

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM  
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

Szentiványi Dóra

**Az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar, és ezek küszöb  
alatti formáinak kapcsolata az életminőséggel a szülők  
és a gyermekek megítélésének a tükrében**

TÉZISFÜZET

**Pszichológiai Doktori Iskola**

**A Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Demetrovics Zsolt, DSc, egyetemi tanár**

**Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Program**

**Programvezető: Prof. Dr. Balázs Judit, PhD, egyetemi tanár**

**Témavezető: Prof. Dr. Balázs Judit, PhD, egyetemi tanár**



## **1. BEVEZETÉS**

### **1.1. A viselkedési zavar és az oppozíciós zavar**

A viselkedési zavart és az oppozíciós zavart a Nemzetközi Egészségügyi Szervezet (World Health Organisation, WHO) által kiadott Betegségek Nemzetközi Osztályozásának tizedik kiadásában (BNO-10) a Magatartászavarok (F91) fejezetben találjuk. Ebben a fejezetben azok a zavarok kerültek összefoglalásra, melyeknek jellemzője a tartós és rendszeresen előforduló agresszív viselkedés, dac, valamint a szociális szabályok extrém mértékű áthágása, mely nem tekinthető gyermekcsínynek vagy az életkornak megfelelő viselkedésnek (WHO, 1992). A BNO-11 kiadásában, az elérhető előzetes változat szerint a 6. „Disruptive behaviour or dissocial disorders” fejezetbe kerülnek az említett zavarok ("ICD-11," n.é). Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, APA) által kiadott Diagnostic and Statistic Manual ötödik kiadásában a (DSM-5-ben) az oppozíciós zavar és a viselkedési zavar, a „Diszruptív, impulzuskontroll és viselkedészavarok” fejezetbe került (APA, 2013). A viselkedési zavar esetén a DSM-5-ben történt újítás, hogy jelölni kell, ha korlátozott proszociális érzelmekkel áll fenn (APA, 2013). Az említett zavarok a DSM-5 bevezetésével felnőttkorban is diagnosztizálhatóvá váltak.

### **1.2. Küszöb alatti zavarok**

A küszöb alatti kifejezés egy olyan állapotot jelöl, amikor a tünetegyüttes az adott pszichiátriai zavar spektrumán megjelenik, azonban kvantitatívan enyhébb, de kvalitatív szempontból hasonló az egyén megélése, mint a kritériumokat kimerítő tünetek esetében (Shankman és mtsai., 2008). A küszöb alatti tünetegyüttest vizsgálva, egyetlen betegcsoport esetén sem beszélhetünk egységes kritériumrendszerekről (Balázs és Keresztény, 2014). A küszöb alatti tünetegyüttes megléte növeli a diagnosztikus küszöböt meghaladó kórképek megjelenésének rizikóját (Viinamäki és mtsai., 2013; Balázs és Keresztény, 2014; Haller és mtsai., 2014), illetve előfordulások gyakoribb, mint klasszifikációs rendszerekben található zavaroké (Olfson és mtsai, 1996). A küszöb alatti zavarok áthidaló megoldást nyújthatnak a kategoriális és a dimenzionális szemléletek között (Balázs és mtsai, 2014, Dallos és mtsai., 2014).

### **1.3. Az életminőség**

A Nemzetközi Egészségügyi Szervezet leírása szerint az életminőség az egyén megélése a világban elfoglalt helyéről a kulturális és társadalmi kontextusokat figyelembe véve (WHO, 1995). A beteg populációk vizsgálatánál fontos figyelembe vennünk azt, hogy a

funkcióképesség és a tünetek megléte, illetve redukciója nem mutat lineáris összefüggést az életminőség változásával, tehát a tünetskálák nem elégségesek a beteg általános állapotának felmérésére (Jekkel és Magyar, 2007).

Lényeges kérdés a gyakorlati és a kutatói munka során is, hogy a gyermeket, és/vagy a gondviselőjét tekintjük a meghatározóbb információ forrásnak a diagnózis alkotásnál és az életminőség értékelésnél, ugyanis a gyermekek önértékelései és a gondviselőik véleménye gyakran különbözik (Achenbach és mtsai., 1987). Ez az eltérés az életminőség értékelések kapcsán is megjelenik, a szülők gyermekükről adott értékelése, és az önbeszámolók gyakran kis mértékben egyeznek (Eiser és Morse, 2001, De Los Reyes és Kazdin, 2005). Eltérő életminőség értékeléseket találunk aszerint is internalizáló vagy externalizáló problémák állnak fent: amennyiben a gyermekek internalizáló tünetekkel érintettek, akkor enyhébb fokú a szülő és a gyermek értékelésének az különbsége, mint az externalizáló tünetek esetén (Seiffge-Krenke és Kollmar, 1998, Duhig és mtsai., 2000, Kiss és mtsai, 2008, Turi és mtsai, 2011, 2013)..

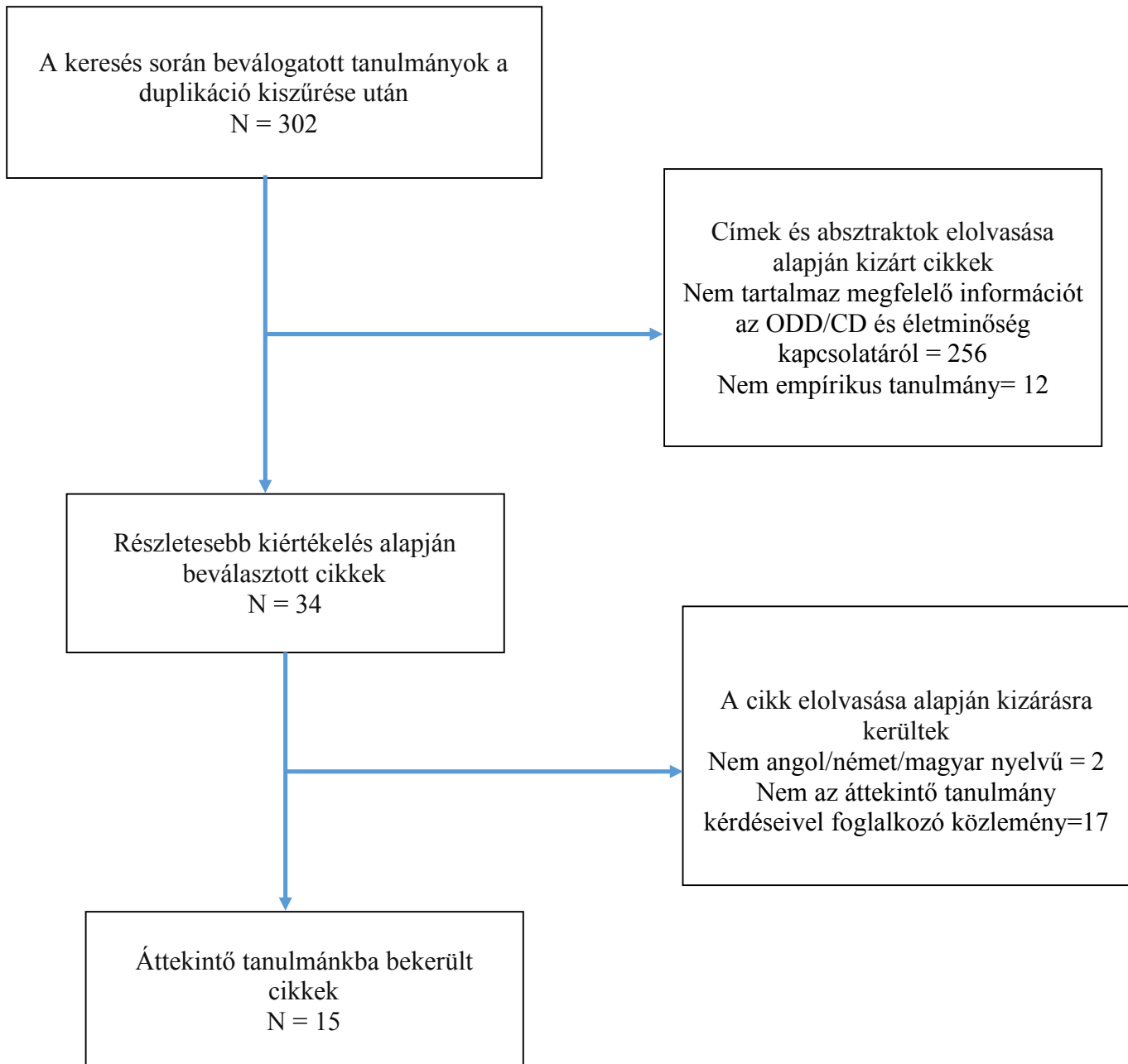
#### **1.4. Az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar és az életminőség kapcsolata**

Doktori munkám során az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar és az életminőség kapcsolatával foglalkozó kutatások szisztematikus áttekintését végeztük (Szentiványi és Balázs, 2018). Eredményeinket közöltük angol nyelven, melyeket a cikkünk alapján alább mutatok be (Szentiványi és Balázs, 2018).

