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

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

A bírálóbizottság tagjai:

Prof. Dr. Oláh Attila, CSc, egyetemi tanár, Eötvös Loránd Tudományegyetem – elnök
Dr. Hevesi Kriszta, PhD. egyetemi adjunktus Eötvös Loránd Tudományegyetem – titkár
Dr. Futó Judit, egyetemi adjunktus, Eötvös Loránd Tudományegyetem – bíráló
Dr. Jekkel Éva, PhD. egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem – bíráló
Dr. Bátki Anna PhD. egyetemi adjunktus, Eötvös Loránd Tudományegyetem – tag
Dr. Géczy Anna PhD. tanszékvezető egyetemi docens, Pázmány Péter Katolikus Egyetem – tag
Dr. Lajtai László, egyetemi adjunktus, Eötvös Loránd Tudományegyetem – tag
Dr. Kiss Enikő PhD. egyetemi adjunktus, Szegedi Tudományegyetem – tag

BUDAPEST, 2019

Szerző:	Szentiványi Dóra
Cím:	Az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar, és ezek küszöb alatti formáinak kapcsolata az életminőséggel a szülők és a gyermekek megítélésének a tükrében
Doktori Iskola:	Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Doktori Iskola
Doktori Program:	Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Program
Doktori Iskola vezetője:	Prof. Dr. Demetrovics Zsolt, DSc, egyetemi tanár
Doktori Program vezetője:	Prof. Dr. Balázs Judit, PhD, egyetemi tanár
Témavezető:	Prof. Dr. Balázs Judit, PhD, egyetemi tanár

A BÍRÁLÓ BIZOTTSÁG TAGJAI:

Elnök:	Prof. Dr. Oláh Attila, CSc, egyetemi tanár, Eötvös Loránd Tudományegyetem
Bírálók:	Dr. Futó Judit, egyetemi adjunktus, Eötvös Loránd Tudományegyetem
	Dr. Jekkel Éva, PhD. egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem
Titkár:	Dr. Hevesi Kriszta, PhD. egyetemi adjunktus Eötvös Loránd Tudományegyetem
Tagok:	Dr. Bátki Anna PhD. egyetemi adjunktus, Eötvös Loránd Tudományegyetem,
	Dr. Géczy Anna PhD. tanszékvezető egyetemi docens, Pázmány Péter Katolikus Egyetem
	Dr. Lajtai László, egyetemi adjunktus, Eötvös Loránd Tudományegyetem

Benyújtás dátuma: 2019. július

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS 13
1.1 KLASSZIFIKÁCIÓ 14
1.1.1 Klasszifikációs rendszerek: 14
1.1.2 Küszöb alatti zavarok: 15
1.2 AZ OPPOZÍCIÓS- ÉS A VISELKEDÉSI ZAVAR A KLASSZIFIKÁCIÓS RENDSZEREKBEN 15
1.2.1 Az oppozíciós zavar a DSM-5-ben 16
1.2.2 A viselkedési zavar a DSM-5-ben 17
1.2.3 Az oppozíciós- és a viselkedési zavar differenciáldiagnosztikai kérdései 17
1.2.4 Epidemiológia 19
1.2.5 Etiológia 22
1.2.6 Kezelés 28
1.3 AZ ÉLETMINŐSÉG 29
1.3.1 Az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar és az életminőség kapcsolata 34
2. CÉLKITŰZÉSEK 48
3. MÓDSZEREK 51
3.2 MINTA 52
3.3 MÉRŐESZKÖZÖK 53
3.3.1 Demográfiai adatlap 53
3.3.2 A Gyermek Mini Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú (MINI International Neuropsychiatric Interview Kid version – Gyermek MINI) 54
3.3.3 Életminőség kérdőív - Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) 55
3.4 STATISZTIKAI MÓDSZEREK 57
4. EREDMÉNYEK 59
4.1 A MINTA LEÍRÁSA 59
4.2 ELSŐ VIZSGÁLAT 64
4.3 MÁSODIK VIZSGÁLAT 72
4.4 HARMADIK VIZSGÁLAT 73
4.5 NEGYEDIK VIZSGÁLAT 74
5. DISZKUSSZIÓ: 77
5.1 ELSŐ VIZSGÁLAT – SZÜLŐ-GYERMEK ÉRTÉKELÉSEK 77
5.2 MÁSODIK VIZSGÁLAT: AZ ÉLETMINŐSÉG ÉRTÉKELÉSEK NEMI KÜLÖNBSÉGEI 81
5.3 HARMADIK VIZSGÁLAT: KOMORBID OPPOZÍCIÓS ZAVAR 81
5.4 NEGYEDIK VIZSGÁLAT: AZ OPPOZÍCIÓS ÉS VISELKEDÉSI ZAVAR KÜSZÖB ALATTI TÜNETEGYÜTTESKÉNT 82
6. ÁTTEKINTŐ MEGBESZÉLÉS 84
6.1 DOKTORI MUNKÁM SORÁN KAPOTT ÚJ EREDMÉNYKÉNT ELISMERHETŐ: 84
6.2 A BEMUTATOTT EREDMÉNYEKNEK GYAKORLATI JELENTŐSÉGE: 85
6.3 LIMITÁCIÓK: 86
6.4. KITEKINTÉS 87
7. ÖSSZEFOGLALÁS 88

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.

Rövidítések jegyzéke

ADHD	Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar- Attention Deficit Hyperactivity Disorder
APA	American Psychological Association
BNO	Betegségek Nemzetközi Osztályozása
CD	Viselkedési zavar- Conduct Disorder
DSM-5.	Diagnosztikus és Statisztikai Kézikönyve 5. kiadása - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition
ILK	Invertar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
IQ	Intelligencia szint
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
NAM	National Academy of Medicine
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
ODD	Oppozíciós zavar- Oppositional Defiant Disorder
SEYLE	Saving and Empowering Young Lives in Europe
WHO	Word Health Organization, Egészségügyi Világszervezet

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat Epidemiológiai adatok az oppozíciós és a viselkedési zavarról: 21-22. oldal

2. táblázat – az oppozíciós zavar és a viselkedési zavar mérésére használt eszközök az áttekintett szakirodalomban: 38. oldal

3. táblázat: Az életminőség mérésére használt eszközök az áttekintett szakirodalomban: 40. oldal

4. táblázat: Demográfiai adatlap tételei: 53. oldal

5. táblázat: A serdülők családi helyzete: 60. oldal

6. táblázat: A gondviselők demográfiai adatai: 61- 63. oldal

7. a. táblázat. A kommunalitás értékek – gondviselők: 65. oldal

7 .b. táblázat. Az ILK gondviselők által adott értékelések faktorstruktúrája: 67. oldal

8. a. táblázat. A kommunalitás értékek – gyermekek: 68. oldal

8. b. táblázat. Az ILK gyermekek által adott értékelések faktorstruktúrája: 68. oldal

9. táblázat. A gyermekek értékeléseinek együttjárása a különböző gondozókkal: 71. oldal

10. táblázat: A viselkedési zavar diagnózisú serdülők életminősége az ILK kérdőív alapján: 72. oldal

Ábrák jegyzéke:

1. ábra: Quorom ábra (Szentiványi és Balázs, 2018): 36. oldal

2. ábra a serdülők életminőség értékelései (Szentiványi és mtsai., megjelenés alatt): 76. oldal

3. ábra: A gondviselők életminőség értékelései (Szentiványi és mtsai., megjelenés alatt): 77. oldal

A disszertációmban felhasznált saját közlemények jegyzéke[1]:

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 életminôsége a gyermek saját szemszögébôl és a gondviselôje megítélése szerint. *Psychitria Hungarica, 32*(3):332-9.

Szentiványi, D., Halász, J., Horváth, L.,O., Kocsis, P., Miklósi, M., Vida, P., Balázs, J. (2019)
Externalizáló zavarok tüneteit mutató gyermekek életminôsége a gyermek saját szemszögébôl és a gondviselôje megítélése szerint. *Psychitria Hungarica,* Közlésre elfogadva.

Szentiványi, D., Halász, J., Horváth, L., O., Mészáros, G., Miklósi, M., Vida, P., Balázs, J. (na) Self- and Parent-Rated Quality of Life of Adolescents with Subthreshold and Clinical Diagnostic Criteria for Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. Elbírálás alatt.

További, a témához kapcsolódó saját közlemények, amelyek a disszertációban nem szerepelnek:

Balazs, J., Miklosi, M., Halasz, J., Horváth, L.,O., **Szentiványi, D.,** Vida, P. (2018) Suicidal Risk, Psychopathology, and Quality of Life in a Clinical Population of Adolescents. *Frontiers Psychiatry, 9*:17. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00017.

Balázs, J., Győri, D., Horváth, L.,O., Mészáros, G., **Szentiványi, D.** (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry. 6*;18(1):34. doi: 10.1186/s12888-018-1620-3.

Dallos, Gy., Miklósi, M., Keresztény, A., Velő, Sz., **Szentiványi, D.,** Gádoros, J., Balázs, J. (2017) 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 21*:(9) 721-730. DOI: 10.1177/1087054714542003.

Velő, Sz., Keresztény, Á., Miklósi, M., Dallos, Gy., **Szentiványi, D.,** Gádoros, J., Balázs, J. (2014) „Frissen" diagnosztizált, kezelést még nem kapó figyelemhiányos-hiperaktivitás zavarú gyermekek és serdülők életminősége. *Psychiatria Hungarica, 29*:(4): 410-417.

[1] A felsorolt publikációk társszerzői hozzájárultak a közlemények disszertációmban való felhasználásához.

Velő, Sz., Keresztény, Á., **Szentiványi, D.,** Balázs, J. (2013) Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év vizsgálatainak szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacologia Hungarica 15*:(2): 73-82.

ELŐSZÓ:

Disszertációmban a szakirodalmi bevezetés után a doktori munkám során végzett vizsgálatot négy lépésben mutatom be. A vizsgálat célja az volt, hogy felmérjem az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar és ezek küszöb alatti formáinak kapcsolatát az életminőséggel, külön figyelmet fordítva arra, hogy a gondviselők és a gyermekeik megítélése mennyire jár együtt egymással.

A dolgozatom központjában pszichiátriai zavarok állnak, így először a klinikai mintán végzett elemzésemet mutatom be. Ennek során a serdülők és a gondviselőik által adott életminőség értékelések különbségeit vizsgáltam. A klinikai csoportot a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián kezelt, anamnézisükben externalizáló tüneteket mutató gyermekek, a kontroll csoportot pedig budapesti állami iskolák diákjai alkotják.

Utána a kontroll csoport adataival is dolgozva ismertetem az életminőség és az oppozíciós zavar valamint a viselkedési zavar kapcsolatát nemek és egymással való komorbiditásuk szempontjából.

Végezetül a küszöb alatti tünetegyüttesek és az életminőség kapcsolatát vizsgáló elemzéseket tárgyalom. Ezen eredményeim szolgáltatnak a legtöbb szakember számára a mindennapi munkájukba adaptálható információkat: a pszichiátria és a klinikai pszichológia területe mellett a pedagógiai szakszolgálatokban, valamint az iskolákban dolgozó kollégák számára is fontos, hogy a küszöb alatti tünetegyüttesek életminőséggel való kapcsolatát megismerjék, hiszen ők azok, akiknek aktívan lehetőségük van beavatkozni, mielőtt a diagnosztikus küszöböt kimerítenék a tünetek.

1. BEVEZETÉS

A viselkedési zavar (Conduct Disorder – CD) és az Oppozíciós zavar (Oppositional Defiant Disorder – ODD) a vezető problémák közé tartoznak, melyekkel a gyermekpszichiátriai és pszichológiai ellátásokat felkeresik a családok (Loeber és mtsai. 2000). A klinikai pszichológiai munka során abban az esetben állítunk fel egy diagnózist, amennyiben meghatározott tünetek, megfelelő számban, egy meghatározott időintervallumon belül, megadott gyakorisággal fordulnak elő a gyermeknél vagy a felnőttnél. A gyakorlati munka során a szakemberek találkozhatnak azzal a jelenséggel, amikor a tünetek rövidebb ideig, vagy kevesebb számban állnak fent a segítségért fordulónál, mint az előírt, azonban nehézségeket okoznak az életvitelben. Ez a jelenség hívta életre a küszöb alatti zavarok fogalmát, és ez a jelenség is segítette az életminőség fogalmának megjelenését a klinikai pszichológiában. A gyermekek és serdülők életminősége a 2000-es évek elején került a figyelem fókuszába, azonban fiatal szakterületként nagyon sok eldöntendő kérdés áll a szakértők előtt (Koot, 2002). Ugyancsak a 2000-es években kerültek megállapításra az alapelvei a pozitív pszichológiának, mely tudományterület többek között a szubjektív pszichológiai és szociális jólléttel foglakozik (Oláh és Kapitány-Föveny, 2012). Látható tehát, hogy szemléletváltás történt a pszichológiában és a betegség mellett megjelentek a pozitív működéseket vizsgáló kutatások is (Oláh és Kapitány-Föveny, 2012). Jelenleg több elnevezés is létezik a szakirodalomban, az egészség, a jóllét (well-being), az életminőség (Quality of Life) és az egészséggel kapcsolatos életminőség (Health Related Quality of Life) fogalmait felcserélhetően használják esetenként a kutatók, azonban tartalmi különbségek fellelhetőek a definiciókban; a legátfogóbb fogalom az életminőség, mely az előbbieket magába foglalja (Karimi és Brazier, 2016), emiatt dolgozatomban az életminőség fogalmát használom. Ahogyan a pszichológiai jóllétnek több meghatározása ismert (Oláh és Kapitány-Föveny, 2012), úgy az életminőség esetén is elmondható, hogy a szakirodalomban a mai napig nem találunk egységes definíciót, ennek következtében a különböző kutatásokban nem ugyanazon szempontok alapján mérik fel a gyermekek életminőségét (Koot, 2001). Az életminőségnek magában kell foglalnia a fizikai és lelki egészség mellett a szociális funkcionalitást is (Jozefiak és mtsai., 2008). Gyermekkel dolgozva felmerül a kérdés, hogy ezen funkciókat a gondviselők vagy a gyermekeik tudják adekvátan megítélni (Van Roy és mtsai., 2010), kit érdemes az elsődleges információ forrásnak tekinteni?

