD gyermekekkel foglalkoznak. Azonban érdekes, hogy a RD-s lányok szülei nem értékelték gyermekeik QoL-jét alacsonyabbra számos területen, kivéve az iskolát, mint az egészséges lányok szülei. Vizsgálatunkban azonban a gyermekek (mind a lányok, mind a fiúk) nem értékelték QoL-üket alacsonyabb szinten a család és az általános QoL dimenziójában, mint az egészséges gyerekek.

Végül, ahogy vártuk, a pszichopatológia magas szintje a fiúk és a lányok esetében alacsony szülői megítélésű QoL-lel társult. Ez az eredmény felhívja a klinikusok figyelmét arra, hogy fontos a komorbiditások felismerése és kezelése.

Összefoglalva, kutatásunk eredményei azt mutatják, hogy a QoL a jólét egyik hasznos mérőszáma RD-s gyermekek esetében. Továbbá kiemelik a komorbid pszichopatológia mérésének fontosságát, valamint a nemi és életkori különbségek figyelembe vételét. Végül szeretnénk hangsúlyozni annak fontosságát, hogy több forrásból szerezzünk információt a pszichopatológiáról és a QoL-ről.

6. Disszertációhoz kapcsolódó közlemények

Törő K, Miklósi M, Horányi E, Pers Kovács G, Balázs J. (2017) (2017) Reading disability spectrum: early and late recognition, subthreshold and full comorbidity. *J Learn Disabil* doi: 10.1177/0022219417704169

Balázs J, Miklósi M, Törő K, Varga D. (2016) Reading Disability and Quality of Life Based on Both Self- and Parent- Reports: Importance Gender Differences. *Front Psychol*, 7: 1942.

Törő K, Balázs J. (2015) A korai diagnózis és intervenció jelentősége az olvasási nehézséggel diagnosztizált gyermekeknél -
– Esetismertetések, Neuropsychopharmacol Hun 17: 99-103.