Szisztematikus áttekintés módszerével a Pubmed, Medline, Science Direct, Scopus és Web of Science adatbázisok segítségével kerestünk 2015 június 14-én kutatásokat. Munkánk során az oppozíciós zavar, viselkedési zavar és életminőség keresőszavakat angol, német és magyar nyelven használtam. Azokat a cikkeket válogattuk be, melyek eredményeket közöltek az oppozíciós- és a viselkedési zavar diagnózisának, vagy tüneteinek kapcsolatáról az életminőséggel. A kizárási kritériumok között szerepelt, ha összefoglaló tanulmányt vagy hatásvizsgálatot, illetve módszertani kérdéseket közöltek. Végül 15 publikáció felelt meg a beválasztási kritériumoknak, a kiválasztás módszerét az 1. ábra mutatja be (Szentiványi és Balázs, 2018).

A beválogatott közlemények 2002 és 2014 között jelentek meg, tudomásommal nem jelent meg azóta új közlemény a témában. A publikációk 10 ország (Amerikai Egyesült Államok, Ausztrália, Ausztria, Hollandia, Kanada, Magyarország, Németország, Norvégia, Puerto Rico és Svédország) kutatásait mutatják be, a legtöbb közlemény (6 darab) németországi eredményeket ismertet. Egy utánkövetéses vizsgálatot találunk a közlemények között

(Barneveld és mtsai., 2014), egy eset-kontroll vizsgálatot bemutató publikációt (Bussing és mtsai., 2010), egy retrospektív vizsgálatot (Goldstein és mtsai., 2012); a többi publikáció keresztmetszeti dizájnú kutatást mutatott be. Három közlemény foglalkozott felnőttek, 12 gyerekekkel, a beválogatott kutatásokban résztvevő alanyok életkora 0-75 év közé esik.



1. ábra: Quorum ábra (Szentiványi és Balázs, 2018)

## 1.5 Az áttekintett tanulmányok eredményeit 5 kérdés köré szervezve mutatom be:

### 1.5.1. Milyen mérőeszközökkel lehet az oppozíciós- és a viselkedési zavart, illetve ezeknek tüneteit azonosítani?

A közleményekben kórházi anamnézist, diagnosztikai interjúkat és önkitöltős kérdőíveket használnak az említett zavarok tüneteinek és diagnózisának azonosítására. A könnyebb áttekinthetőség érdekében a 1. számú táblázatban szemléltetem a mérőeszközöket:

1. táblázat – Az oppozíciós zavar és a viselkedési zavar mérésére használt eszközök az áttekintett szakirodalomban

Diagnózist adó mérőeszközök		
Közlemény	Eszköz	Rövidítés
Goldstein és mtsai. 2012	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule – DSM-IV	AUDADIS-IV
Dallos és mtsai. 2014	Mini International Neuropsychiatric Interview Kid	MINI Kid
Lindstedt és mtsai. 2012	Karolinska Scales of Personality	KSP
Tünetbecslő skálák		
Büttner és mtsai. 2011, Schei és mtsai. 2013, 2015, Steinhausen és mtsai. 2006	Képességek és Nehézségek Kérdőív	SDQ
Barneveld és mtsai. 2014	Gyermek Viselkedés Kérdőív	CBCL
Bussing és mtsai. 2010	Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale	VADPRS
Thurston és mtsai. 2010	NLSCY Behaviour questionnaire	
Sawyer és mtsai. 2002	Child/Adolescent Symptom Inventory 4	CSI-4

### 1.5.2. Milyen mérőeszközökkel lehet felmérni az életminőséget?

Az életminőséget 10 különböző életminőség kérdőívvel mérték fel, illetve egy közlemény esetében a mélyinterjú módszerét használták. Az életminőség mérőeszközöket a 2. táblázatban szemléltetem.

2.táblázat. Az életminőség mérésére használt eszközök az áttekintett szakirodalomban

Közlemény	Eszköz	Rövidítés
Büttner és mtsai. 2011, Dallos és mtsai. 2014, Schubert és mtsai. 2003	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität Kindern und Jugendlichen	ILK
Bussing és mtsai. 2010, Klassen és mtsai 2004, Sawyer és mtsai. 2002	Child Health Questionnaire	CHQ
Hampel és Desman, 2006	Kinder Lebensqualität Fragebogen	KINDL
Steinhausen és mtsai, 2004	Child Health and Illness Profile	CHIP-CE
Goldstein és mtsai. 2012	Short-Form 12-Item Health Survey, version 2	SF-12v2
Lindstedt és mtsai. 2015	the Manchester Quality of life Scale	MANSA
Schei és mtsai. 2013, Schei és mtsai. 2015	Inventory of Life Quality in Children and Adolescents kérdőív	ILC
Thurston és mtsai. 2010	Psychosocial Quality of Life	PsychQL
Bussing és mtsai. 2010	Youth Quality of Life	YQOL

### 1.5.3. Milyen kapcsolat van az oppozíciós zavar, viselkedési zavar és az életminőség között gyermekek esetén?

A beválogatott 15 közleményből öt foglalkozik az életminőség valamint a viselkedési-, és az oppozíciós zavar kapcsolatával gyermekek esetén (Büttner és mtsai., 2011, Chavez és mtsai., 2012, Sawyer és mtsai., Schubert és mtsai., 2006, Thurston és mtsai., 2010).

Büttner és munkatársai (2011) a gyermekjóléti szolgálattal kapcsolatban lévő gyermekeket és szüleiket kérték fel, hogy értékeljék az életminőségüket. A gyermekek értékelései mutattak

alacsonyabb életminőséget akkor, ha a viselkedési problémák jelen voltak (Büttner és mtsai., 2011).

A négy kvantitív tanulmány egyöntetűen azt találta, hogy alacsonyabb életminőséggel járnak együtt a zavarok, a különbség csupán abban volt, hogy ezt a szülők és a gyermekeik egyaránt észlelik-e.

A kvalitatív tanulmányban az ADHD-s gyermekek 36 témát érintettek, az oppozíciós- és viselkedési zavaros gyermekek 32 témát, míg a major depressziós és szorongó gyermek 19 témáról beszéltek. A 10 leggyakrabban előforduló téma az oppozíciós zavaros és viselkedési zavaros gyermekek esetén a tanulás, a viselkedési problémák, a sport aktivitás, a család, a szocializáció, a düh/agresszió, a szófogadás/figyelmezés, családi konfliktusok, dacos viselkedés kontrollálása, jogi problémák, erőszak (Chavez és mtsai., 2012).

#### **1.5.4. Amennyiben az oppozíciós zavar, illetve a viselkedési zavar jelen van komorbid kórképként, akkor alacsonyabb életminőség mutatható-e ki, mint ezen kórképek komorbiditása nélkül?**

A beválogatott 15 közleményből hét oszt meg információt az olvasóval arról, hogy alacsonyabb életminőség tapasztalható-e akkor, ha jelen van komorbid kórképként az oppozíciós zavar vagy a viselkedési zavar, mint amikor nem kell ezekkel a zavarokkal komorbid kórképként számolni (Bussing és mtsai., 2010, Dallos és mtsai., 2014, Hampel és mtsai., 2006, Klassen és mtsai., 2004, Schei és mtsai., 2013, Schei és mtsai., 2015, Steinhausen és mtsai., 2006).

A hat publikáció, melyekben életminőség vizsgálata során az oppozíciós zavar és viselkedési zavar komorbid kórképként megjelenik, az ADHD-val foglalkozik. Azt találták a kutatók, hogy amennyiben az oppozíciós zavar is megjelenik az ADHD mellett, akkor növekszik az esély arra, hogy alacsonyabb lesz a gyermekek életminősége (Bussing és mtsai., 2010, Dallos és mtsai., 2014, Klassen és mtsai., 2004, Schei és mtsai., 2013; Schei és mtsai., 2015, Steinhausen és mtsai., 2006).

Dallos és munkatársai (2014) hazai adatokat mutatnak be. Munkájuk során azt találták, hogy az ADHD-s gyermekek szülei szignifikánsan rosszabb életminőségről számoltak be, mint a gyermekeik. Ez a szülő-gyermek diád életminőség értékelésében jelentkező különbség abban az esetben is fennállt, ha az ADHD mellett komorbid oppozíciós-, viselkedési zavar is diagnosztizálható volt, illetve akkor, ha nem kaptak a gyermekek az ADHD mellett más diagnózist (Dallos és mtsai., 2014).

Egyedül Hampel és munkatársai (2006) nem találtak különbségek a szülők életminőség értékeléseiben az ADHD-s és az ADHD mellett komorbid oppozíciós-, viselkedési zavaros gyermekek esetén.