Dolgozatom során összehasonlítom a serdülők és gondviselőik életminőség értékeléseit, valamint a Viselkedési zavar és az Oppozíciós zavar, illetve ezek küszöb alatti tünetegyüttesének kapcsolatát vizsgálom az életminőséggel.

Disszertációm megírása során alapoztam az oppozíciós zavarral, viselkedési zavarral, illetve ezek küszöb alatti formáival, valamint az életminőséggel kapcsolatban megjelent munkáim logikai szerkezetére, eredményeire. Jelen munkámban formai és tartalmi követelményeinek köszönhetően lehetőségem van most részletesebben bemutatni a szakirodalom friss adatait és doktori munkámhoz kapcsolódó vizsgálatainkat, ezeken belül önálló kutatási részeimet (Szentiványi és Balázs, 2017; Szentiványi és mtsai., 2017)

1.1 **Klasszifikáció**

1.1.1 Klasszifikációs rendszerek

Mind a klinikai munkában, mind a kutatásokban fontos, hogy a pszichiátriai zavarokat közös lényegüket kiemelve, szakértői konszenzuson alapuló, objektíven felmérhető csoportokba soroljuk. A pszichiátriában és a klinikai pszichológiában jelenleg két, kategoriális elveken alapuló klasszifikációs rendszer van használatban: az az Amerikai Pszichiátriai Társaság (American Psychiatric Association, APA) által kiadott Mentális Zavarok Diagnosztikus és Statisztikai Kézikönyve (DSM) valamint az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organisation - WHO) által kiadott Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO). Jelenleg a BNO tizedik revíziója (BNO-10) van használatban, a közeljövőben várható a tizenegyedik kiadás (WHO, 1992; "ICD-11," n.é.).

A 2013-ban adta ki az APA a DSM ötödik kiadását (DSM-5), mely már igyekszik a spektrumszemlélet figyelembevételével és az élethosszig tartó fejlődés szemléletének előtérbe helyezésével meghatározni az egyes kórképeket (Eapen és Crnecec, 2014). A kézikönyvben a spektrumszemlélet nem jelenik meg minden zavar esetén, noha a pszichiátriai zavarok dimenzionális szemlélete fontos témája a pszichiátriai szakirodalomnak (Okasha, 2009). A kategoriális megközelítések hátránya, hogy amennyiben az egyén eggyel is kevesebb tünetről számol be, mint az előírt, vagy csupán pár nappal tart kevesebb ideig a tünet megjelenése, mint az előírt, akkor ugyanabba a kategóriába kerül, mint azok, akik sosem tapasztalták az adott tünetcsoport egyetlen jelét sem (Robins és mtsai., 2006).

1.1.2 Küszöb alatti zavarok

A küszöb alatti zavarok elnevezés a nemzetközi irodalomban használt „substhreshold disorder” tükörfordítása. 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). Bár több kutatás is alátámasztja, hogy a diagnosztikus küszöböt meghaladó kórképek megjelenésének rizikóját a küszöb alatti zavarok megjelenése növeli (Eaton és mtsai., 1995; Lewinson és mtsai., 2004; Viinamäki és mtsai., 2013; Balázs és Keresztény, 2014; Haller és mtsai., 2014), valamint incidenciájuk magasabb, mint klasszifikációs rendszerekben leírt kórképeké (Olfson és mtsai., 1996;) egyetlen betegségcsoport esetén sem beszélhetünk egységes kritériumrendszerekről a küszöb alatti zavarok tekintetében (Balázs és Keresztény, 2014). A küszöb alatti zavarok áthidaló megoldást nyújthatnak a kategoriális és a dimenzionális szemléletek között (Dallos és mtsai., 2014).

Felmerülhet a küszöb alatti tünetegyüttesekről gondolkozva a medikalizáció kérdése. Először fontos megjegyezni, hogy a küszöb alatti externalizáló zavarok esetén is a gyermekeket érintő nehézségekről számolnak be a közlemények (Bussing és mtsai, 2010; Biederman és mtsai, 2010; Fergusson és mtsai, 2010; Rielly és mtsai, 2006; Dallos, 2015;), így fontos, hogy megfelelő ellátást kapjanak az érintettek. Dallos Gyöngyvér (2015) disszertációjában felhívja a figyelmet arra is, hogy a küszöb alatti kórképek magas előfordulási gyakorisága miatt a diagnosztikus küszöb “lejebb vitele” magában hordozná annak a veszélyét, hogy az átlagos állapotokat is medikalizálnák, esetleg stigmatizálnák, valamint fölöslegesen terhelnék az egészségügyi ellátó rendszert. Azonban azt is fontos figyelembe venni, hogy sok esetben a küszöb alatti tünetegyüttes miatt maguk fordulnak a családok az ellátórendszerhez, ugyanis számukra jelentős nehézséget jelent a tünetcsoportok megléte (Dallos, 2015).

1.2 Az oppozíciós- és a viselkedési zavar a klasszifikációs rendszerekben

A CD és az ODD diagnosztikus kritériumait a BNO-10 kézikönyben 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-10 Magatartásavarok fejezetébe tartozik a családi körre korlátozódó magatartászavar, a kortárscsoportba beilleszkedők magatartászavara (szocializált magatartászavar), a nyílt (kihívó) oppozíciós zavar és az egyéb magatartászavar, valamint a nem meghatározott magatartászavar. Az BNO-11 kiadásában, az elérhető előzetes változat szerint a 6. „Disruptive behaviour or dissocial disorders" fejezetbe kerülnek az említett zavarok ("ICD-11," n.é). A DSM-5-ben nincsen elkülönítve a magatartászavaron belül a családi körre korlátozódó magatartászavar (F91.0), a kortárscsoportokba nem beilleszkedők magatartartászavara (F91.1), valamint a kortárcsoportba beilleszkedők magatartászavara (F91.2), ugyanis ezeket egy kategóriában találjuk. A nyílt (kihívó) oppozíciós zavar diagnózis a DSM-ben oppozíciós zavar néven szerepel.

A DSM-IV-ben a „Gyermek- vagy serdülőkorban megjelenő zavarok" című fejezetben találhattuk meg az oppozíciós zavart és a viselkedés zavart (APA, 1994). A DSM-5 kidolgozása során megszüntették az említett fejezetet, a korábban itt megtalálható zavarok fenomenológiai szempontból megfelelő fejezetbe kerültek. A változtatások során az Oppozíciós zavar és a Viselkedési zavar, a „Diszruptív, impulzuskontroll és viselkedészavarok" fejezetbe került (APA, 2013). Fontos kiemelnem, hogy ezek, a korábban csak gyermekkorban diagnosztizálható zavarok, a DSM-5 bevezetésével felnőttkorban is diagnosztizálhatóvá váltak. Az ODD és a CD mellett helyet kapott a „Diszruptív, impulzuskontroll és viselkedészavarok" fejezetben az Intermittens explozív zavar, az Antiszociális személyiségzavar, Pirománia, Kleptománia, Egyéb meghatározott diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedészavar, valamint a Nem meghatározott diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedésizavar (APA, 2013). A fejezetben szereplő zavarok közös vonása, hogy a tüneteik alulkontrolláltsághoz, gátolatlansághoz, impulzivitáshoz köthetőek.

1.2.1 Az oppozíciós zavar a DSM-5-ben

Az ODD meghatározásában abban a tekintetben változás nem történt a DSM-IV-es kritériumokhoz képest, hogy továbbra is 6 hónapon keresztül kell a kézikönyvben felsorolt tünetek közül négynek fennállnia, ám a tüneteket 3 csoportba rendezve találjuk: dühös, irritált hangulat; vitatkozó dacos viselkedés; haragtartó viselkedés, illetve a

tünetek között találunk az érzelmekre és a viselkedésre vonatkozó leírásokat is (DSM-5; APA, 2013).

1.2.2 A viselkedési zavar a DSM-5-ben

A CD, - „mely a viselkedés olyan visszatérő és állandósuló mintája, amelyben mások alapvető jogait vagy az életkornak megfelelő fontosabb szociális normákat és szabályokat megszegik" (DSM-5; 2013) -, esetében is megmaradtak a probléma fennállásának időtartamára és a tünetek számára vonatkozó meghatározások: 12 hónapon belül 3 tünetnek, illetve ezen kívül az elmúlt 6 hónapban legalább 1 tünetnek kell láthatónak lennie. A tüneteket itt is csoportokba rendezve találjuk: emberek és állatok felé irányuló agresszió; tárgyak tönkretétele; csalás vagy lopás; szabályok súlyos megsértése.

1.2.3 Az oppozíciós- és a viselkedési zavar differenciáldiagnosztikai kérdései

A differenciáldiagnosztikai kérdések tárgyalása során a DSM-5 kézikönyvben szereplő zavarok mellett a BNO-10 kézikönyv tünetegyütteseit is bemutatom, valamint a NICE-guidleine (21-22 oldal) elveit is ismertetem (APA, 2013; Nice, 2013; WHO, 1992).

Figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD): Elsősorban a hiperaktivitás és az impulzivitás csoportba tartozó tünetek okozhatnak differenciáldiagnosztikai problémát az oppozíciós- és a viselkedési zavar mellett, például "Gyakran elhagyja a helyét olyan helyzetekben, amikor egyhelyben kellene ülnie." Vagy "Gyakran félbeszakít másokat vagy tolakodóan viselkedik" (APA, 2013). Ezen tüneteket okozhatja a hiperaktív/impulzív tünetegyüttes az ADHD-ban, ugyanis a fellépő belső késztetés, hogy nem tud egyhelyben megülni, illetve nem tudja kivárni a sorát, jobban magyarázza a viselkedést, melyet nem direkt bosszantásképpen, vitatkozás miatt tesz a gyermek (APA, 2013). Az oppozíciós zavar esetén az impulzuskontroll nehézséget jobban magyarázza a dühös, irritált hangulat és az említett viselkedések mindenképpen valamely tekintélyszeméllyel szemben jelennek meg. A viselkedési zavar során a szándékos károkozás, proaktív agresszió a jellemző, ezzel

szemben az ADHD-ban, még ha esetleg meg is szegik mások alapvető jogait vagy a szociális normákat, akkor sem állandósul ez a viselkedési forma.

Antiszociális személyiségzavar: Ugyancsak az externalizáló viselkedészavarok spektrumon található, azonban fontos kitétel, hogy a diagnózis csak 18 éves kor felett adható, valamint a tüneteknek 15 éves korban kezdődnie kell, és áthatóan jelen kell lenniük az egyén életében (DSM-5, APA, 2013). Gyakran tekintik a viselkedészavart az antiszociális személyiségzavar prekurzorának, gyermekkori megnyilvánulásának (BNO-10, WHO, 1993; Frick és Dickens, 2006).

Autizmus spektrum zavar: Az oppozíciós zavarban is jellemző lehet, hogy a gyermek/felnőtt nem a helyzetnek megfelelő viselkedik, valamint a viselkedészavarban is a dühkitörések gyakran jellemzőek, mint ahogyan az autizmus spektrum zavarban is. A differenicáldiagnosztikát megkönnyíti, hogy sem az oppozíciós, sem a viselkedési zavarral érintett gyermekeknek nincs nehézségük a kölcsönös szociális kommunikációban, valamint nem jellemzik őket beszűkült, repetitív viselkedési minták és érdeklődési terület jelenléte (APA, 2013).

Bipoláris I és Bipoláris II zavar: Az irritabilitás mind a bipoláris-, mind az oppozíciós- és a viselkedési zavarban is a tünetek között szerepel. Emellett mások jogait is megsértheti a mániás időszakban a bipoláris zavarral küzdő egyén, ami tünete a viselkedészavarnak is. A bipoláris zavarokra jellemző alacsony hangulati fekvés, bár nem tartozik az oppozíciós és a viselkedési zavar tünetei közé, mégis időnként megjelenhet ezen kórképek mellett (NICE, 2013), ezzel nehezítve a differenciáldiagnosztika folyamatát.

Diszruptív hangulatszabályozási zavar: A DSM-5-be újonnan bekerült zavarral diagnosztizált gyermekeket hangulatkitörések jellemzik, melyek megnyilvánulhatnak verbális és fizikai agresszióban is, ahogyan ez az oppozíciós- és a viselkedési zavar esetén is lehetséges. A viselkedési zavarral egyszerre is adható a diszruptív hangulatszabályozási zavar diagnózisa, azonban az oppozíciós zavarral nem, ugyanis, ha mindkét zavar diagnosztikai kritériumait kimerítik a tünetek, akkor csak a diszruptív hangulatszabályozási zavar diagnózisát kell adnunk (APA, 2013).