### **1.5.5. Az oppozíciós zavar és a viselkedési zavar gyermekkori megléte összefügg a felnőttkori életminőséggel?**

A 15 publikációból három közlemény foglalkozik felnőttek életminőségével (Barneveld és mtsai., 2014, Goldstein és mtsai., 2012, Lindstedt és mtsai., 2015). Mindhárom kutatás eredményei alapján a viselkedési zavar alacsonyabb felnőttkori életminőséggel jár együtt, noha az életminőség károsító mivoltát nem sikerült pontosan meghatározni.

Ahogy az a prevanecia adatokban is áttekinthetjük, meglehetősen gyakori kórképekről van szó, mégis mindösszesen 15 tanulmányt találtunk magyar, német és angol nyelven, melyek vizsgálták az életminőség és az oppozíciós-, viselkedési zavar kapcsolatát. Emellett a fenti táblázatokban áttekinthető, hogy sokféle mérőeszköz van használatban. A módszertani sokszínűség magában hordozza annak nehézségét, hogy a kutatások eredményeit összehasonlíthassuk. Továbbá dimenzionális mérőeszközt használó kutatást nem találtunk, így a szakirodalmat áttekintve nem kapunk választ arra, hogy a tünetszámok mennyiben befolyásolják az életminőség értékeléseket. A retrospektív kutatások megerősítették, hogy a viselkedési zavar korai megjelenése a fejlődés menetében hosszú távon összefüggésben van az életminőséggel, még felnőttkorban is rontja azt. Ezen eredmények a DSM-5-ben történt életemel történő fejlődés nézőpontját, és az életkori jelölők fontosságát támasztják alá.

## **2. CÉLKITŰZÉSEK/HIPOTÉZISEK**

1. Doktori munkám első fázisában a klinikai, externalizáló tüneteket mutató populáció vizsgálata során szerettem volna feltárni, hogy mennyire jár együtt a gyermekek értékelése gondviselőikkel, valamint találunk-e aszerint különbségeket az értékelések együtt járásában, hogy az anya, az apa vagy egyéb gondviselő az értékelő.

- A viselkedési zavarral diagnosztizált serdülők életminőségét a gondviselő rosszabbnak értékeli, mint maga a serdülő.
- A gondviselők életminőség értékelése különbözik aszerint, hogy az anya, az apa, vagy egyéb gondviselő az értékelő.



2. Majd a viselkedési zavarra fókuszáltam, és összehasonlítottam a viselkedési zavarral diagnosztizált lány - és fiúgyermek és szüleik életminőség-értékeléseit.

- A viselkedési zavaros lányok életminősége rosszabb, mint a fiúké.
- A lány gyermeket nevelő gondviselők alacsonyabbnak értékelik a gyermekeik életminőségét, mint a fiúgyermeket nevelő gondviselők.

3. Emellett fontosnak tartottam feltárni, hogy a viselkedési zavarral komorbid oppozíciós zavar alacsonyabb életminőséget eredményez-e a serdülők vagy a szüleik életminőségében, mint önmagában a viselkedési zavar.

- Alacsonyabb a serdülők életminősége amennyiben a viselkedési zavar mellett a komorbid oppozíciós zavar is fennáll.
- A gondviselők rosszabbnak értékelik a gyermekeik életminőségét, amennyiben a serdülő a viselkedési zavar mellett az oppozíciós zavarral is érintett.

4. A doktori munkám befejező részében összevettem az oppozíciós- és viselkedési zavaros serdülők és a szüleik életminőség értékelését, ezen zavarok küszöb alatti tünetcsoportját mutató serdülők és szüleik életminőség értékelését, valamint ezen két zavar tüneteit nem mutató szülő-gyermek párosok életminőség értékelését.

- Alacsonyabb azoknak a serdülőknek életminősége, akik a viselkedési zavarral érintettek, mint azoknak, akiket nem érint a kórkép.
- Alacsonyabb azoknak a gondviselőknek a gyermekeiről adott életminőség értékelése, akik a viselkedési zavarral érintettek, mint azoknak, akik a zavarral nem érintett serdülőt nevelnek.
- Az oppozíciós zavar alacsonyabb életminőség önértékelésekkel jár együtt serdülők esetén, mint az oppozíciós zavar küszöb alatti formája.
- A gondviselők gyermekeikről adott életminőség értékelése az oppozíciós zavar esetén alacsonyabb, mint az oppozíciós zavar küszöb alatti formája esetén.
- A viselkedési zavar alacsonyabb életminőség önértékelésekkel jár együtt serdülők esetén, mint a viselkedési zavar küszöb alatti formája.

- A gondviselők gyermekeikről adott életminőség értékelése a viselkedési zavar esetén alacsonyabb, mint a viselkedési zavar küszöb alatti formája esetén.
- Az oppozíciószavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők életminőség szignifikánsan alacsonyabb, mint a tünetegyüttesel nem érintett serdülőké.
- Az oppozíciószavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülőt nevelő gondviselők gyermekeikről adott életminőség szignifikánsan alacsonyabb, mint a tünetegyüttesel nem érintett serdülőt nevelő gondviselőké.
- A viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők életminőség szignifikánsan alacsonyabb, mint a tünetegyüttesel nem érintett serdülőké.

A viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülőt nevelő gondviselők gyermekeikről adott életminőség szignifikánsan alacsonyabb, mint a tünetegyüttesel nem érintett serdülőt nevelő gondviselőké.

### **3, MÓDSZEREK**

#### **3.1. Eljárás, etikai megfontolások**

Kutatásunk adatgyűjtési fázisa 2014. júliusa és 2017. júliusa között zajlott az Egészségügyi Tudományos Tanács – Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának engedélyével (száma: ETT-TUKEB- 5071-2/2014/EKU (101/2014), az Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok (OTKA) 106336-os számú pályázat támogatásával.

Az adatgyűjtés két karra oszlott, először a klinikai csoporttal zajló adatfelvételt indítottuk el a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián, majd kontroll csoportot szerveztünk budapesti állami iskolák diákjaiból. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt, a serdülők és a szülei írásos beleegyezésüket adták a részvételbe a szóbeli és az írásos tájékoztatás után. A klinikai csoport toborzása során 221 családot kértünk fel a kutatásban való részvételre, ebből 204 szülő-gyermek páros egyezett bele a részvételbe, így itt a beleegyezési arány 92,30% volt. A kontroll csoportban 498 szülő-gyermek párost kerestünk fel, ebből 197-en egyeztek bele a részvételbe, a beleegyezési arány 39,55 %-os volt.

## **3.2 Minta**

A vizsgálatba 13 évnél idősebb, de 18 évnél fiatalabb gyermekeket és szüleiket vontuk be. Az anamnéziséjükben externalizáló tüneteket mutató gyermekeket és szüleiket kértük a kutatásban való részvételre a klinikai csoport toborzása során. Kizárási kritérium az autizmus spektrum zavar, pszichotikus epizód és az intellektuális képességzavar volt.

A kontroll csoportot toborzása során kizárási kritérium volt, ha a tudomásunkra hozták, hogy a gyermek aktuálisan pszichológiai/pszichiátriai kezelés alatt áll van.

## **3.3.Mérőeszközök**

### **3.3.1. Demográfiai adatlap**

A demográfiai adatlapot, mely anamnesztikus (neme, életkor, család összetétele, testvérek száma, gyermek elhelyezése, perinatális adatok, stb.) és szocioökonómiai státuszra vonatkozó adatokat tartalmaz, kutatócsoportunk szerkesztette

### **3.3.2. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)**

A diagnózis alkotáshoz a Sheehan és Lecrubier által kidolgozott MINI gyermekpszichiátriai változatát, a Gyermek M.I.N.I-t használtuk (Sheehan és mtsai.,1998), melynek hazai adaptálását Balázs Judit és munkatársai végezték (Balázs és mtsai., 2004). A Gyermek MINI kérdőív magyar verziójának inter-rater és teszt-reteszt reliabilitása is megfelelőnek bizonyult (Balázs és mtsai., 2004), emellett viszonylag gyorsan, 45 perc alatt felvehető. Az eszköz 18 év alatti gyermekeknél használható (Balázs és mtsai., 2004). Doktori munkám során végzett vizsgálatnál 13 év feletti gyermekekkel dolgoztunk, így az interjúk felvételére a gyermekkel kétszemélyes helyzetben került sor.

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

Az életminőség mérésére az Intervertar Lebesqualität Kindern und Jungendlichen (ILK) kérdőívet választottuk (Mattejat és mtsai., 1998), mely nem tünethangsúlyú, 6-18 éves korig használható, önkitöltős kérdőív (Kiss és mtasi, 2007). A kérdőív az életminőség hat területéről szolgáltat információt: család, iskola, kortárskapcsolatok, egyedül végzett tevékenység, testi egészségi-, valamint idegi-lelkiállapot és általános életminőség (Kiss és mtasi, 2007). A klinikai csoport számára kialakított verzióban szerepelnek a betegség/probléma általi-, valamint a klinikai vizsgálatokból és a kezelésekből adódó megterhelést felmérő kérdések is (Kiss és

mtsai., 2007). A magyar verzió megbízhatósága és érvényessége, belső reliabilitása Cronbach  $\alpha$  mutató alapján elfogadható (Kiss és mtsai., 2007).

### **3.3.4. Statisztikai módszerek**

A statisztikai elemzést az IBM SPSS Statistics 22.0.0 programmal végeztem (IBM, 2013). A szignifikancia szintet minden esetben  $p < 0,05$ -ben határoztuk meg. Az elemzés folyamán az ILK kérdőív tételeit megfordítottam, az értékeit pedig 0-100 közé vetítettem. A 100 pont jelenti a legjobb életminőséget, a 0 a legrosszabbat. A gondviselők és gyermeik értékeléseinek összehasonlításához összetartozó mintás t-próbát és variancia-analízist alkalmaztam. Főkomponens elemzést végeztem direkt oblimin rotációval az ILK kérdőív tételein.

A viselkedési zavar diagnózisú serdülőkben a nemi különbségek és a komorbid oppozíciós zavar vizsgálata során minden esetben a változók ordinális típusúak, valamint nem normál eloszlásúak voltak (Kolmogorov-Smirnov teszt,  $p < 0,05$ ), a szórás-homogenitás minden esetben megvalósult (Levene teszt,  $p > 0,05$ ), ezért Mann-Whitney próbát használtunk, ahogyan az oppozíciós zavarral komorbid viselkedési zavar diagnózisú és oppozíciós zavarral nem komorbid viselkedési zavar diagnózisú serdülők életminőségének összevetése során is. Az összesített életminőség változó kivétel volt, mert normál eloszlást mutatott, így ebben az esetben a hipotézist független mintás t-próbával teszteltük.

A szülő-gyermek értékelések közötti különbségeket öt csoportot alkotva hasonlítottam össze: a viselkedési zavaros, oppozíciós zavaros, küszöb alatti oppozíciós zavaros, küszöb alatti viselkedési zavaros és a viselkedési vagy oppozíciós zavar semmilyen formáját nem mutató serdülők. Abban az esetben került egy serdülő a küszöb alatti tünetegyüttest mutató csoportba, amennyiben beszámolt a Gyermek MINI diagnosztikai interjúban a DSM-IV szerint előírt számú tünetről, de a nemmel válaszolt a szűrő kérdésekre. A csoport közötti különbségek vizsgálatához variancia analízist alkalmaztam (ANOVA).

## **4. EREDMÉNYEK**

### **4. 1. A minta leírása**

Összesen 392 serdülő (51,7% fiú és 49,3% lány) alkotja a mintát. A serdülők átlagéletkora 14, 89 év (SD=1,28). A serdülők közül 346-an (88%) válaszoltak mind a Gyermek MINI, mind az ILK kérdőív kérdéseire. Az ILK kérdőív szülői verzióján 260 gondviselő értékelte a

gyermeke életminőségét. A Gyermek MINI diagnosztikai interjú 28 serdülőnél azonosított viselkedési zavart (42,8% fiú és 57,2% lány esetén). Továbbá 39 serdülő (46,1% fiú és 53,9% lány) esetén áll fent a Gyermek MINI alapján a viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttese.

A Gyermek MINI szerint oppozíciós zavar 54 serdülő (49,2% fiú és 51,8% lány) esetében, míg az oppozíciós zavar küszöb alatt formája 89 serdülő esetén áll fent (48,3% fiú és 57,1% lány) a Gyermek MINI alapján.

#### **4.2. Első vizsgálat: A szülői és a gyermekek által adott értékelések összehasonlítása a klinikai mintán.**

Az elemzés során összesen 140 szülő – gyermek páros adatait dolgoztuk fel.

A kérdőívet kitöltő gondviselő 62 esetben az anya, 32 esetben az apa és 20 esetben „egyéb” kitöltő volt, továbbá 26 esetben nincsen információnk arról, hogy milyen gondviselő volt a válaszadó.

A gyermekek által kitöltött ILK kérdőívek adatait elemezve azt találtuk, hogy összesen 79 fiú és 60 lány gyermek töltötte ki a kérdőívet. Az átlag életkoruk 14,47 év (SD=1,38) volt. Egy esetben a kitöltő nem adta meg a nemére és a korára való információkat.

A gondviselők életminőség értékeléseinek az elemzése során az ILK kérdőív tételeit elemezve a “kezelések általi megterhelés” tétel, valamint a „család” tétel kommunalitása 0,40 alatt volt, emiatt ezeket az elemeket kihagytuk a faktorképzésből.

A gondviselői életminőség megítéléseket alapul véve három faktort feltárására került sor:

- Az első faktort a betegséggel kapcsolatos életminőség elnevezést kapta.
- A második faktor a kortárskapcsolatok nevet kapta.
- A harmadik faktor az iskolai életminőséget tömöríti.

Mindezt az 3a és 3b. táblázat mutatja be a faktorokba bekerült tételeket, és a kommunalitás értékeket. A gondviselői értékelések esetében három faktort találtunk, melyek a teljes variancia 68%-át magyarázzák, a betegséggel kapcsolatos életminőség faktor az 38%-ot, a kortárskapcsolat faktor 16%-ot és az iskolában töltött idő faktor pedig 14%-ot fed.

3a. táblázat. A kommunalitás értékek – gondviselők – (Szentiványi és mtsai., 2017; Psychiatria Hungarica, 334 oldal)

	Kommunalitás
Globális elégedettség	0,774
Iskola	0,701
Testi egészség	0,694
Idegi-lelkiállapot	0,689
Testi Egyedül eltöltött idő	0,669
Kortárskapcsolat	0,667
Probléma/betegség megterhelése	0,594

Az említett faktorok alapján 3 új mutatót képeztünk, ezeket a mutatókat változókhoz hasonlóan 0 és 100 pont közé kalibráltunk, ahogyan az eredeti változókat is.

- Az ILK kérdőív összpontszámával erősen korrelál a *betegséggel kapcsolatos életminőség faktor* ( $r=0,81$   $p<0,0001$ ). Az említett faktorból képzett mutató azt jelzi, hogy a gondviselő milyennek becsüli a gyermeke betegségtudatát ( $M=65$ ,  $SD=1,7$ ).
- A gondviselők 30%-a esetén az átlagos értékeléseket találunk ( $M=42$   $SD=1,5$ ) ugyancsak a gondviselők 30%-nál kerültek 50 pont felé az értékelések a *kortárskapcsolatok faktoron*.
- Az értékelők 14%-a körében került 50 pont fölé az életminőség, a gondviselők átlagosan ennél alacsonyabbnak ( $M=35$   $SD=1,5$ ) értékelték *az iskolában töltött idő faktort* tekintve.

A gondviselők értékeléseinek esetén: szignifikánsan korrelál a betegséggel kapcsolatos életminőség mutató a kortárskapcsolatok mutatóval ( $r=0,34$   $p<0,001$ ). Negatív korreláció mutatkozik meg a kortárskapcsolatok és iskolában töltött idő mutató között ( $r=-0,18$   $p=0,003$ ). A serdülők esetén: közepesen szorosan korrelál betegséggel kapcsolatos életminőség ( $r=0,81$   $p<0,0001$ ) életminőség önértékelések választátlagával.

Egyszempontos varianciaanalízissel vizsgálva a kitöltők személye szerinti különbségeket, szignifikáns eltérést kaptunk ( $F=2,85$ ,  $p=0,06$ ). Az apák anyák kontrasztnál  $p=0,038$  értéket mutat, apák más gondviselők kontrasztnál  $p=0,42$  értéket vett fel. A 3.b táblázat bemutatja az ILK gondviselők által adott értékelések faktorstruktúráját.

3.b táblázat. Az ILK gondviselők által adott értékelések faktorstruktúrája (Szentiványi és mtsai., 2017; Psychiatria Hungarica 335. oldal)

	1. faktor Betegséggel kapcsolatos	2. faktor Kortárs- kapcsolatok	3. faktor Iskolában töltött idő
Globális elégedettség	0,841		
Idegi-lelki állapot	0,825		
Probléma/betegség megterhelése	0,807		
Kortárskapcsolat		0,806	
Egyedül eltöltött idő		0,799	
Testi egészség			0,721
Iskola			-0,682

A serdülők esetén a kibontakozó faktorstruktúrába nem illeszkedtek az alacsony kommunalitás értékek miatt az ILK kérdőív serdülő verziójának a „iskola?“, „család“ és „kortárskapcsolatok“ tételei. Így két faktort kaptunk:

- Az első faktor az általános közérzet elnevezést kapta a faktor.
- A második faktort az önállóság a betegségben faktornak nevezzük.