Intermittens explozív zavar: Olyan kórkép, melynek során a kiváltó helyzethez képest irreálisan túlzó mértékű dühkitöréseket tapasztalhatunk, melyek megjelenhetnek verbális és fizikai agresszió szintjén is. A fizikai agresszió irányulhat állatok és emberek felé is, azonban nem okozhat fizikai sérülést. Az intermittens explozív zavar esetén nem előre megfontolt a kitörés, nem jár irritált alaphangulattal a zavar, valamint nem konkrét cél elérése érdekében történik az agresszív megnyilvánulás. Komorbid lehet az oppozíciós- és a viselkedési zavarral is, amennyiben olyan mértékűek az impulzív, agresszív kitörések, melyek az viselkedési és oppozíciós zavarnál nem megszokottak (APA, 2013).

Major depresszió: A gyermekkori és serdülőkori major depresszió esetén a depressziós hangulat megnyilvánulhat irritábilitásban is, mely hasonló lehet az oppozíciós zavar során tapasztalható irritabilitáshoz, azonban az oppozíciós zavar esetén haragtartó, dacos és vitatkozó magatartásformák is előfordulnak (APA, 2013).

1.2.4 Epidemiológia

Előfordulásuk:
A viselkedési zavar és az oppozíciós előfordulásával kapcsolatban nem számolnak be különbségekről a kutatók a kultúrák között (Canino és mtsai., 2008).

Oppozíciós zavar
Az oppozíciós zavar előfordulását 1,8% -15% közé becsülik (Simonoff és mtsai., 1997; Lahey és mtsai., 1999; Kroes és mtsai., 2001; Ford és mtsai., 2003; Fleitlich-Bilyk és mtsai., 2004; Rowe és mtsai., 2005; Wichstrøm és mtsai., 2011; Murray és mtsai., 2013; NICE, 2013). Az oppozíciós zavar életprevalenciája felnőtt közösségi mintán mérve 10,2 % volt, 11,2% férfiak és 9,2% nők esetén (Nock és mtsai., 2007) klinikai mintákon pedig extrém magas, eléri a 60%-ot is (Boylan, 2007).

Viselkedési zavar:
A viselkedési zavar prevalenciája 0,7% - 20% (Cohen és mtsai., 1993; Mofitt és mtsai., 2001; Maughan és mtsai., 2004; Merikangas és mtsai., 2010; Azadyekta, 2011; Wichstrøm és mtsai., 2011; APA, 2013; Murray és mtsai., 2013; NICE, 2013). A viselkedési zavar prevalenciája 15-16 éves korban a legmagasabb, életprevalenciája 18 éves korig 6,8% (Merikangas és mtsai., 2010).

Érdemes megjegyeznem, hogy a különbségeket a gyakoriságokban a vizsgálatokban részt vevő gyermekek életkora is okozhatja, ugyanis különböző életkorokat tekintve változik a pont prevalencia érték. A klinikai csoportokban megugrik a viselkedési zavar prevalenciája 30-50%-ra (Kazdin, 1985). Azonban fontos megjegyezni, hogy a viselkedési problémák a gyermekek jóval magasabb arányát, 20%-át is érinthetik (Murray és mtsai., 2013). Klinikai mintán a két zavar együttesen 77,5%-ban is előfordulhat (Dallos és mtsai., 2014).

Nemi arányok:

Oppozíciós zavar:

A nemek arányát tekintve a korábbi, serdülőkor előtti időszakra enyhe fiú dominancia jellemző (1,4:1), mely később kiegyenlítődik (APA, 2013). A viselkedési zavar 2,5:1 arányú férfi túlsúlyát magyarázhatjuk azzal, hogy a férfiak esetén több egyéni rizikófaktor jelentkezhet (NICE, 2013).

Viselkedési zavar:

A viselkedési zavart illetően a férfi túlsúly a jellemző (APA, 2013), ahogyan ezt az 1. Táblázatot áttekintve is láthatjuk. Érdekes, hogy Murray és munkatársai (2013) összefoglaló tanulmányában feltérképezett kutatásokban nem jelent meg egyértelműen a férfi dominancia a viselkedési zavar esetében, amelyet a kutatók az extrém erőszakos környezet és a bűnözés magasabb arányával magyaráznak (Murray és mtsai., 2013).

Ahogyan azt már említettem a zavarok előfordulásában kultúrközi különbségeket nem tapasztalhatunk, sokkal inkább a metodológiai sokszínűségnek tudhatóak be a különböző arányok (Canino és Alegria, 2008), ugyanis annak megítélése, hogy egy deviáns viselkedéssel szemben mennyire toleráns a közeg, az különböző lehet területenként (Canino és mtsai., 2010). Összességében a viselkedési zavart a gyermekkorban leggyakrabban előforduló problémaként tartják számon (Robins, 1991).

1. táblázat Epidemiológiai adatok az oppozíciós és a viselkedési zavarról

Szerzők	Életkor	Prevalencia
APA, 2013	nincs	Az oppozíciós zavar gyakorisága 1–11% közé esik, a viselkedési zavar előfordulása 2-10% közötti gyakoriságú populációs mintákat vizsgálva
Azadyekta, 2011	általános iskola 1-5. osztály	A viselkedési zavar előfordulása 20,43% (13,43% fiúk és 7,0% lányok esetén), a leggyakoribb 4. osztályban, lányok esetén
Cohen és mtsai., 1993	10-16 éves	A viselkedési zavar előfordulása lányok esetén, a 10-13 éves korosztályban 4%-os a prevalenciája, míg a 14-16 éves korosztályban 5%-kal gyakoribb a zavar. A fiúk esetében kevésbé fontos az életkor, hiszen az említett mindkét korcsoportban 16% volt a pontprevalenciája a viselkedési zavarnak.
Fleitlich-Bilyk és mtsai., 2004	7-14 év	Az oppozíciós zavar előfordulását 3,2%-ra becsülik.
Ford és mtsai., 2003	5-15 év	Az oppozíciós zavar prevalenciája 2,3% (3,2% fiúk és 1,4% lányok esetén), a viselkedési zavar előfordulása 1,47% (2,13% fiúk és 0,83% lányok esetén)
Kroes és mtsai., 2001	6-8 év	Oppozíciós zavar előfordulása fiúk esetén 13,3%, lányok esetén 9,4%
Lahey és mtsai., 2000	9-18 év	Az oppozíciós zavar előfordulása 1,0-6,9%, fiú túlsúly jellemzi, kivéve 13 éves korban, amikor a lányok esetén 3,5%, a fiúk esetén 3,9% a prevalencia.
Maughan és mtsai., 2004	5-15 év	A viselkedési zavar előfordulása 0,8-5,4%-ig terjed, fiú túlsúllyal.
Merikangas és mtsai., 2010	Élettartam prevalenciája 18 éves korig	A viselkedési zavar prevalenciája 6,8%.
Mofitt és mtsai., 2001	11-18 év	A viselkedési zavar előfordulása 3-14% között van, lányok esetén 3-5% között, fiúk esetén 10-14% között, leggyakoribb 15 éves korban (fiúk 14%, lányok 8%)

Szerzők	Életkor	Prevalencia
Murray és mtsai., 2013	18 év alattiak	Populációs mintán 4%-ra becsülik az oppozíciós zavar és viselkedési zavar kritériumait kimerítő gyermekek érintettségét.
NICE, 2013	nincs	Az oppozíciós zavar gyakorisága populációs mintán 2–15% között mozog, a viselkedési zavar populációs prevalenciáját 5%-ra teszik.
Rowe és mtsai., 2005	9-16 év	Az oppozíciós zavar prevalenciája 1,8%.
Simonoff és mtsai., 1997	8-16 év	Az oppozíciós zavar előfordulása 3,4% (3,9% fiúk és 3,0% lányok esetén).
Wichstrøm és mtsai., 2011	átlagéletkor 4,5 év	Az oppozíciós zavar prevalenciája 1,8%, a viselkedési zavar prevalenciája 0,7%.

1. táblázat (folytatás) Epidemiológiai adatok az oppozíciós és a viselkedési zavarról

1.2.5 Etiológia

Bár fontos kiemelni, hogy nem minden esetben követi az oppozíciós zavart a viselkedési zavar (Lahey, McBurnett és Loeber, 2000), a kutatások alapján feltételezhetjük, hogy az oppozíciós zavar a viselkedési zavarnak előrejelzője lehet a fejlődési menetben (Loeber és mtsai., 1992). Emellett a viselkedési zavar és az oppozíciós zavar magas komorbiditása is jelzi, hogy a két zavar etiológiai tényezői között lényeges átfedés mutatható ki (Burt és mtsai., 2001; Nadder és mtsai., 2002; Dick és mtsai., 2005, Boden és mtsai., 2010).

A közös etiológiai tényezőket azonosítottak Boden és munkatársai (2010), akik háló-modell segítségével nagyságrendileg 40%-ra teszik a rizikófaktorok korrelációját a viselkedési zavar és az oppozíciós zavar fejlődési modelljében. Emellett eredményeikből kiderül az is, hogy melyek azok a tényezők, melyek inkább csak az egyik zavar esetén komoly előrejelzőek: a viselkedési zavar esetén meghatározóbb a férfi nem szerepe, míg az oppozíciós zavar esetén nem találtak nemi meghatározottságot. Az intelligencia szerepe robosztusabb az oppozíciós zavar patogenezise esetén (Boden és mtsai., 2010).

1.2.5.1 Biológiai faktorok

Az oppozíciós és viselkedési zavar közös genetikai hátterét több kutatás is bizonyította (Dick és mtsai., 2005; Lahey és mtsai., 2009). A viselkedési zavar kialakulásában a biológiai és környezeti tényezők is jelentős szereppel bírnak, ezzel szemben az oppozíciós zavar esetén a genetikai meghatározottság kevésbé hangsúlyos (NICE, 2013). Más kutatások szerint első sorban a genetikai háttér magyarázza az externalizáló zavarok magas komorbiditását egymással és közös etiológiáját (Dick és mtsai., 2005; Nadder és mtsai., 2002; Thapar és mtsai., 2001; Waldman és mtsai., 2001; Young és mtsai., 2000). A viselkedési zavar genetikai háttérének feltérképezésére több kutatás is vállalkozott, és ezek is megerősítették, hogy bizonyos gének öröklődése fontos szerepet játszik a zavar kialakulásában (Mofitt, 2005). A pontos genetikai háttér azonban egyelőre nem meghatározott, abban lehetünk biztosak, hogy poligénes öröklődés és gén-környezet interakció feltételezhető a zavar patogenezisének hátterében (Salvatore és Dick, 2018). A molekuláris genetikai vizsgálatok során kandidáns géneket kerestek, így találták meg a viselkedési zavar szempontjából fontos monoamin-oxidáz-A (MAOA) polimorfizmusát (Alsobrook és mtsai., 2000; Caspi és mtsai, 2002). A COGA vizsgálatban 860 gyermek adataival dolgozva kapcsolatot találtak a GABRA2 SNP rs279871 és a viselkedési zavar között (Dick és mtsai., 2006). Az említett neurobiológiai átvivőanyagok megváltozott működése miatt a már serdülőkorban is felfedezhetőek a döntéshozatali eltérések a viselkedészavaros és a viselkedészavar küszöb alatti tünetegyüttesét mutató mintán is, tehát dimenzionális kapcsolatot feltételezhetünk a döntéshozatallal kapcsolatos kimeneti- és a viselkedés változók között (Vida és mtsai., 2013). Azonban a genetikai prediszpozíció az ilyen komplex jelenség esetén, mint a viselkedési zavar, inkább hajlamosító tényezőként fogható fel, mint determinisztikusnak, emiatt a környezetnek is fontos szerepe van viselkedési zavar kialakulásában (Salvatore és Dick, 2018), nem csak az oppozíciós zavarében.

1.2.5.2 Környezeti faktorok

Nem csak a genetikai meghatározottság miatt találunk gyakran az antiszociális személyiségzavaros szülők gyermekei között viselkedési problémákat, antiszociális magatartást (Murray és Farrington, 2010), hanem az antiszociális szülőkkel való nevelkedés a legjobb bejóslója az antiszociális személyiségzavar megjelenésének gyermekekben esetén (Frick és mtsai., 1992). Leírták továbbá, hogy ez a hatás, valamint

a szülői szerhasználat fiúk esetében markánsabban jelentkezik (Loeber és Stouthamer-Loeber, 1998; Odgers és mtsai., 2007). Varlaan és Schwartzmann (2002) eredményei szerint az anyák korábbi viselkedési problémái, erőszakos magatartása mindenképpen együttjárt a viselkedés zavarok megjelenésével, az apák antiszociális viselkedése csak a fiúgyermekek esetén jelentett együttjárást a gyermek viselkedési zavaraival. A kutatók által felállított modellben mediátor változóként szerepel a diszfunkcionális szülői viselkedés.

A szülői alkoholizmus és egyéb szerhasználat önmagában is előre jelezheti az oppozíciós és a viselkedési zavar megjelenését (Lynskey és mtsai., 1994; Marmorstein és mtsai., 2009). Emellett mind az oppozíciós, mind a viselkedési zavar esetén a rizikófaktorok közé tartozik az is, ha édesanya dohányzik a várandósság ideje alatt (Button és mtsai., 2007; Wakschlag és mtsai., 2002; Nigg és Breslau, 2007).

A rizikófaktorokat vizsgálva, mind az oppozíciós zavar, mind a viselkedészavar szempontjából fontos a családi környezet, a családon belüli erőszak, a családon belüli bántalmazás (Buehler és mtsai., 1997; Fergusson és Horwood, 1998); mind a gyermek felé, mind a szülők közötti (Afifi és mtsai., 2009; Fergusson és mtsai.,1996; Kaplan és mtsai., 1998). Továbbá rizikófaktorok között szerepel a szülők boldogtalan kapcsolata is (Loeber és mtsai., 1998). A gyermek egyszülős nevelése, mind válás, mind egyedül vállalt gyermek esetén bejósló tényező lehet a viselkedési problémák felbukkanásában (Fergusson és mtsai., 1994; Velez és mtsai., 1989). Fontos, hogy az egyszülős családban történő nevelkedés rizikótényezője a viselkedési zavarnak, azonban oksági kapcsolat nem írható le, ugyanis több kutatás kiemeli mediátor változó mivoltát, valamint abban az esetben jósolta be az egyszülős családban nevelkedés a viselkedési zavart, ha a szülő a családsegítő szolgálatokra is erősen támaszkodott (Blum és mtsai., 1988). Amennyiben az édesanya kompenzálni tudja a gyermeket amiatt, hogy az apja kilépett az életéből, akkor a szülők között konfliktus jobb előrejelzője a bűnelkövető magatartásnak (McCord, 1991), mely a viselkedési zavar egyik tünete lehet.

A viselkedési problémákkal küzdő gyermekek szülei gyakran alacsony iskolázottságúak, munkanélküliek és gyakran erőteljesen függenek a szociális és segélyhálózatoktól (Offord és mtsai., 1987), utóbbinak elsősorban a fiúk esetén van erős hatása (Loeber és mtsai., 1998). Az alacsony szocioökonómiai státusz, alacsony jövedelem és a szülők alacsony képzettsége bejósolja a viselkedési zavar és az oppozíciós zavar megjelenését (Loeber és mtsai., 1995; Arseneault és mtsai., 2005; Collishaw és mtsai., 2007; Toupin

és mtsai., 2000). Larzelere és Patterson (1990) az alacsony szocioökonómiai státusz és az antiszociális viselkedés között olyan kapcsolatot talált, melyet a család szocializációs, gyermeknevelési gyakorlata mediál.

A gyermeknevelés hatását a viselkedési problémákra több kutatás is kimutatta (Murray és Farrington, 2010; Rothbaum és Weisz, 1994). A gyermeknevelés során alkalmazott kedvezőtlen, hiányos módszerek, mint például az elégtelen szülői felügyelet és a nem következetes fegyelmezés fontos rizikófaktorai a viselkedészavarnak (Frick és mtsai., 1992; Loeber és mtsai., 1998).

A kedvezőtlen nevelési gyakorlat jelentőségét ikervizsgálatokkal is bizonyították, ugyanis bántalmazás szerepét vizsgálták a viselkedési zavar szempontjából genetikailag alacsony és magas rizikójú gyermekeknél. Az eredményeik szerint a bántalmazás a genetikai szempontból alacsony rizikójú gyermekek esetén 2%-kal gyakrabban járt együtt viselkedési zavarral, míg azok a gyermekek, akik génállományuk alapján a magas rizikójú csoportba kerültek 24%-kal gyakrabban fordult elő a viselkedési zavar a bántalmazás esetén (Jaffee és mtsai., 2005).
A szociökonómiai státuszt és az egyedülálló szülőséget, nevelési nehézségeket inkább mediátor változóknak tekinthetjük, mert ezeket a változókat kontrollálva gyengül a bejósolhatóság.

A kortárskapcsolatok szerepe is jelentős lehet, a „bandákhoz" csatlakozás, vagy az erőszakos barátokkal való gyakori időtöltés erős prediktora a viselkedési zavarnak (Murray és Farrington, 2010; Hill, 2002; Dodge és mtsai., 2003).

A gyermekkori kapcsolatok meghatározó színtere az iskola, így az iskolai légkörnek a hatásait is érdemes feltérképeznünk a viselkedési- és az oppozíciós zavar kialakulásának szempontjából. A viselkedési zavar tüneteinek változása követi az iskolai klíma változását, ugyanis a gyakori konfliktusok, mind a tanárokkal, mind a kortársakkal, növelik a viselkedési problémák megjelenését (Kasen és mtsai., 1990), míg amennyiben a pozitív tanulmányi előmenetel áll a központban, akkor a viselkedési problémák csökkennek (Murray és Farrington, 2010). Így az iskola egyaránt lehet védő- és rizikófaktor is a viselkedési problémák szempontjából.

1.2.5.3 „Gyermeken belüli” pszichológiai faktorok

Intelligencia és tanulási képességek

Gyakran kapcsolják az iskolai előmenetelt az intelligencia szinttel (IQ). Az IQ és a gyenge iskolai előmenetel fontos bejóslói a viselkedési zavarnak (Moffitt, 1993; Loeber és mtsai., 1998, Burke és mtsai., 2002; Toupin és mtsai., 2000; Bassarath, 2001). Az IQ erős hatását mutatja a Goodman és munkatársai (1995) öröklődéses és ikervizsgálata, mely szerint a gyermek alacsony IQ-ja önmagában bejósolja a viselkedési problémákat, független attól, hogy milyen a szülők IQ-ja, illetve melyik társadalmi osztályba tartozik a család. Az IQ-hoz és a képességstruktúra által bejósolható tanulmányi előremenetelhez képest alacsonyabb képzettség jellemző a viselkedési zavarok esetén (Frick és mtsai, 1991).

Rideg-érzéketlen vonások

A viselkedési zavar esetén a biológiai meghatározottságot a DSM-5-ben történt újítás is jelzi, miszerint a viselkedési zavar esetén jelölni kell, ha korlátozott proszociális érzelmekkel áll fenn (APA, 2013). Érdemes megjegyezni, hogy a jelölő esetében nincsen egységes klinikai határérték, így érdemesebb lenne a rideg-érzéketlen vonás esetén is dimenzionális spektrumban, kontinuumban gondolkodni (Szabó és Kökönyei, 2018). Christian és munkatársai (1997) eredményei szerint nagyobb valószínűséggel lehet a rideg-érzéketlen vonásokat mutató gyermekeket magatartási zavarral és oppozíciós zavarral diagnosztizálni, mint ilyen vonásokat nem mutató gyermekeket. Amiatt is fontos a rideg-érzéketlen vonások azonosítása, mert jelenlétük magában hordozza annak nagyobb valószínűségét, hogy az adott gyermek súlyos magatartási zavarral küzdhet, illetve a kezelésre is rezisztensebb lehet (Dadds és mtsai., 2005; Pardini, Obradovic és Loeber, 2006).

Mindemellett a fejlődéspszichopatológiai szempontokat figyelembe véve is fontos információt szolgáltatnak a rideg-érzéketlen vonások, ugyanis megbízható előre jelzőjének tűnnek a későbbi normaszegő viselkedésnek, valamint bejóslói a súlyosabb antiszociális magatartásnak (Pardini, Obradovic és Loeber, 2006; Christian és mtsai., 1997). Önmagában a rideg-érzéketlen vonások megléte nem elegendő prekurzora az antiszociális személyiségzavar kifejlődésének, ugyanis a zavar patogenezisében a nárcizmus és az impulzivitás magas értékei is fontos szerepet játszanak (Frick és mtsai., 2000; Vitacco, Rogers és Neumann, 2003, Szabó és Kökönyei, 2018). Emellett a

korlátozott proszociális érzelmek, vagyis rideg-érzéketlen vonások meglétéből akkor vonhatunk le hosszabb távú következtetéseket, amennyiben ezek idői stabilitást mutatnak (Edens és mtsai., 2001; Seagrave és Grisso, 2002). A vonások gyengülését mutatták ki Frick és munkatársai (2003), míg más közlemények a rideg-érzéketlen vonások időbeli stabilitását írták le (Dadds és mtsai., 2005; Blonigen és mtsai., 2006; Barry és mtsai., 2009). A kutatások elsősorban a gyermekkor és a serdülőkor közötti stabilitást vizsgálták, a felnőttkorral kapcsolatos tartósságról kevesebb adat áll rendezkésünkre (Edens és mtsai., 2001). A rideg- érzéketlen vonások stabilitását befolyásolja a szülők szocioökonómiai státusza vagy a szülői gondviselés minősége, amik ugyancsak a gyermekek pszichoszociális kontextusának fontosságára hívják fel a figyelmet (Frick és mtsai., 2003), így az rideg-érzéketlen vonások megjelenése mellett számos tényező befolyásolja a viselkedési zavar kialakulását.

Pszichés problémák és komorbiditás

Az alacsony önértékelés, a depresszió bejósolja a viselkedési zavart, valamint az oppozíciós zavart, emellett az ADHD is előre jelezheti mindkét zavart, ugyanis mindegyik hátterében a gátló funkciók nem megfelelő működése állhat (Burke és mtsai., 2007, Burke és mtsai., 2010). A gyermekpszichiátriában a zavarok komorbiditása nagyon gyakori, és minél több komorbid zavar áll fent egy gyermek esetén, annál inkább negatív kimenettel számolhatunk. Fontos kiemelnem, hogy a két zavar közös jellemzője az érzelemszabályozás zavara (Cavanagh és mtsai., 2017). Az oppozíciós- és a viselkedési zavar komorbid egymással, klinikai mintákon az együttjárás akár a 96%-ot is elérheti (Frick és mtsai., 1992). Emellett komorbidak az ADHD-val, a szerhasználattal, a depresszióval és a szorongásos kórképekkel (Garland és Garland, 2001; Lavingne és mtsai., 2001; Harpold és mtsai., 2007; Biederman, és mtsai., 2008; Burke, Waldman, és Lahey, 2010). A oppozíciós- és a viselkedési zavar tünetei tartósan problémákat okozhatnak a gyermekek iskolai életében, valamint növelik az esélyét az egyéb pszichiátriai megbetegedéseknek (Keenan és mtsai., 2010).

Az oppozíciós és viselkedési zavar esetén jellemző komorbid kórképeket a 2.1.1.3. fejezetben ismertettem.

1.2.6 Kezelés

Az oppozíciós zavar időben nem stabil kórkép, hosszú távon spontán javulásra is számíthatunk (Stringaris és Goodman, 2009; Burke és mtsai, 2014), illetve vagy a viselkedési zavar vagy a hangulati zavar irányában folytatódik (Burke és mtsai., 2014). A további fejlődési irányt a rideg-érzéketlen vonások megléte és a tartósan fennálló családi bántalmazás határozza meg, ugyanis ezekben az esetben az oppozíciós zavar valószínűbb, hogy viselkedési zavarként folytatódik (NICE, 2013). Az oppozíciós zavar kezelésére rendelkezésünkre állnak egyéni, csoportos és csak a szülőket célzó eljárások (Burke és Loeber, in Theodore (szerk.), 2016). A szülő-gyermek kapcsolatot harmonizáló terápiák eredményesek lehetnek az oppozíciós zavar kezelésének az esetén (Schuhmann,1998), ugyanis amennyiben sikerült csökkenteni a szülői stresszt, és javítani a szülő-gyermek kapcsolaton, akkor jobb prognózissal indul a gyermek egyéni terápiája (Booker és mtsai., 2018). Míg több kidolgozott terápiás eljárás fókuszál a gyermekkori oppozíciós zavar gyógyítására, addig serdülőkorban inkább a viselkedési zavar kezelésére szolgáló terápiás eljárásokat találunk (Burke és Loeber, in Theodore (szerk.), 2016).

A viselkedési zavar esetén első sorban a szülő-gyermek diád működését javító eljárásokat, illetve a szülői kompetenciákat fejlesztő terápiákat találták hatásosnak (Burke, 2002; NICE, 2013). Ezeknek eredményessége az életkor növekedésével csökkenhet, ugyanis a serdülőkorú viselkedési zavaros gyermekek esetén ezek a beavatkozások kevéssé hatásosak (Halász, in Balázs és Miklósi, 2015). A szülői készségek javítását célzó programok első sorban a 3-11 éves gyermekek körében bizonyultak hatásosnak (Pilling, Gould, Whittington, Taylor és Scott, 2013; NICE, 2013; Eyberg, Nelson, and Boggs (2008). Az idősebb viselkedési zavaros gyermekek esetén a kognitív viselkedésterápiás programokat ajánlják, míg a serdülő korosztály esetén a komplexebb, szociális tanulásra épülő egyéni és csoportos terápiás formákat javasolják (Pilling és mtsai., 2013; Bakker és mtsai., 2016).

Összeségében az egyszerre több veszélyeztető faktorra és problémára fókuszáló terápiák a leghatékonyabbak (Wasserman and Seracini, 2001), ugyanis először az esetleges mikro-környezeti nehézségek, konfliktusok azonosítása szükséges, majd a komorbid zavarok megléte esetén azoknak a kezelése, és végül a célzott viselkedésterápiás eszközök használata is fontos lehet a sikeres gyógyulás érdekében (Halász, in Balázs és Miklósi (szerk), 2015).