Ez az 5a és 5b. táblázatban láthatóak a kommunalitás értékek és kibontakozó faktorstruktúra, melyet a Szentiványi és munkatársai (2017), Psychiatria Hungarica 335. oldalán is megtalálunk.

4 a. táblázat. A kommunalitás értékek – gyermekek

	Kommunalitás
Globális elégedettség	0,745
Idegi-lelkiállapot	0,670
Kezelések	0,628
Probléma/betegség megterhelése	0,591
Testi egészség	0,527
Egyedül eltöltött idő	0,520

4.b. táblázat. Az ILK gyermekek által adott értékelések faktorstruktúrája

	Általános közérzet	önállóság a betegségben
Globális elégedettség	0,862	
Idegi-lelkiállapot	0,818	
Probléma/betegség megterhelése	0,724	
Testi egészség	0,703	
Kezelések általi terhelés		-0,737
Egyedül eltöltött idő		0,673

N=140. ILK: Életminőség Kérdőív. Módszer: Főkomponens elemzés. Direct oblimin forgatás (delta=0). A 0,35-nél nagyobb abszolút értékű faktorsúlyok feltüntetésével.

A serdülők értékeléseit vizsgálva két faktort találtunk, amik a teljes variancia 61%-át magyarázzák, az általános közérzet faktor 43%-ot, az önállóság a betegségben faktor pedig 18%-ot magyaráz. A serdülők önértékeléseit vizsgálva a két faktorokból két új mutatót képeztünk, ezeket a mutatókat ugyancsak eredeti 0 és 100 közé kalibráltunk.

Mit mutat a két faktor?

- *Az általános közérzet mutatón* serdülők 49%-a értékelte az életminőségét jobbnak, mint 50 pont. Egy serdülő ítélte meg az életminőségét maximálisan jónak, azaz 100



pontosnak, míg 4 serdülő válaszolta a lehető legrosszabb, azaz minden esetben a 0 pontos életminőség értékeket. Az általános közérzet mutató átlaga  $46 \pm 1,9$ .

- *Az önállóság a mutatón* a serdülők 63% -a körében került 50 pont fölé az életminőség, szintán egyetlen esetben ítélte 100 pontosnak az életminőségét a serdülő, valamint három darab 0 pontos értékelést is érkezett. Az önállóság a betegségben mutató átlaga  $52 \pm 1,6$ .

A serdülők és gondviselőik értékeléseit összehasonlítva gondviselők átlagban 49,56 (SD=14,30) pontra értékelték a gyermeik életminőségét, a serdülők önértékeléseinek átlaga pedig 38,82 (SD=16,24) pont, a gondviselők életminőség értékelései szignifikánsabban jobbak ( $t=7,61$ ,  $df=139$ ,  $p<0,0001$ ). A serdülők önértékelése és a gondviselőik értékelések átlagának összegével szignifikánsan korrelál ( $r=0,41$ ,  $p<0,0001$ ), közepes hatásméretet mutatva.

Amennyiben azt vizsgáljuk, hogy a serdülők önértékelése mely gondozó esetén mutat együttjárást, a következő eredményeket kapjuk:

- Az anya-serdülő gyermeke páros esetén szignifikáns a korreláció ( $r=0,41$   $N=62$ ,  $p=0,01$ ).
- Az apák-serdülő gyermeke páros esetén tendencia szintű ( $r=0,33$   $N=32$ ,  $p=0,061$ ),

Mind az anyák-, mind az apák és serdülő gyermekük életminőség értékeléseit vizsgálva a korreláció hatásmérete közepes.

#### **4.3. Második vizsgálat: A második lépésben a viselkedési zavarral diagnosztizált serdülők életminőségét nemi különbségek szempontjából.**

Összehasonlítva a viselkedési zavar diagnózisú serdülő lányok és fiúk életminőségét, a következő eredményeket kaptuk:

- A lányok szignifikánsan rosszabbnak ítélték a családi kapcsolataikat ( $U(23)=11,54$ ;  $Z=-2,66$ ;  $p<0,01$ ;  $r>0,5$ ), valamint az általános életminőségüket, mint a fiúk ( $U(23)=16,01$ ;  $Z=-2,34$ ;  $p<0,05$ ;  $0,3<r<0,51$ ).
- Tendencia szinten rosszabb testi egészségről számoltak be a serdülő lányok, mint a fiúk ( $U(23)=23,51$ ;  $Z=-1,80$ ;  $p<0,13$ ;  $0,3<r<0,52$ ).
- A összesített életminőség mutatót tekintve rosszabbnak bizonyult a serdülő lányok életminősége, mint a fiúké önbeszámolójukban ( $t(21)=-2,665$ ;  $p<0,05$ ;  $d>0,8$ ).

A gondviselők értékeléseit vizsgáltuk, hogy jelentkezik-e különbség aszerint, hogy a fiú vagy a lány gyermekük életminőségéről adnak értékelést.

- A gondviselők megítélése alapján a lányokat tendencia szinten jobban megterheli a viselkedési zavar ( $U(20)=18,51$ ;  $Z=-1,87$ ;  $p=0,062$ ;  $0,3 < r < 0,5$ ).
- A gondviselői értékelések alapján az alkalmazott vizsgálatok/kezelések is alacsonyabb életminőséggel jártak a lányok esetén a ( $U(19)=17,02$ ;  $Z=-1,86$ ;  $p=0,063$ ;  $0,3 < r < 0,5$ ), mint a fiúk esetén.
- A többi vizsgált változóban sem a serdülők, sem a gondviselőik megítélése alapján nem volt szignifikáns vagy tendencia szintű eltérés a nemek között.

### **3.4. Harmadik vizsgálat: Befolyásolja-e a komorbid oppozíciós zavar a viselkedési zavaros serdülők és gondviselőik életminőség értékeléseit?**

Serdülők önértékelései alapján:

- Egyedül töltött idő: az oppozíciós zavarral komorbid viselkedési zavar diagnózisú serdülők az önbeszámoló szerint szignifikánsan rosszabbul tudták elfoglalni magukat, amikor egyedül voltak, mint oppozíciós zavarral nem diagnosztizált viselkedési zavaros társaik ( $U(23)=33,51$ ;  $Z=-2,26$ ;  $p < 0,05$ ;  $0,3 < r < 0,5$ ).
- Iskolai követelmények: a viselkedési és komorbid oppozíciós zavaros serdülők tendencia szinten rosszabbnak ítélték meg az iskolai életminőségüket ( $U(23)=40,01$ ;  $Z=-1,85$ ;  $p=0,065$ ;  $0,3 < r < 0,5$ ), mint az oppozíciós zavar diagnózist nem kapott viselkedési zavaros serdülők.

Gondviselőik értékelései alapján:

- Idegi-lelki állapot: a viselkedési zavarral és komorbid oppozíciós zavarral diagnosztizált serdülők gondviselői tendencia szinten rosszabbnak értékelték gyermekük idegi- és lelkiállapotát ( $U(21)=33,03$ ;  $Z=-1,74$ ;  $p=0,082$ ;  $0,3 < r < 0,5$ ).
- Kezelések és vizsgálatok: a gondviselők értékelései szerint a kezelések és vizsgálatok ( $U(19)=25,52$ ;  $Z=-1,65$ ;  $p < 0,1$ ;  $0,3 < r < 0,5$ ) tendencia szinten alacsonyabb életminőséggel járnak együtt a komorbid oppozíciós és viselkedési zavaros serdülőknél,

mint az oppozíciós zavarral nem diagnosztizált viselkedési zavar diagnózisú serdülők esetén.

Az életminőség többi vizsgált területén sem a serdülők önértékelése, sem a szülők megítélése alapján nem található különbség az oppozíciós zavarral komorbid viselkedési zavar diagnózisú és az oppozíciós zavar diagnózisával nem rendelkező viselkedési zavaros serdülők életminősége között.

### **3.5. Negyedik vizsgálat: Az oppozíciós és viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesként**

A serdülők életminőség önértékelései:

- A viselkedési zavaros serdülők ( $M=55,95$   $SD=14,89$ ) szignifikánsan alacsonyabb ( $F(2,344) = 10,564$ ,  $p < 0,001$ ) életminőség értékeléseket adtak, mint a viselkedési zavarral nem érintett serdülők ( $M=69,75$   $SD=16,05$ ).
- A viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők ( $M=63,17$ ,  $SD=18,51$ ) szignifikánsan alacsonyabb ( $F(2,344) = 10,564$   $p < 0,001$ ) életminőség értékeléseket adtak, mint a viselkedési zavarral nem érintett serdülők ( $M=69,75$   $SD=16,05$ ).
- Nem mutattak szignifikáns különbséget a viselkedési zavarral és a viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők életminőség értékelései.
- Az oppozíciós zavaros serdülők ( $M=56,11$ ,  $SD=16,14$ ) szignifikánsan alacsonyabb ( $F(2,344) = 10,56$ ,  $p < 0,001$ ) életminőség értékeléseket adtak, mint az oppozíciós zavarral nem érintett serdülők ( $M=72,28$ ,  $SD=14,51$ ).
- Az oppozíciós zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők ( $M=57,64$ ,  $SD=17,93$ ) szignifikánsan alacsonyabb ( $F(2,344) = 35,271$ ,  $p < 0,001$ ) életminőség értékeléseket adtak, mint az oppozíciós zavarral nem érintett serdülők ( $M=72,28$ ,  $SD=14,51$ ).
- Nem mutattak szignifikáns különbséget az oppozíciós zavarral és az oppozíciós zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők életminőség értékelései.

A gondviselők értékelései a gyermekük életminőségéről:

- A viselkedési zavaros serdülők gondviselői ( $M=46,28$   $SD=13,87$ ) szignifikánsan alacsonyabb ( $F(2,258) = 15,820$ ,  $p < 0,001$ ) életminőség értékeléseket adtak, mint a viselkedési zavarral nem érintett serdülők gondviselői ( $M=66,35$   $SD=20,27$ ).
- A viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők gondviselői ( $M=52,34$   $SD=17,26$ ) szignifikánsan alacsonyabb ( $F(2,258) = 15,820$ ,  $p < 0,001$ ) életminőség értékeléseket adtak, mint a viselkedési zavarral nem érintett serdülők gondviselői ( $M=66,35$   $SD=20,27$ ).
- Nem mutattak szignifikáns különbséget a viselkedési zavarral és a viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők gondviselőinek életminőség értékelései.
- Az oppozíciós zavaros serdülők gondviselői ( $M=54,01$   $SD=15,12$ ) szignifikánsan alacsonyabb ( $F(2,258) = 35,271$ ,  $p < 0,001$ ) életminőség értékeléseket adtak, mint a oppozíciós zavarral nem érintett serdülők gondviselői ( $M=66,35$   $SD=20,27$ ).
- A oppozíciós zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők gondviselői ( $M=54,04$   $SD=15,38$ ) szignifikánsan alacsonyabb ( $F(2,258) = 22,639$ ,  $p < 0,001$ ) életminőség értékeléseket adtak, mint az oppozíciós zavarral nem érintett serdülők gondviselői ( $M=68,56$   $SD=19,00$ ).
- Nem mutattak szignifikáns különbséget az oppozíciós zavarral és az oppozíciós zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők gondviselőinek életminőség értékelései.

## 5. DISZKUSSZIÓ

### 5.1 Első vizsgálat – Szülő-gyermek értékelések

A gondviselők és gyermekeik által adott életminőség értékeléseket vizsgálva elmondható, hogy az ILK kérdőív különböző tételei rendeződnek egy faktorstruktúrába.

Amennyiben a betegséggel kapcsolatos életminőség faktort tekintve látható, hogy a gondviselőknek több mint a fele értékelte ezt az átlagosnál jobbnak, viszont a serdülőknek csak közel fele találta ezt az átlagosnál jobbnak. A korábbi vizsgálatok alapján a gyermekek több tünetet észlelnek magukon (Seiffge-Krenke és Kollmar, 1998).

A ILK kérdőív tételei alapján képzett faktorok általános értékeléseit összevontan értelmezve arra is következtethetünk, hogy a kezelések, melyek csökkenthetik a betegséggel kapcsolatos életminőség faktoron megmutatkozó nehézségeket, magasabb életminőség megítélésével korrelálnak. Az externalizáló zavarok közül ADHD-val diagnosztizált gyermekek esetén bebizonyosodott, hogy a kezelések életminőség javulással járnak együtt (Danckaerts és mtsai., 2009). Ezen eredmény fontos klinikai implikációja az, hogy a serdülők számára nem jelentenek megterhelést a kezelések, azonban életminőség javulást igen.

Bár a serdülők önértékelései alapján felálló faktorstruktúrába nem került be az iskola, a gondviselők értékeléseit vizsgálva iskola és a testi egészség tételek által alkotott faktor járt együtt a legalacsonyabb életminőséggel. Egyes eredmények szerint közepes mértékű az egyetértés a szülők és gyermekeik között az iskolai életminőség értékelése során (Varni és mtsai., 2007), azonban jelen eredmények azt erősítik meg, hogy az életminőség iskolával kapcsolatos összetevője csökkenti az egyetértést a gondviselők és gyermekeik értékeléseiben (Waters és mtsai., 2003). Ugyancsak erre a szakirodalomban már bemutatott jelenségre (Theunissen és mtsai., 1998; Waters és mtsai., 2003), a gondviselő-gyermek értékelések különbségeire hívják fel a figyelmet azon eredményünk, melyek szerint a serdülők szignifikánsan rosszabbnak értékelték az életminőségüket, mint a gondviselőik.

Kiss és munkatársai (2007) is az ILK mérőeszközzel hasonlították össze magyar iskolai mintán a depressziós és nem depressziós gyermekek és gondviselőik életminőség értékeléseit, a depressziós gyermekeket nevelő anyák alacsonyabbnak ítélték meg a gyermekeik életminőségét, mint maguk a gyermekek. Dolgozatomban megerősítem a hazai eredményeket, miszerint az anyák értékelése szignifikánsan együtt jár a gyermekeik életminőség megítélésével (Kiss és mtsai., 2007).

## **5.2. Második vizsgálat: Az életminőség értékelések nemi különbségei**

A szakirodalomban kevés azon kutatások száma, melyek az oppozíciós és/vagy a viselkedési zavar diagnózisú serdülők életminőségével foglalkoznak (Szentiványi és Balázs, 2018). Tudomásom szerint nincsen oppozíciós- és viselkedési zavaros lányok és fiúk életminőség értékelésének az összehasonlítását a központjába helyező vizsgálat. Eredményeink, miszerint a viselkedési zavar diagnózisú lányok és gondviselőik tendencia szinten rosszabb testi egészségről, szignifikánsan pedig rosszabb családi kapcsolatokról, összesített és általános életminőségről számoltak be, mint a fiúk; megerősítik a korábbi externalizáló gyermekek közül az ADHD diagnózisúakat vizsgáló kutatások szakirodalmi adatait (Dallos és mtsai., 2014;

Jozefiak és mtsai., 2010). Ezen eredményt magyarázhatja, hogy a lányok több érzelmi tünetről számolnak be, mint a fiúk (Dallos és mtsai., 2014; Balázs és mtsai., 2018; Turi és mtsai., 2013). Kiemelendő, hogy a szülő-gyermek értékelések egyezése a lány gyermekek esetén is részleges volt, nem észlelték az életminőségüket kielégítőnek egyéb területeken, mivel a gondviselők számukra nem közvetlenül megfigyelhető életminőség területről is nyilatkoztak (Agnihotri és mtsai., 2010; Kiss és mtsai., 2009), ez okozhatja, hogy nem egyeznek a problémás területek gondviselők és lány gyermekeik szubjektív benyomásaival.

### **5.3. Harmadik vizsgálat: Komorbid oppozíciós zavar**

A bemutatott eredmények illeszkednek a szakirodalomban megtalálható komorbid zavarok életminőséget károsító hatásait bemutató tanulmányok konklúzióihoz (Mendlowicz és Stein, 2000), mégpedig hogy szignifikánsan rosszabb életminőségről számoltak be a viselkedési zavar mellett komorbid oppozíciós zavarral diagnosztizált serdülők az egyedül végzett tevékenység területén, illetve tendencia szinten rosszabb iskolai teljesítményről nyilatkoztak. A viselkedési és oppozíciós zavarral is diagnosztizált serdülők szülei tendencia szinten a fiatal rosszabb idegi- és lelkiállapotáról számoltak be, valamint arról, hogy gyermeküket jobban megviselik a vizsgálatok és kezelések, mint az oppozíciós zavar diagnózissal nem rendelkező viselkedési zavaros serdülőket.

Az alacsonyabb iskolai életminőség oka lehet az oppozíciós zavar tüneti képe, mely engedetlen, dacos viselkedéssel, illetve a felnőttek kérésének való gyakori ellenszegüléssel jár (APA, 2013), amelyről általában azonnali, negatív visszajelzést kap a gondviselő. A gondviselők által jelzett alacsonyabb életminőség értékelés az idegi- és lelkiállapot terén, összefüggésbe hozható azzal, hogy az oppozíciós zavar - komorbid zavarként való - megléte is szignifikánsan több érzelmi tünetet megjelenésével jár együtt gyermekek esetén (Munkvold és mtsai., 2011).

Az eredményeink kiterjeszhetőségét befolyásolhatja, hogy a jelen kutatás keretein belül kizárólag az oppozíciós zavarral való komorbiditást vizsgáltuk.