Az oppozíciós és a viselkedési zavar esetén a farmakoterápiás kezeléseknek nincsen elég evidenciája (Burke, 2002; NICE, 2013).

1.3 **Az életminőség**

Akárcsak a diagnosztikai rendszerek kritériumait, úgy az egészség definícióját is időről időre felülvizsgálják. Korábban az egészséget a betegség hiányaként értelmeztük. A WHO (1992) által kiadott egészség definícióban egyre inkább a pozitív korrelátumokat hangsúlyozzák a negatívak helyett, így az egészség szó helyett inkább a jóllét vagy életminőség fogalma kerül bevezetésre (Tringer, 2003).

Az életminőség fogalma elsőként a szociológiában és a közgazdaságtanban vált elterjedtté (Kopp és Kovács, 2006). A gazdasági fejlődés hatását kívánták az életminőséggel mérni, azonban az életminőség változásai nincsenek lineáris és egyirányú kapcsolatban a gazdasági fejlődéssel, tehát téves az elképzelés, mely szerint a gazdasági föllendüléstől függene a jóllét növekedése (Kopp és Martos, 2011). 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 lélektani kutatásoknak is fontos kérdése az, hogy mely tényezők megléte vagy hiánya vezet a pszichológiai jólléthez. A pozitív pszichológia irányzata - szakítva a károsító tényezőket hangsúlyozó hagyományokkal - az életminőség kutatások azon szeletére fókuszál, melyek középpontjában azok a tényezők állnak, melyek megléte a jobb életminőséghez vezet (Keyes és mtsai., in Land és mtsai., 2012). Az klinikai pszichológiában az életminőség vizsgálata mind a kutatásokban, mind a betegellátásban egyre elterjedtebbé vált a felnőtt és a gyermek kórképek esetén is (Vetró és mtsai., 2003). Sokáig élt az a nézet, hogy ha egy tünet megszűnik, az alapvetően jobb életminőséget eredményez, azonban kimutatták, hogy a tünetek megléte, illetve redukciója nem mutat lineáris együttjárást az életminőség változásával (Jekkel és Magyar, 2007).

Bár az életminőség témaköre nagyon kutatott terület, nem találunk egységes definíciót a szakirodalomban (Jekkel & Magyar, 2007). Aaronson és munkatársai (1988) definíciója szerint az életminőség a következő négy területet foglalja magába: fizikai funkcionális státus, betegség-, és kezelésfüggő fizikai tünetek, pszichológiai működés, szociológiai működés. Argawal leírása alapján az életminőség multidimenzionális fogalom, az egyén általános egészségére, károsodásaira és hétköznapi hatékonyságára adott szubjektív értékelés (Agarwal, Goldenberg, Perry ésIshak, 2012). Érdemes megjegyeznem, hogy az

életminőség meghatározásai egységesen magukban foglalnak fizikai, szociális és pszichológiai területeket (Q és mtsai 2009). Ebből következik, hogy számos proximális tényező befolyásolja az életminőséget, mint például a család, baráti kapcsolatok, valamint disztális változók is összefüggéssel vannak az életminőségre, mint például szocioökonómiai státusz, kultúra, azonban az egyik legerősebb tényezőjének a betegséget tekinthetjük (Eiser és Morse, 2001). Emiatt az életminőség fogalma fontos információt szolgáltat a pszichiátriai zavarok, illetve bizonyos tünetek funkciókárosító hatásairól, vagy éppen a kezelésük, megelőzésük eredményességéről (Kiss és mtsai., 2007).

Nem csupán a szubjektív tapasztalatokra, valamint az önértékelésre alapoznak az egészséggel kapcsolatos vizsgálatok, hanem az életminőség fogalmi meghatározásával egyetemben, többdimenziós, pszichológiai, fizikai és szociális aspektusokat is számításba véve vizsgálódnak (Susánszky és mtsai., 2006). Az életminőség fogalma azonban több annál, mint a testi és lelki egészség, élettel való elégedettség vagy a jóllét fogalmának szintézise, ez a multidimenzionális fogalom bemutatja az egyén megélését az életének a különböző területein történő funkcionálásról (WHO, 1998).

Szakirodalmi áttekintés után elsősorban a kezelések hatékonyságát összehasonlító vizsgálatokat találunk, bár egyre nő a pszichiátriai, pszichológiai területen folyó vizsgálatok száma is, azonban ezeknél sok esetben kérdéses a validitás (Velő és mtsai., 2013). 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). Az életminőség fogalmával mérhetővé válik az egyének személyes megélése a betegségekkel kapcsolatban (Baastiaansen és mtsai., 2004). Elsősorban felnőttekkel végzett vizsgálatokat találunk a szakirodalmat áttekintve, mindössze a közlemények 13%-a foglalkozik gyermekekkel (Kiss és mtsai, 2008). Pedig a gyermek- és serdülőkorban diagnosztizált zavarok esetén is az aktuális nehézségek mellett a pszichiátriai betegség stigmájával, és a kezelések egy életen át tartó terhével is szembe kell nézni, melyek befolyásolhatják a fejlődés átlagos menetét, így a pszichiátriai megbetegedéseknek tartós és jelentős hatása van az életminőségre (Ravens-Sieberer és mtsai., 2014). Az említett nehézségek nem csak az osztályos ellátást igénylő gyermekek esetén észlelhetőek, hanem az ambuláns gondozásban részesülő gyermekeknek is alacsonyabb az életminősége, mint az egészséges gyermekeké (Jozefiak és mtsai., 2010).

A küszöb alatti zavarok és életminőség kapcsolatát vizsgáló tanulmányokat a szakirodalomban kevésbé találunk. A küszöb alatti depresszió és életminőség kapcsolatát is vizsgálva a kutatók azt találták, hogy a küszöb alatti depresszió enyhe mértékben negatívan moderálja a funkcióképességet és az életminőséget (Bonnín és mtsai., 2012). Egy fóbiákat vizsgáló tanulmány azt találta, hogy a szociális fóbiás és a küszöb alatti szociális fóbiával élők ugyanolyan életminőség pontszámokat adtak (Wittchen, és mtsai., 2000), tehát a küszöb alatti zavarok ugyanolyan mértékű életminőség romlást eredményeznek, mint a klinikai szintűek.

Kutatócsoportunk vizsgálatai a témában a következőek:

Balázs és munkatársai (2013) a Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) vizsgálat keretein belül összesen 12395 serdülőt kerestek meg 12 országból: Ausztria, Észtország, Franciaország, Írország, Izrael, Magyarország, Németország, Olaszország, Románia, Szlovénia, Spanyolország, Svédország. A szorongás és a depresszió küszöb alatti tünetegyüttesét vizsgálták (Balázs és mtsai., 2013). A gyermekeknek önkitöltős kérdőívekkel értékelték az állapotukat, mely alapján három csoportba sorolták őket, depressziós, a depresszió küszöb alatti tünetegyüttesével érintett és nem depressziós. Ugyanígy három csoportot alkottak a szorongás esetén is: nem szorongó, szorongó és a szorongás küszöb alatti tünetegyüttesével érintett. Eredményeik szerint a szorongás küszöb alatti tünetegyüttesével érintett csoportba 22% került, szorongó 5,8% lett; depresszió küszöb alatti tünetegyüttesével érintett a gyermekek 29,2%-a, míg depressziós 10,5% lett. Mindkét küszöb alatti tünetegyüttes megléte problémát jelzett a Képességek és Nehézségek Kérdőíven (Strenghts and Difficults Questionnaire-SDQ), valamint nagyobb öngyilkossági rizikót is, mint a küszöb alatti tünetegyüttessel nem érintett csoportok esetén (Balázs és mtsai., 2013).

Dallos és munkatársai (2017) frissen diagnosztizált ADHD-s gyermekek életminőségét vizsgálták. Vizsgálatukba 178 szülő-gyermek párost vontak be. Az alacsonyabb életminőség a lány nemmel, az idősebb korral, több szorongásos és traumához kapcsolódó megbetegedéssel járt együtt a dimenzionális megközelítés szerint, a kategórikus megközelítés során az oppozíciós és a viselkedési zavar eredményezett alacsonyabb életminőséget az ADHD mellett komorbid kórképként az önértékeléseket vizsgálva. A gondviselői értékelésekben ugyancsak a magasabb életkor és a hangulat-, szorongásos zavarok, valamint az oppozíciós és viselkedési zavar eredményezett alacsonyabb életminőséget.

Magyarországon a Health Behavior of School-Aged Childern (HBSC) vizsgálat keretein belül mérték fel a gyerekek élettel való elégedettségét (Kiss és mtsai, 2008), illetve kardiológiai problémával élő, kezelés alatt álló, kezelésen átesett fiatalok életminőségét vizsgálták (Berkes és mtsai., 2010). A HBSC vizsgálat során a kutatók a következő eredményeket kapták: a fiúk szignifikánsabban elégedettebbek voltak, mint a lányok, valamint ahogyan az életkor növekedett, úgy csökkent az elégedettség. Kiss és munkatársai (2008) a nemek tekintetében csak az iskolával kapcsolatos elégedettség kapcsán kaptak szignifikáns különbséget, itt is a fiúk értékelték jobbnak a teljesítményüket.

Gyakorlatban dolgozó szakembereknek a szakmai ajánlások leírják, hogy a szülőktől is fontos információt nyerni a gyermekeik hogylétéről. Emiatt 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) felhívják a szakemberek figyelmét arra, hogy központi fenomén a gyermekpszichiátriai kutatásokban az értékelők által adott információk eltérése. Különböző eredményeket találunk a szakirodalmat áttekintve arról, hogy milyen faktorok (kor, nem, egészségi állapot, stb.) befolyásolják a szülők és gyermekeik életminőség értékelésének különbségeit (Matza és mtsai., 2004). Ez a jelenség első sorban a klinikai populációval dolgozó szakembereket érinti, ugyanis egyes eredmények szerint a beteg populáció esetén a szülő hajlamos szignifikánsan rosszabb életminőséget ítélni gyermekének, mint egészséges gyermekek szülei (Jozefiak és mtsai., 2010). Ezt az eredményt nem erősítik meg egybehangzóan a kutatások, ugyanis a gondviselők egyes esetekben negatívabban, még máskor kevésbé kritikusan ítélik meg a betegségek okozta problémákat, mint a gyermekeik (Eiser és Morse, 2001; Velő és mtsai., 2014). A különbségeket magyarázhatja az is, hogy a populációs mintákkal szemben a klinikai csoportokban több területre kiterjedő, robosztusabb problémákkal kell szembe nézniük a gyermekeknek, így az egyes betegségek tüneteinek különböző megítélése alacsonyabb együttjárást eredményezhet a szülő-gyermek párok életminőség értékeléseiben (Eiser és Morse, 2001; Rescorla és mtsai., 2017). Érdemes megvizsgálnunk az életminőség jellemzéseket

aszerint, hogy milyen betegségcsoportoknál milyen mértékű együttjárást találunk a szülői és a gyermek értékelésekben. Mind a gyermekek, mind a szüleik esetében eltérő életminőség értékeléseket találunk aszerint, hogy internalizáló vagy externalizáló problémák állnak fent: amennyiben a gyermekek internalizáló tünetekkel érintettek, akkor enyhébb fokú a szülők és a gyermekeik értékelésének az különbsége, mint az externalizáló tünetek esetén (Seiffge-Krenke és Kollmar, 1998). Az externalizáló problémák esetén jelentkező enyhe együttjárás a szülő-gyermek diádok értékelésekben a serdülő korú gyermekek esetén a legjellemzőbb (Rescorla és mtsai., 2017). Az értékelő személye, hogy gyermek vagy felnőtt, mindenképpen befolyásolja az eredményeket, ugyanis a szülők sokkal érzékenyebbek az életminőség károsodásaira, ugyanis az externalizáló zavaros gyermekeknek kevesebb a rálátásuk a saját problémás viselkedésükre (Recorla és mtsai., 2013). Emellett a szülőknek és a gyermekeknek más a válaszadási stílusuk, ugyanis a gyermekek gyakran szélsőséges pontokkal értékelik az életminőségüket, és ők inkább hagyatkoznak kiugró esetekre az értékelés során, mint a szülők (Davis és mtsai., 2007). A szülő-gyermek diádok különböző életminőség értékelését magyarázhatja az a tényező is, hogy bizonyos helyzetekben a szülőknek nincsen lehetőségük megfigyelni a gyermekeiket (Achenbach, 2011), így nincsen az életminőség minden domainjára rálátásuk.