### **5.4. Negyedik vizsgálat: Az oppozíciós és viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesként**

A szakirodalmat áttekintve nem találtam olyan kutatást, amely az oppozíciós zavar vagy a viselkedési zavar, illetve ezen pszichiátriai zavarok küszöb alatti tünetegyüttesének és az életminőségnek a kapcsolatát vizsgálná.

Doktori munkám során a küszöb alatti tünetegyüttest úgy határoztuk meg a viselkedési- és az oppozíciós zavar esetén, hogy a Gyermek MINI által megadott tünetszámot kimerítő, de a

tünetekből fakadó, a gyermeket és a környezetét érintő következményeket negáló serdülőket soroltuk ide. Döntésünket arra alapoztuk, hogy a serdülőkori fejlődés jellemzője, hogy a gyermekek alulbecsülik tetteik következményeinek tartósságát, illetve súlyosságát, emiatt kevesebb disztrezzst élnek át, mint szüleik. Ennek következményeképpen objektíven el tudják dönteni, hogy észlelték-e magukon az adott tünetet, viszont ennek funkciókárosító hatásait nem feltétlenül tudják megítélni. De Los Reyes és munkatársai (2015) javasolják, hogy klinikai munka és a kutatások során érdemes könnyen megfigyelhető viselkedési egységekről információt kérni.

Kutatócsoportunk az ugyancsak externalizáló zavarok közé sorolt ADHD küszöb alatti formájáról közölt publikációt az életminőség vonatkozásában (Dallos és mtsai., 2014). Közleményünkben az ADHD mellett komorbid zavarként előforduló oppozíciós- és viselkedési zavarral diagnosztizálható gyermekek esetén alacsonyabb életminőséget találtunk mind a gyermekek, mind a gondviselőik értékeléseit vizsgálva.

### **5.5. A bemutatott eredményeknek gyakorlati jelentősége**

- Doktori munkám során végzett kutatás eredményei felhívják a figyelmet arra, hogy lehetőség szerint minél több gondviselőt érdemes bevonni a vizsgálati és a terápiás folyamatba, valamint a kutatások során is törekedni kell arra, hogy minél több gondozótól gyűjtsünk adatot.
- A serdülők maguk is releváns információkat szolgáltatnak a viselkedési problémáikról, akkor is, ha ezek következményeit alulbecsülik.
- A küszöb alatti tünetegyüttes mindenképpen szakszerű odafigyelést igénylő állapot.

### **5.6. Limitációk**

- A bemutatott kutatás keresztmetszeti elrendezésű volt, így ok-okozati viszonyok feltárására nem alkalmas.
- A kutatásban való részvételnek feltétele volt, hogy nem álljon fent intellektuális képességzavar a serdülők esetén. Ezt az anamnesztikus adatok alapján zártuk ki, nem mértük fel az IQ-t a kutatás során.
- Az eredmények kiterjeszthetőségét limitálja, hogy kizárólag az oppozíciós zavar és a viselkedési zavar egymással való komorbiditást vizsgáltam.

- A gondviselők pszichopatológiai érintettségéről nem volt információnk, bár a gondviselőknél fennálló, jelenlegi és korábbi pszichiátriai betegségek befolyásolhatják az életminőség értékelést.
- Nem regisztráltuk a kutatás során, milyen kapcsolatban állt a serdülővel az a felnőtt, aki „egyéb gondviselőként” töltötte ki az ILK kérdőívet.
- Nem képezte vizsgálatunk tárgyát, hogy a klinikai csoport tagjai frissen diagnosztizáltak vagy hosszas betegségtörténetük van, illetve mióta és milyen kezelésben részesülnek.
- Sok a hiányzó adat. Ennek részben az oka, hogy a klinikai csoportban a serdülők gyakran hamarabb kiléptek a vizsgálatiból, mint ahogy az adatfelvételt befejeztük volna velük. A kontroll csoport tagjai tantermi helyzetben kerestük meg, így egyéb tennivalóik miatt az adatfelvételi időponton nem mindig jelentek meg, valamint a szülők gyakran nem fejezték be kérdőívek kitöltését, vagy nem juttatták vissza.

## **6. ÖSSZEFOGLALÓAN DOKTORI MUNKÁM SORÁN ÚJ EREDMÉNYNEK TEKINTHETŐ:**

1. Az oppozíciós- és a viselkedési zavar esetén a küszöb alatti tünetegyüttes is szignifikánsan rosszabb életminőséggel jár együtt. A küszöb alatti oppozíciós zavar tünetegyüttes és a küszöb alatti viselkedési zavar tünetegyüttes, valamint az oppozíciós- és a viselkedési zavar diagnosztikus küszöböt átlépő formái között nem találunk szignifikáns különbség az életminőség romlásban.
2. A gyermekek és gondviselőik értékeléseiben található különbségeket, az ILK kérdőív tételei alapján kirajzolódó faktor-struktúra részben magyarázza, tehát a serdülők és a gondviselőik az életminőség egyes területeit különböző hangsúllyal veszik figyelembe az értékeléseik során.
3. Disszertációmban bemutatott eredmények elsőként mutatják be, hogy nem csak az oppozíciós zavar, illetve a viselkedési zavar jár együtt életminőség csökkenéssel, hanem ezeknek a küszöb alatti formái is. Ez a különbség a szülői és a gyermek értékelésekben is látható. Ezen eredmények intervenciós programok tervezéséhez szolgálnak fontos információval, továbbá felhívják a szakemberek figyelmét, hogy az életminőségről gyűjtött információkat fontos figyelembe venni a terápiás intervenciók tervezésekor (Keenan és mtsai., 2010).



## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetemet szeretném kifejezni Prof. Dr. Balázs Juditnak, hogy a pszichológiai tanulmányaim folyamán először a pszichológia alapképzés hallgatójaként, majd a mesterképzésen, végül pedig a doktori képzésben is vállalta, hogy a témavezetőm legyen. Köszönöm a kitartását, professzionalizmusát, a tanácsait, mellyel a munkámat éveken keresztül segítette, valamint a kedvességét, amivel átlendített a nehézségeken.

Szeretném megköszönni Horváth Lili Olgának, hogy nem csak a kutatótársként, doktoranduszként, kollégaként, hanem barátként is mellettem állt a PhD évei alatt és segített az élethelyzetek átvészelésében.

Köszönöm dr. Halász Józsefnek és dr. Miklósi Mónikának, hogy meglátásaikkal emelték a közleményeim színvonalát.

Szeretném megköszönni doktorandusz társaimnak Garas Péternek, Mészáros Gergelynek, Miklós Martinának, Velő Szabinának és Vida Péternek a sokrétű közös munkát, valamint az ELTE-PPK-n tanuló műhelymunkás és szakdolgozó hallgatóimnak az adatgyűjtésben való részvételt.

Emellett köszönöm a kutatásban résztvevő serdülőknek és a szüleiknek, hogy időt áldoztak arra, hogy a protokollt végigcsinálják.

Továbbá köszönöm a budapesti iskolák pedagógusainak, pszichológusainak, hogy lehetőséget adtak arra, hogy dolgozzunk az osztályukkal, valamint segítették a munkánk szervezését.

Köszönöm a Vadaskert Kórházban dolgozó kollégáknak, hogy segítették a klinikai csoport toborzását, helyet biztosítottak az adatfelvételnek.

Az adatfeldolgozás és a statisztikai munka során nyújtott segítségét köszönöm Komáromy Dánielnek és Marián Bélának.

Köszönöm a családomnak, hogy támogatnak, támogattak, ameddig tehették.

Külön köszönöm a páromnak, Oroszvári Péternek, hogy kiegyensúlyozottságával segítette a munkám befejezését.