Amennyiben a szülő-gyermek diádok értékeléseinek hasonlóságát vagy különbségét vizsgáljuk fontos kérdés, hogy az értékelő gondviselő személye (apa, anya vagy más gondviselő) befolyásolja-e az egyetértést az értékelésekről. A szakirodalmat áttekintve kevés vizsgálatot találunk arról, hogy a gyermekről visszajelzést adó gondviselő, szülő személye alapján találunk-e különbséget az életminőség értékelésekben, valamint a fellelhető eredmények eltérő képet mutatnak. Duhig és munkatársai (2000) irodalmi összefoglalója szerint az externalizáló zavarok esetén az anyák és az apák értékelése kevésbé különbözik egymástól (Duhig, Renk, Epstein és Phares, 2000). Az életminőséget vizsgálva a gondviselők közötti értékelések egyezése a közepestől a magasig terjedt, viszont amennyiben az apa-gyermek, illetve az anya-gyermek párosokat vizsgálták, akkor közepes, illetve alacsony volt az értékelések együttjárása, a szülők alacsonyabbnak értékelték a gyermekek életminőségét, mint maguk a gyermekek (Weitkamp és mtsai., 2012). Achenbach és munkatársai (1987) szerint az anyák és az apák értékelési esetén nagyobb együttjárást várhatunk, mint az egyéb értkelőket illetően, mind az internalizáló, mind az externalizáló problémákkal diagnosztizált gyermekek esetén. Egyes vizsgálatok szerint az anyák több viselkedési problémáról számolnak be (Christensen és mtsai., 1992;

Thurber és Osborn, 1993), még mások szerint az anyák és apák hasonló számú viselkedési problémát jeleznek (Achenbach, 1991; Stanger és Lewis, 1993; Duhig és mtsai., 2006). A kor, a gyermek neme és a szocioökonómiai státusz közepes mértékben van összefüggésben a az anyák és az apák értékeléseivel (Duhig, 2006). A gyermek viselkedési problémái együttjárnak a magasabb szülői stresszel (Dumas és mtsai., 1991; Baxter és mtsai.,2000), amely ugyancsak alacsonyabb életminőséget eredményezhet szülők esetén. Emellett a szülői patológiák is befolyásolhatják az életminőség értékeléseket, valamint a szülő és a gyermek temperamentumának illeszkedése is befolyással lehet. Egyes tanulmányok interakciót találnak a gyermekek neme és szüleik beszámolói között (Friedlander, Weiss, és Traylor, 1986; Jensen és mtsai., 1988; Thurber és Osborn, 1993; Duhig, 2006), még más közleményekben nem látható ilyen eredmény (Achenbach, Howell, Quay és Connors, 1991; Stanger és Lewis, 1993; Duhig, 2006). A szakirodalmat áttekintve látható, hogy a lányok alacsonyabbnak értékelik az életminőségüket, mint a fiúk (Kiss és mtsai., 2007; Dallos és mtsai., 2014; Rissanen és mtsai., 2019). Emellett a lányok esetén sokkal kevésbé erőteljesek a viselkedési zavar tünetei, így kisebb szociális teherhez vezethetnek, ugyanakkor a lányok esetén gyakran jelenik meg komorbid diagnózisként valamely internalizáló kórkép (Keenan és mtsai., 1999). Az említett szakirodalmi eredmények alapján fontosnak tartottam felmérni, hogy alacsonyabb-e a viselkedési zavaros lányok életminősége, mint a fiúké.

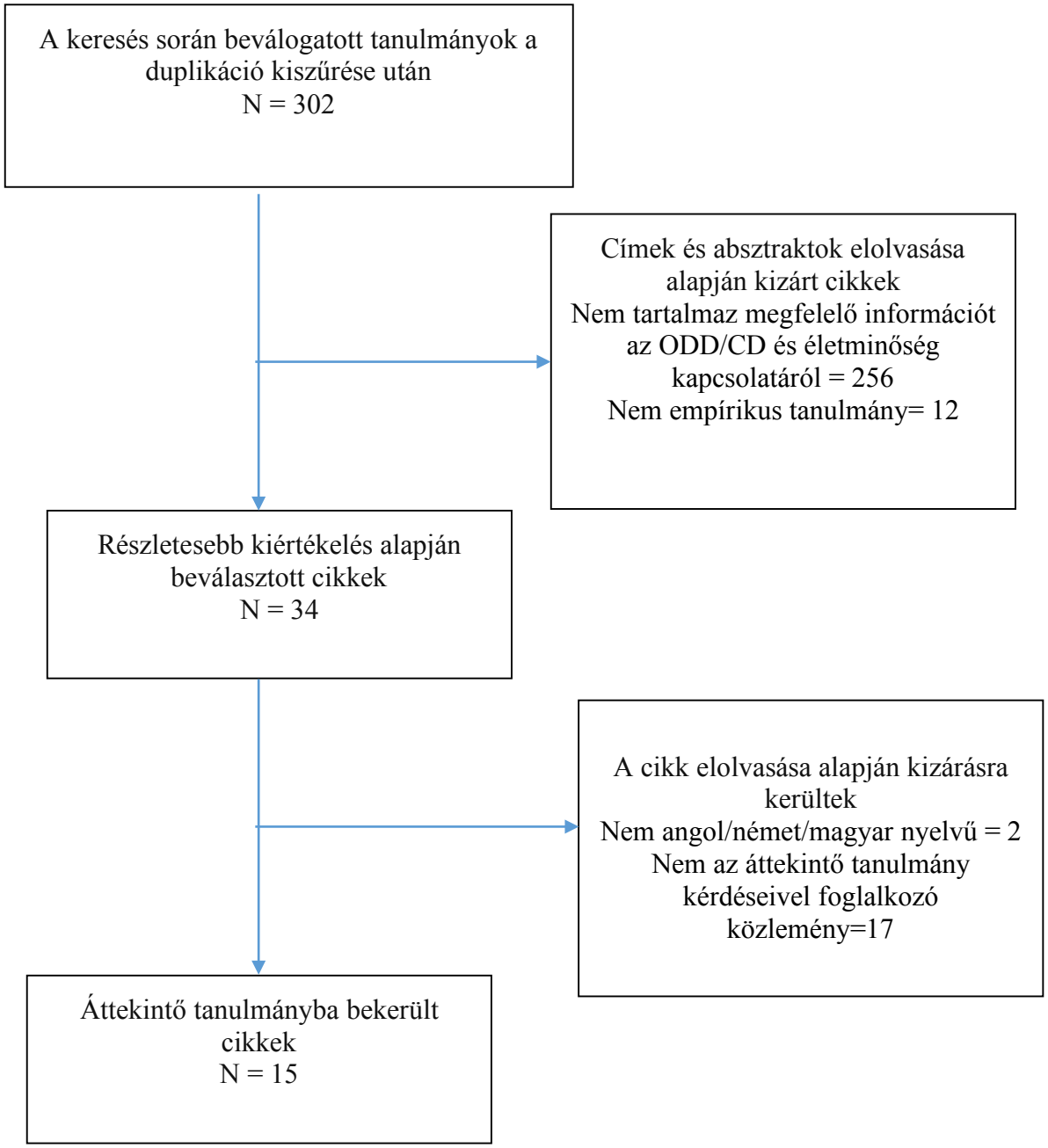
1.3.1 Az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar és az életminőség kapcsolata

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 fordítása alapján alább mutatok be (Szentiványi és Balázs, 2018).

1.3.1.1 A szakirodalmi áttekintés módszere

Az oppozíciós zavar, a viselkedési zavar és az életminőség kapcsolatát vizsgálva a 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. Először a címek és az absztraktok áttekintésével kerültek kizárásra a közlemények, majd a szöveget olvasásával szűrtük ki a témával foglalkozó releváns publikációkat. 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. A duplikációkkal együtt 948 cikket tekintettünk át, melyekből 15 felelt meg a beválasztási kritériumoknak (1. ábra). (Szentiványi és Balázs, 2018)



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

1.3.1.2 Beválogatott közlemények

1. Tizenkét publikációt találtunk angol nyelven a címben szereplő témában (Barneveld és mtsai., 2014; Bussing és mtsai.; 2010, Chavez és mtsai., 2012; Dallos és mtsai., 2014,;Goldstein és mtsai., 2012; Klassen és mtsai., 2004; Lindstedt és mtsai., 2005; Sawyer és mtsai., 2002; Schei és mtsai., 2013; Schei és mtsai., 2015; Steinhausen és mtsai., 2006; Thurston és mtsai., 2010). Három közlemény német nyelven íródott (Büttner és mtsai., 2011, Hampel és Desman 2006; Schubert és mtsai., 2003). 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) kutatási 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 felnőttekkel, tizenkettő gyerekekkel, a beválogatott kutatásokban résztvevő alanyok életkora 0-75 év közé esik.

1.3.1.3 Az áttekintett tanulmányok eredményeit 5 kérdés köré szervezve mutatom be:

1. Milyen mérőeszközökkel lehet az oppozíciós- és a viselkedési zavar, illetve ezeknek tüneteit azonosítani?

A közleményekben kórházi anamnézist, diagnosztikai interjúkat és önkitöltős kérdőíveket használnak az említett zavarok tüneteinek és diagnózisának azonosítására. Hat esetben dolgoztak a kutatók a kórházi anamnesztikus adatokkal (Barneveld és mtsai., 2014, Chavez és mtsai., 2012, Hampel és Desman 2006, Klassen és mtsai., 2004, Schei és mtsai., 2013, Schei és mtsai., 2015, Schubert és mtsai., 2003). Három esetben használtak diagnosztikai interjúkat: Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule – DSM-IV (AUDADIS-IV; Goldstein és mtsai., 2012), Mini International Neuropsychiatric Interview Kid (MINI Kid; Dallos és mtsai., 2014), és Karolinska Scales of Personality (KSP; Lindstedt és

mtsai., 2012). A könnyebb áttekinthetőség érdekében a 2. Számú táblázatban szemléltetem a mérőeszközöket:

2. 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, Schei és mtsai. 2015, Steinhausen és mtsai. 2006	Képességek és Nehézségek Kérdőív	SDQ
Barneveld és mtsai. 2014	Gyermek Viselkedés Kérdőív	CBCL
Bussing és mtsai. 2010	VADPRS (Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale)	VADPRS
Thurston és mtsai., 2010	NLSCY Behaviour questionnaire	
Sawyer és mtsai., 2002	Child/Adolescent Symptom Inventory 4	CSI

A tanulmányok közül hét kórházi- és a diagnosztikai interjúk által adott diagnózisokkal dolgozik (Chavez és mtsai., 2012, Hampel és Desman 2006, Klassen és mtsai., 2004, Schubert és mtsai., 2003, Goldstein és mtsai., 2012, Dallos és mtsai., 2014, Lindstedt és mtsai., 2012). A maradék nyolc tanulmány tünetbecslő skálákkal méri fel az oppozíciós zavar és a viselkedési zavar tüneteit: a Képességek és Nehézségek Kérdőívet (Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ) használják négy publikációban (Büttner és mtsai., 2011, Schei és mtsai., 2013, Schei és mtsai., 2015, Steinhausen és mtsai., 2006), a Gyermekviselkedés Kérdőívet (Child Behaviour Checklist - CBCL) egy közleményben (Barneveld és mtsai., 2014), valamint a magyar nyelvre nem lefordított Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale (VADPRS; Bussing és mtsai., 2010) , a Child/Adolescent Symptom Inventory 4 (CSI, Sawyer és mtsai., 2002), és a NLSCY viselkedés kérdőív (Thurston és mtsai., 2010) egy-egy tanulmányban mérőeszközként szolgál.

3. Milyen mérőeszközökkel lehet felmérni az életminőséget?

Az életminőséget 10 különböző életminőség kérdőívvel mérték fel, illetve egy közlemény esetében a mélyinterjú módszerét használták. Három kutatásban az Gyermek Életminőség Kérdőívet (Invertar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen - ILK; Büttner és mtsai., 2011, Dallos és mtsai., 2014, Schubert és mtsai., 2003), és ugyancsak három esetben a magyar nyelven nem elérhető Child Health Questionnaire (CHQ; Bussing és mtsai., 2010, Klassen és mtsai., 2004, Sawyer és mtsai., 2002) kérdőívet használták. A többi beválogatott közlemény esetén a kutatócsoportok más-más kérdőívvel mérték fel az életminőséget: a KINDL-R kérdőívet használta Hampel és Desman (2006), a Child Health and Illness Profile kérdőív gyermek változatával (CHIP-CE) dolgoztak Steinhausen és munkatársai (2004), a Short-Form 12-Item Health Survey, 2. verzióját (SF-12v2) használták Goldstein és munkatársai (2012), a Manchester Quality of Life Scale (MANSA) kérdőívvel dolgoztak Lindstedt és munkatársai (2015), az Inventory of Life Quality in Children and Adolescents kérdőív (ILC; Schei és mtsai., 2013, Schei és mtsai., 2015) egy kutatócsoport két közleményében is megjelenik. Emellett a beválogatott publikációkban a Psychosocial Quality of Life (PsychQL, Thurston és mtsai., 2010), és a Youth Quality of Life (YQOL;

Bussing és mtsai., 2010) kérdőívvel határozták meg a gyermekek életminőségét. Egy kutatócsoport saját fejlesztésű életminőség kérdőívet használt a kutatása folyamán (Barneveld és mtsai., 2014). Chavez és munkatársai kvalitatív módszertannal, félig strukturált mélyinterjúk segítségével mérték fel a résztvevők életminőségét (Chavez és mtsai., 2012). Az életminőség mérőeszközöket a 3.táblázatban szemléltetem:

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

Közlemény	Eszköz	Rövidítés
Büttner és mtsai 2011, Dallos és mtsai. 2014, Schubert és mtsai. 2003	Invertar 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 Frangebogen	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

Ahogyan a táblázatban is láthatjuk, a színes kérdőív használat jellemzi az életminőség mérését, melynek az a hátránya, hogy az eredmények nehezen összehasonlíthatóak. A beválogatott publikációk közül három-három kutatócsoport dolgozik ugyanazzal a mérőeszközzel. Az egyik, az ILK kérdőív összesen hét kérdéssel méri fel az életminőséget, illetve a beteg populció esetén még két extra kérdés vonatkozik a betegésg okozta nehézségekre és a kezelésre (Mattejat és mtsai., 1998). A másik a CHQ kérdőív, melynek a legrövidebb verziója is 28 itemet tartalmaz (Landgraf és mtsai, 1996). Disszertációm során nem került a fókuszba a kérdőívek pszichometriai adatainak összehasonlítása.

4. 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).

Chavez és munkatársai (2012) mélyinterjús módszerrel térképezték fel öt pszichiátriai zavar (ADHD, oppozíciós zavar, viselkedési zavar, generalizált szorongás és major depresszió) és az életminőség kapcsolatát. A gyermekek interjúiban azonosították a közös témákat (Chavez és mtsai., 2012), így kimutatták, hogy a sport aktivitásokban való részvétel, a kommunikáció és a coping stratégiák a legfontosabb témák az oppozíciós zavaros, viselkedési zavaros és ADHD-s gyermekek számára. A jövőbeli terveikről a major depressziós, generalizált szorongással küzdő, viselkedési- és oppozíciós zavaros gyermekek beszéltek sokat (Chavez és mtsai., 2012).

Sawyer és munkatársai (2002) az életminőség kapcsolatát vizsgálták a viselkedési zavarral, a major depresszióval és az ADHD-val. Szülőket kértek fel, hogy értékeljék gyermekeik életminőségét a CHQ kérdőív testi fájdalom, fizikai funkcionalitás, mentális egészség, viselkedés és kortársakkal való viszony/iskolai élet skáláin. Eredményeik alapján a szülők beszámolója szerint a viselkedési

zavarral érintett gyermekek 35%-a, az ADHD-val érintett gyermekek 65%-a, míg a major depresszióval érintett gyermekeknek pedig a 72%-a esetén a CHQ kérdőív több mint két skálán találtak károsodást. A kiemelten problémás területek a következők: önértékelés, érzelmi problémák, viselkedési problémák, családi élet, iskolai és szociális élet (Sawyer és mtsai., 2002).

Schubert és munkatársai (2006) BNO-10 diagnózissal rendelkező gyermek-szülő párokat kértek fel arra, hogy értékeljék a gyermekeik életminőségét. A viselkedési zavaros gyermekek szülei beszámoltak az életminőség károsodásról, maguk a gyermekek nem.

Thurston és munkatársai (2010) tanulmányában sajátos nevelési igényű gyermekek életminőségét vizsgálták. A viselkedési zavaros gyermeket nevelő szülők alacsonyabb életminőségről számoltak be, ahogyan az ADHD-s gyermekek szülei is.

Az az oppozíciós zavaros, viselkedési zavaros gyermekek életminőségével foglalkozó öt tanulmány közül a négy kvantitatív 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 kvaltitatív 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/fegyelmezés, családi konfliktusok, dacos viselkedés kontrollálása, jogi problémák, erőszak (Chavez és mtsai., 2012).

5. 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).

Bussing és munkatársai (2010) alacsonyabb életminőségről számolnak be, mind a szülők, mind a gyermekeik értékelései alapján, amennyiben az oppozíciós zavar komorbid kórképként fennállt az ADHD mellett.

Schei és munkatársai (2013) serdülőket és szüleiket kérték fel arra, hogy értékeljék az életminőségüket. Azok a serdülők, akiknél az ADHD mellett nem állt fent sem érzelmi, sem viselkedési probléma, jobbnak értékelték az életminőségüket, mint a komorbid zavarokat is tapasztaló fiatalok.

Schei és munkatársai (2015) két évvel később megjelent eredményei nem támasztják alá 2013-ban publikált adataikat. Nem találtak szignifikáns különbséget, sem a szülők, sem a gyermekeik életminőség értékelésében abban az esetben, amikor az ADHD mellett viselkedési zavarok jelentkeztek (Schei és mtsai., 2013).

Két kutatás során kizárólag a szülőket kérték fel arra, hogy ítéljék meg gyermekeik életminőségét (Klassen és mtsai., 2004, Steinhausen és mtsai., 2010).

Klassen és munkatársai (2004) eredményei szerint az ADHD-s és a viselkedési-, illetve oppozíciós zavaros gyermekek esetén alacsonyabb életminőségről számoltak be a szülők, mint a csak ADHD diagnózist kapott csoport esetén. Az összes komorbiditással összehasonlítva az ADHD és komorbid viselkedési-, oppozíciós zavar diagnózis esetén volt a legalacsonyabb az életminőség (Klassen és mtsai., 2004).

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

Az utóbb említett közlemény kivételével (Hampel és mtsai., 2006), azt mutatják a publikációk, hogy a komorbid zavarként megjelenő oppozíciós és viselkedési zavar alacsonyabb életminőséget eredményez, melyet a szülők és gyermekeik értékelései egyaránt tükröznek.

6. 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).

Barneveld és munkatársai (2014) saját maguk alkottak meg egy önértékelős kérdőívet az életminőség mérésére. A kérdőívnek két része van, egy amelyik a szubjektív életminőséget és egy, amelyik az objektív életminőséget méri. A mérőeszköz hét területet mér fel: családi állapotot, életkörülményeket, a legmagasabb iskolai végzettséget, foglalkozást, egészséget és gyógyszer használatot (Barneveld és mtsai., 2014). A viselkedési és oppozíciós zavarosok a diszruptív viselkedési zavarok csoportba kerültek. Eredményeik szerint az autizmussal élő felnőttek szignifikánsan kevésbé voltak elégedettek a szubjektív életminőségükkel, mint az ADHD-s, diszruptív viselkedési zavaros vagy affektív zavarral élő felnőttek. A magasan képzett autista felnőttek szignifikánsan rosszabbnak értékelték a fizikai állapotukat, mint a diszruptív viselkedési zavaros felnőttek (Barneveld és mtsai., 2014). A kutatás erősségei közé tartozik a viszonylag nagy minta, és az utánkövetéses elrendezés (Barneveld és mtsai., 2014), mely esetén meg kell említeni, hogy amennyiben a kutatás ideje alatt komorbid zavar jelentkezhetett a résztvevőknél, mely ugyancsak befolyásolhatja az életminőség megítélését (Barneveld és mtsai., 2014).

Goldstein és munkatársai (2012) az antiszociális személyiségzavarral foglalkoztak. Összehasonlították az életminőség értékeléseit azoknak az antiszociális személyiségzavarral diagnosztizált résztvevőknek, akiknél 15 éves koruk előtt fennállt a viselkedési zavar, és azokét, akiknél nem. Az antiszociális személyiségzavar megléte alacsonyabb életminőséget eredményezett, és amennyiben nem volt diagnosztizálható viselkedési zavar 15 éves kor előtt, akkor

a vitalitás skálán alacsonyabb pontszámokat kaptak a kutatok. A kutatásban résztvevő nők, akiknél 15 éves koruk előtt megjelent a viselkedési zavar, károsodásról számoltak be az életminőség a szociális funkciókat mutató skáláján (Goldstein és mtsai., 2012). Barneveld és munkatársai (2014) kutatásához hasonlóan itt is utánkövetéses elrendezést használtak, így az életminőségről hároméves periódust követve szolgáltatnak adatokat, mely a szerzők szerint elég időintervallum ahhoz, hogy teljes képet kapjunk annak hatásáról, hogy milyen életminőséggel jár együtt, ha a viselkedési zavar a fejlődési időszakban korán, illetve 15 éves kor felett jelentkezik és antiszociális személyiségzavarrá fut ki (Goldstein és mtsai., 2012).

Lindstedt és munkatársai (2015) pszichopátiás és nem pszichopátiás betegek csoportját hasonlították össze. Ugyancsak arra a következtetésre jutottak, hogy elkülöníthető a pszichopátiás csoport, akiknél 15 éves kor előtt, és a nem pszichopátiás csoport, akiknél 15 éves kor után jelentkezett a viselkedési zavar. A pszichopátiás csoport tagjai alacsonyabbnak ítélték az életminőséget, mint a nem pszichopátiás csoport (Lindstedt és mtsai., 2015). A nagy lemorzsolódási arány miatt érdemes a publikáció adatait körültekintően alkalmazni (Lindstedt és mtsai., 2015).

Összegezve az adatokat, mindhárom kutatás eredményei alapján a viselkedési zavar alacsonyabb felnőttkori életminőséggel jár együtt, noha az életminőség károsító mivoltát nem sikerült pontosan meghatározni.

1.3.1.4 Az életminőség és az oppozíciós zavar, viselkedési zavar és ezeket tüneteinek kapcsolatát vizsgáló irodalmak összefoglalása

Ahogyan azt a prevalencia 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 milyen sokféle mérőeszköz van használatban. A módszertani sokszínűség magában hordozza annak nehézségét, hogy a kutatások eredményeit összehasonlíthassuk.

Érdekes, hogy mindössze öt publikáció veti össze az oppozíciós zavar, illetve a viselkedési zavar és egyéb kórképek kapcsolatát az életminőséggel (Büttner és mtsai., 2011, Chavez és mtsai., 2012, Sawyer és mtsai., 2002, Schubert és mtsai., 2006, Thurston

és mtsai., 2010). Két tanulmány csak az életminőség domainjeit vizsgálja, nem pedig az összesített, globális életminőséget (Chavez és mtsai., 2012, Sawyer 2002). Sawyer és munkatársai (2002) a kutatás során az életminőséggel való kapcsolatát vizsgálják a viselkedési-, oppozíciós zavarnak, összehasonlítva a depresszióval és az ADHD-val. Chavez és munkatársai (2012) ugyancsak az oppozíciós- és a viselkedési zavart vetették össze az ADHD-val és a generalizált szorongással, azonban a kvalitatív módszertan miatt eredményeik nehezen illeszthetőek a kvanitatív tanulmányok közé. Másik három közlemény beszámol arról, hogy a összesített életminőség értékelésekkel negatívan összefügg az oppozíciós-, és viselkedési zavar megléte (Büttner és mtsai., 2011, Schubert és mtsai., 2006, Thurston és mtsai., 2010), azonban Büttner és munkatársai (2011) ezt csak a gyermekek életminőség értékelései esetén találják meg. A már említett szülő-gyermek értékelések különbözőségéből fakadó nehézségek ebben az esetben is fennálnak.

Amennyiben komorbid zavarként szerettük volna megismeri az oppozíciós zavar és a viselkedési zavar vagy ezeket tüneteinek összefüggését az életminőségre, csak ADHD-val foglalkozó közleményeket találtunk, így kapunk információt egyéb kórképekről. Emellett az ADHD-val foglalkozó tanulmányok közül sem találta meg két kutatócsoport, hogy az oppozíciós- és a viselkedési zavar alacsonyabb életminőséggel járna együtt, illetve emellett itt is megjelenik a szülők és gyermekek egyet nem értése, melyről a bevezető életminőséggel foglalkozó fejezetében részletesen írtam.

Emellett 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 fejlődésmenetben hosszú távon hatással van az életminőségre, még felnőttkorban is rontja azt. Ezen eredmények a DSM-5-ben történt életen át tartó fejlődés nézőpontját, és az életkori jelölők fontosságát támasztják alá. Mindhárom, a viselkedési zavar hosszabb távú összefüggéseivel foglalkozó tanulmányban antiszociális személyiségzavarral diagnosztizált felnőttek vettek részt, ez által a tanulmányok az oppozíciós zavar- viselkedési zavar- antiszociális személyiségzavar fejlődési kontinuumának hipotézisét is alátámasztják (Mofitt és mtsai., 2008).

A szisztematikus irodalmi keresés során kizárólag az angol, magyar és német nyelven született tanulmányokat tudtuk áttekinteni, emellett a nemi különbségekkel kapcsolatban nem kaptunk információt tanulmányokból, pedig a nemek között is találunk különbséget az életminőség értékelésekben. Valamint a látott különbségeket okozhatja a metodológiai

sokszínűség is, továbbá az is, hogy a szülő (Klassen és mtsai., 2004; Sawyer és mtsai., 2002; Steinhausen és mtsai., 2006; Thurston és mtsai., 2010) vagy a gyermek volt az értékelő (Barneveld és mtsai., 2014; Chavez és mtsai., 2012; Goldstein és mtsai., 2012; Hampel és Desman, 2006; Lindstedt és mtsai., 2005; Schei és mtsai., 2015). Ezeket a limitációkat figyelembe véve tudunk az életminőség és az oppozíciós zavar, valamint a viselkedési zavar kapcsolatáról következtetéseket levonni.