### Irodalomjegyzék :

- Achenbach, T.M., McConaughy, S., H., Howell, C.,T. (1987) Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101:213–232
- Agnihotri, K., Awasthi, S., Singh, U., Chandra, H., Thakur, S. (2010) A study of concordance between adolescent self-report and parent-proxy report of health-related quality of life in school-going adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(6), 525-532. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.03.011
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition: DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Barneveld, P. S., Swaab, H., Fagel, S., van Engeland, H., de Sonnevile, L. M. J. (2014) Quality of life: A case-controlled long-term follow-up study, comparing young high-functioning adults with autism spectrum disorders with adults with other psychiatric disorders diagnosed in childhood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 302-310. doi:10.1016/j.comppsy.2013.08.001
- Bastiaansen, D., Koot, H., M., Bongers, I., L., Varni, J.W., Verhulst, F., C. (2004) Measuring quality of life in children referred for psychiatric problems: Psychometric properties of the PedsQLTM 4.0 generic core scales. *Quality of Life Research*, 13, 489–495.
- Baastiansen, D., Koot, H., M., Ferdinand, R., F., Verhulst, F., C. (2004) Quality of life in children with psychiatric disorders: self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43: 221– 230
- Balazs, J., Biro, A., Dalnoki, D., Lefkoics, E., Tamas, Z., Nagy, P., Gadoros, J. (2004). The Hungarian adaptation of the MINI KID. *Psychiatria Hungarica*, 19(4), 358-364.
- Balázs, J., Keresztény, Á. (2014) Subthreshold attention deficit hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(6), 393-408. doi:10.1007/s00787-013-0514-7
- Bussing, R., Mason, D., M., 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 Psychiatry*, 49(6), 595-605. doi:10.1016/j.jaac.2010.03.006
- Büttner, P., Petermann, F., Petermann, U., Rücker, S. (2011) Lebensqualität von Kindern in der Jugendhilfe: Welchen Einfluss besitzt die psychische Belastetheit der Kinder? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59(4), 297-303.
- Chavez, L., Mir, K., Canino, G. (2012). Starting from scratch: the development of the Adolescent Quality of Life-Mental Health Scale (AQOL-MHS). *Culture Medicine Psychiatry*, 36(3), 465-479. doi:10.1007/s11013-012-9264-0
- Dallos, Gy., Keresztény, Á., Miklósi, M., Gáboros, J., Balázs J. (2014) 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.
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., J., S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H., C., Taylor, E., Zuddas, A., Coghill, D. (2009) The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19 (2) 83–105.
- De Los Reyes, A., Augenstein, T., M., Wang, M., Thomas, S., A., Drabrick, D., A., G., Burgers, D., E., Rabinowitz, J. (2015) The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*. doi: 10.1037/a0038498.
- De Los Reyes, A., Kazdin, A., E. (2005) Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin* doi:10.1037/0033-2909.131.4.483
- Eiser, C., Morse, R. (2001) Quality of life measure in chronic diseases in childhood. *Health Technology Assessment*, 5 (4) 1-157.

- Goldstein, R., B., Dawson, D., A., Smith, S., M., Grant, B., F. (2012) Antisocial behavioral syndromes and 3-year quality-of-life outcomes in United States adults. *Acta Psychiatr Scandinavica*, 126(2), 137-150. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01848.x
- Haller, H., H., Cramer, R., Lauche, F., Gass, G., Dobos, J. (2014) The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry* 14:128.
- Hampel, P., Desman, C. (2006) Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 55(6), 425-443.
- ICD-11. (n.d.). Letöltve 2019-06-10: <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>
- IBM Corp. Released. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. 2013
- Jekkel, É., Magyar, K. (2007). Az életminőség vizsgálata - Áttekintő tanulmány. *Psychiatria Hungarica*, 22(1), 20–32.
- Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L., Matthejat, F., Ravens-Sieberer, U. (2008). Quality of Life as reported by school children and their parents: a cross-sectional survey. *Health and quality of life outcomes*, 6, 34. doi:10.1186/1477-7525-6-34
- Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L., Wallander, J., Matthejat, F. (2010) Quality of Life as reported by children and parents: a comparison between students and child psychiatric outpatients. *Health Qual Life Outcomes*, 8: 136. <http://doi.org/10.1186/1477-7525-8-136>.
- Kiss, E., Baji, I., Mayer, L., Skultéti, D., Benák, I., Vetró, Á. (2007). Életminőség kérdőív validitása és pszichometriai jellemzői magyar gyermekpopuláción. *Psychiatria Hungarica*, 22(1), 33–42.
- Kiss, E., Kapornai, K., Baji, I., Mayer, L. Vetró A. (2009). Assessing quality of life: mother-child agreement in depressed and non-depressed Hungarian. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(5), 265-273. doi: 10.1007/s00787-008-0727-3
- Klassen, A., F., 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-E547. doi:10.1542/peds.2004-0844
- Lindstedt, H., Söderlund, A., Stålenheim, G., Sjöden, P., O. (2005) Personality traits as predictors of occupational performance and life satisfaction among mentally disordered offenders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 357-364. doi:10.1080/08039480500320082
- Mendlowicz, M., V., Stein, M., B. (2000) Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-82. [PMID: 10784456]
- Munkvold, L., H., Lundervold, A., J., Manger, T. (2011) Oppositional defiant disorder-gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 577-587. doi: 10.1007/s10802-011-9486-6
- Olfson, M. (1996) Subthreshold Psychiatric Symptoms in a Primary Care Group Practice. *Archives of General Psychiatry*, 53(10), 880. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830100026004
- Sawyer, M., G., Whaites, L., Rey, J., M., Hazell, P., L., Graetz, B., W., Baghurst, P. (2002). Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(5), 530-537. doi:10.1097/00004583-200205000-00010
- Schei, J., Jozefiak, T., Novik, T.S., Lydersen, S., Indredavik, M.S. (2013) The impact of coexisting emotional and conduct problems on family functioning and quality of life among adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorder* doi:10.1177/ 108705713507976
- Schei, J., Nøvik, T. S., Thomsen, P. H., Indredavik, M. S., Jozefiak, T. (2015) Improved quality of life among adolescents with attention- deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: A cross sectional survey. *BMC Psychiatry*, 15(1). doi:10.1186/s12888-015-0491-0
- Schubert, M. T., Herle, M., Wurst, E. (2003) A pilot study of the quality of life in children and adolescents with psychological disorders. *Zeitschrift Fur Kinder-Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 31(4), 285-291. doi:10.1024//1422-4917.31.4.285
- Perceptions of Sons' and Daughters' Problem Behaviour: A Longitudinal Analysis of Parent-Adolescent Agreement on Internalising and Externalising Problem Behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5), 687-697. doi:10.1111/1469-7610.00368

- Seiffge-Krenke, I., Kollmar, F. (1998) Discrepancies between Mothers' and Fathers' Perceptions of Sons' and Daughters' Problem Behaviour: A Longitudinal Analysis of Parent-Adolescent Agreement on Internalising and Externalising Problem Behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5), 687-697. doi:10.1111/1469-7610.00368
- Shankman, S., Klein, D., Lewinsohn, P., Seeley, J., Small, J. (2007) Family study of subthreshold psychopathology in a community sample. *Psychological Medicine*, 38(2), 187-198. doi:10.1017/s0033291707001857
- Sheehan, D., V., Lecrubier, Y., Sheehan, K., H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., 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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (20):22–33.
- Sheehan, D., V., Sheehan, K., H., Shytle, R., D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J., E., Milo, K., M., Stock, S., L., Wilkinson, B. (2010) Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 313–326.
- Steinhausen, H., C., Novik, T., S., Baldursson, G., Curatolo, P., Lorenzo, M., J., Pereira, R., R., & ADORE Study Group. (2006). Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(1):25–9.
- Szentiványi, D., Balázs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental Health & Prevention*, 10, 1-8. doi:10.1016/j.mhp.2018.02.001
- Szentiványi, D., Halász, J., Horváth, L., O., Mészáros, G., Miklós, M., Miklósi, M., Velő, Sz., Balázs, J. (2017) Externalizáló zavarok tüneteit mutató gyermekek életminősége a gyermek saját szemszögéből és a gondviselője megítélése szerint. *Psychitria Hungarica*, 32(3):332-9.
- Theunissen, N. C., Vogels, T. G., Koopman, H. M., Verrrips, G. H., Zwinderman, K. A., Verloove-Vanhorick, S. P., Wit, J. M. (1998) The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of Life Research*, 7(5), 387-397. doi:10.1023/a:1008801802877
- Thurston, S., Paul, L., Ye, C., Loney, P., Browne, G., Thabane, L., Rosenbaum, P. (2010). Interactions among Ecological Factors That Explain the Psychosocial Quality of Life of Children with Complex Needs. *International journal of pediatrics*, 2010, 404687. doi:10.1155/2010/404687
- Turi, E., Gervai, J., Áspán, N., Halász, J., Nagy, P., Gádoros J. (2013) A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) validálása serdülőkorú klinikai populációban. *Psychiatria Hungarica*, 28(2), 165-179.
- Turi, E., Tóth, I. és Gervai J. (2011) A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatria Hungarica*, 26(6), 415-426.
- Varni, J., W., Limbers, C., A., Burwinkle, T., M. (2007) Parent proxy-report of their children's health-related quality of life: an analysis of 13,878 parents' reliability and validity across age subgroups using the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1). doi:10.1186/1477-7525-5-2
- Viinamäki, A., Marttunen, M., Fröjd, S., Ruuska, J. and Kaltiala-Heino, R. (2013) Subclinical Bulimia Predicts Conduct Disorder in Middle Adolescent Girls. *European Eating Disorders Review*, 21: 38–44. doi:10.1002/erv.2168
- Waters, E., Stewart-Brown, S., Fitzpatrick, R. (2003) Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child: Care, Health and Development*, 29(6), 501-509. doi:10.1046/j.1365-2214.2003.00370.x
- World Health Organization (1992) *International Statistical Classification of Diseases, 10th Revision*. World Health Organization, Genova, 1992:1-134
- World Health Organization (1998) The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585. doi:10.1016/S0277-9536(98)00009-4