2. CÉLKITŰZÉSEK

Ahogyan láthattuk az életminőség és az oppozíciós zavar, valamint a viselkedési zavar kapcsolatát bemutató fejezetben, hiába a viselkedési zavar az egyik leggyakrabban felmerülő gyermekkori kórkép (Robins, 1991), mégis kevés kutatást találunk, melynek központjában ez a kérdés állna, valamint hazai adatokat egyáltalán nem találunk. Emellett a bevezető fejezetben ismertettem, hogy a pszichiátriai és a klinikai pszichológiai szakirodalomban is egyre fontosabb szerepet kap a dimenzionális szemlélet. Ez által egyre több publikációban foglalkoznak a küszöb alatti kórképekkel (Eaton és mtsai., 1995; Pincus és mtsai., 1999; Lewinson és mtsai., 2000; Sadek és Bona, 2000; Georgiades és mtsai., 2006; Shankman és mtsai., 2008; Viinamäki és mtsai., 2013; Olfson és mtsai, 1996; Balázs és Keresztény, 2014; Caspi és mtsai., 2014; Forbes és mtsai., 2016; Buntrock és mtsai., 2016; De la Osa és mtsai., 2019). Tudomásom szerint nincsen olyan vizsgálat, mely a viselkedési zavar, vagy az oppozíciós zavar küszöb alatti tünetegyüttesének az együttjárását és hatását vizsgálná az életminőségre. Emiatt doktori munkám során folytatott kutatásunknak kettős szerepe is volt: egyrészt szerettünk volna hazai adatokat szolgáltatni az oppozíciós és a viselkedési zavar gyakoriságáról klinikai mintán, másrészt a nemzetközi szakirodalomban újdonságnak számító, az oppozíciós és a viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesének és diagnosztikus kritériumokat meghaladó zavaroknak az életminőséggel való kapcsolatát bemutatni.

Doktori munkám során ugyancsak fontos célkitűzésem volt, hogy a szülők és a gyermekek életminőség értékeléseit összehasonlítsam és gyarapítsam a magyar szakirodalmat a témában. A bevezetőben bemutatott eredményeken, Kiss és munkatársai (2008) vizsgáltán felül Turi és munkatársai (2011) vizsgálták a gyermekek és szüleik értékelésének egyezését a Képességek és Nehézségek kérdőív (Strenghts and Difficults Questionnaire-SDQ) magyar változatával. Első, populációs mintán végzett kutatásuk során a szülő-gyermek párosok között közepesen erős együttjárást találtak, kizárólag a proszociális viselkedésre vonatkozó skálán volt nagy/közepes méretű eltérés a szülői és a gyermeki értékelések között (Turi és mtsai., 2011). A nemeket összehasonlítva a fiúk magasabb pontszámot értek el a viselkedési problémák, illetve a hiperaktivitás skálán, a lányok pedig a proszociális viselkedés skálán, függetlenül attól, hogy ők maguk, a szülők, vagy a tanárok értékelték őket (Turi és mtsai., 2011). Ugyancsak mindegyik kitöltő esetében magasabb volt a lányok pontszáma az emocionális tünetek skálán, bár szignifikánsan több problémáról számoltak be a gyerekek, főleg a lányok saját magukkal

kapcsolatban, mint a szüleik (Turi és mtsai., 2011). Klinikai mintára vonatkozó adatokat is közölt a kutatócsoport, a Vadaskert Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Kórházban vizsgáltak 11-17 év közötti gyereket (Turi és mtsai., 2013). A korábbi eredményekhez hasonlóan az érzelmi tüneteket ebben az esetben is a serdülők értékelték pontosabban, ám az előzőektől eltérően, a kortárskapcsolatokban fellépő problémáknál a szülők becslései homogénebbek voltak (Turi és mtsai., 2013). A gyerekek és szülők válaszainak egyezése ugyanazt a mintázatot mutatta, mint a magyar populációs mintán, melyek egybecsengenek a nemzetközi eredményekkel. A klinikai csoport esetén jelentkezett az életkor hatása, mely a normatív mintán végzett mérés esetén csak a tanári értékelések esetén jelent meg: a szülők válaszai alapján az életkor növekedésével az érzelmi tünetek skálán kívül minden esetben csökkent az elért pontszám, a gyerekek pedig az életkor növekedésével a viselkedési problémák, illetve a proszociális viselkedés skálán értékelték magukat kevésbé problémásnak (Turi és mtsai., 2013).

Mint látható, a magyar adatok viszonylag szegényesek, különösen akkor, ha az életminőséget helyezzük a vizsgálódásunk fókuszába, így doktori munkám másik célkitűzése a szülői- és gyermek értékelések összehasonlítása volt.

Hipotéziseim a doktori munkám különböző fázisaiban:

2.1. 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.

2.2. Majd a viselkedési zavarra fókuszáltam, és összehasonlítottam a viselkedési zavarral diagnosztizált lány - és fiúgyermekek 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.

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

- Alacsonyabb a serdülők életminőség önértékelése 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.

2.4. A doktori munkám befejező részében összevetettem 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 életminőség önértékelése, 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 oppozíciószavar 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 oppozíciós zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők életminőség szignifikánsan alacsonyabb, mint a tünetegyütessel nem érintett serdülőké.
- Az oppozíciós zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülőt nevelő gondviselők gyermekeikről adott életminőség szignifikánsan

alacsonyabb, mint a tünetegyüttessel nem érintett serdülőt nevelő gondviselőké.

- A viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők életminőség szignifikánsan alacsonyabb, mint a tünetegyüttessel nem érintett serdülőké.
- A viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülőt nevelő gondviselők gyermekeikről adott életminőség szignifikánsan alacsonyabb, mint a tünetegyüttessel 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 (etikai engedély 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 2014. őszén kontroll csoportot szerveztünk. A kontroll csoport összeállítása több lépésben zajlott, ugyanis a munkánk során szem előtt tartottuk, hogy ne csak egyféle iskolatípusba járó gyermekeket vonjunk be a vizsgálatba. A Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián kezelt gyermekek egyaránt érkezhetnek gimnáziumból, szakiskolából, szakközép iskolából, így a kontroll csoportot is ennek megfelelően toboroztuk. Először Budapest egy külső kerületében lévő általános iskola és gimnázium tanulóit kerestük meg, majd egy belvárosi gimnáziumot és egy több tagintézményből álló szakiskolát, ahol az érettségit adó és az érettségit nem adó osztályok diákjait egyaránt megkerestük. Az iskolák kiválasztása során egyrészt azokat az intézményeket kerestük meg, amelyekkel korábban is együttműködtünk előző kutatásaink kivitelezése során, másrészt kényelmi mintavételt alkalmaztunk, és azokat az intézményeket vontuk be, melyek esetén személyes ismeretség révén tudtuk, hogy az iskolapszichológus vagy a tanári kar együttműködő lesz a kutatás adatgyűjtése során.

A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt. A klinikai és a kontroll csoport toborzása során egyaránt először a szülőket kerestük meg, hogy tájékoztattuk szóban és írásban őket a vizsgálatról és ezután kértük írásos beleegyezésüket. Azon szülők gyermekeit, akik beleegyeztek, szintén tájékoztattuk szóban és írásban a vizsgálatról és ezután kértük az ő írásos beleegyezésüket is. Csak abban az esetben vontuk be a gyermeket a vizsgálatba, ha mind a szülő, mind a gyermeke beleegyezett a vizsgálatba. Bármikor lehetősége volt a kutatásban résztvevőknek visszalépni, ebben az esetben az adataik megsemmisítésre kerültek.

A klinikai csoport toborzása során 221 családot kértem 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.

A gyermekek és szüleik adatait elzárva, név nélkül, kódszámmal ellátva tároltuk. A kód-név adatokhoz rajtam kívül a kutatásvezetőknek van hozzáférése. A kód-név adatokat csak az esetleg életet veszélyeztető esetekben oldottuk fel, melyről ugyancsak előre tájékoztattuk a vizsgálatban résztvevő szülőket és gyermekeiket.

A szülőkkel önkitöltős kérdőíveket vettem fel, míg a gyermekeket kérdőívek mellett diagnosztikai interjúval is vizsgálatuk. A diagnosztikai interjú során rákérdeztünk a gyermekek öngyilkos magatartásra is. Amennyiben a gyermek az öngyilkosság szempontjából rizikós csoportba tartozott, akkor a klinikai csoport esetén a gyermek kezelőorvosának, a kontroll csoport esetén a gyermek gondviselőjének jeleztük a kód-dekód lapon megadott elérhetőségén. A diagnosztikai interjút követő 24 órán belül konzultációs időpontot beszélt meg a családdal egy gyermekpszichiáter szakorvos kolléga.

3.2 **Minta**

A vizsgálatba 13 évnél idősebb, de 18 évnél fiatalabb gyermekeket és szüleiket vontuk be. Az anamnézisükben 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 csoport 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 kutatócsoportunk szerkesztette, az 4. Táblázatban szemléltetem a témákat, melyeket érintettünk a kérdőív kialakítása során:

4.táblázat: Demográfiai adatlap tételei

Demográfiai adatlap tételei	
Szocioökonómiai státuszra vonatkozó adatok	Apa és anya végzettsége, gazdasági aktivitása Család anyagi helyzete
Anamnesztikus adatok	Gyermek neme, életkora Család összetétele, testvérek száma Gyermek elhelyezése Perinatális adatok Kezesség Gyermek iskola típusa/munkahelye Pszichiátriai betegség, öngyilkos magatartás a családban Pszichiátriai és krónikus betegségek a gyermeknél Rendszeres gyógyszerszedés a gyermeknél

3.3.2 A Gyermek Mini Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú (MINI International Neuropsychiatric Interview Kid version – Gyermek MINI)

A diagnózis alkotáshoz a Sheehan és Lecrubier által kidolgozott Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) kérdőívcsaládnak, a gyermekpszichiátriai változatát, a Gyermek M.I.N.I-t használtuk (Sheehan és mtsai.,1998). A mára már angol, spanyol, francia, héber, német, török, és magyar nyelven elérhető kérdőív hazai adaptálását Balázs Judit és munkatársai végezték (Balázs és mtsai., 2004). A Gyermek M.I.N.I. kérdőív magyar verziójának inter-rater és teszt-reteszt reliabilitása is megfelelőnek bizonyult a vizsgált mentális zavaroknál, Cohen kappát, illetve Yule-féle kapcsolódási együtthatót alkalmazva, emellett a diagnosztikai interjú kritérium-validitása szenzitivitás és specificitás értékekkel vizsgálva szintén megfelelő (Balázs és mtsai., 2004). Az eddigi eredményeik alátámasztják, hogy a mérőeszköz megbízható, amellett, hogy gyorsan, 45 perc alatt felvehető. Ez a kérdőív felépítésének köszönhető, ugyanis a kórképek szekciókba vannak rendezve, először a kórkép felállításához szükséges alapvető kritériumokra - így a tünetekre, időtartamra, funkciókárosodásra és bizonyos kórképek esetén a tünetek megjelenésének idejére - vonatkozó kérdések következnek, és amennyiben ezekre nemleges választ kapunk, akkor tovább léphetünk a következő szekcióra. A kérdőív „elágazó fa" struktúrát követi, tehát ha az adott kórkép mag tünetei nem állnak fenn a megadott időintervallumon belül, akkor az adott kórkép kizárható és a következő kórkép felmérésére lehet ugorni. Abban az esetben állíthatunk fel diagnózist, ha a Diagnostic and Statistical Manual 4. kiadásában (DSM-IV) megszabott feltételek alapján megfelelő számú kérdésre „Igen" választunk kaptunk (Balázs és mtsai., 2004). Jelen kutatás keretében, a küszöb alatti tünetegyüttesek vizsgálata miatt, nem követtük a M.I.N.I. „elágazó fa" struktúrát, a résztvevőket akkor is tovább kérdeztük az adott kórkép tüneteiről, ha a mag tüneteket nem tapasztalta a megadott időintervallumon belül magán. Emiatt a kérdőív felvételi ideje megnövekedett, ugyanis minden résztvevő gyermek esetén felmértük a M.I.N.I. diagnosztikai kérdőívben megtalálható összes zavar minden tünetének az esetleges meglétét.

Az eszköz 18 év alatti gyermekeknél használható, 13 éves kor alatt a szülő jelenlétében kell felvenni, aki segítheti a gyermek válaszadását (Balázs és mtsai., 2004). Doktori munkám során végzett vizsgálatnál csak 13 év feletti gyermekekkel dolgoztunk, így az interjúk felvételére a gyermekkel kétszemélyes helyzetben került sor.

A M.I.N.I. diagnosztikus interjút amiatt választottuk a kutatás tervezése során, mert egyrészt a DSM klasszifikációs rendszer szerinti diagnózist ad, illetve a módosított formája képes a küszöb alatti állapotok felmérésére is. Emellett felvételi ideje a módosított változat esetén is maximum egy óra, ami jól tolerálható gyereknek, szülőnek, interjút készítőnek. A diagnosztikus interjú könnyen használható, egy rövidebb képzés után magabiztosan alkalmazható. A M.I.N.I validált hazánkban és nemzetközileg is, elterjed mérőeszköz, így eredményeink összehasonlíthatóak. Kutatócsoportunk törekszik arra, hogy eredményeink összehasonlíthatóak legyenek a korábbi vizsgálatainkéval, így a M.I.N.I. diagnosztikus interjú választása mellett szólt az is, hogy kutatócsoportunk eddigi kutatásai során, ez a mérőeszköz volt használatban, így eredményeim összehasonlíthatóak a korábbi eredményeinkkel.

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

Az életminőség mérésére a Mattejat és Remschmidt (1998) által kidolgozott, németországi populációs és pszichiátriai beteg mintán validált Intervertar Lebesqualität Kindern und Jungendlichen (ILK) kérdőívet választottuk (Mattejat és mtsai., 1998). A szerzők célja egy olyan mérőeszköz megalkotása volt, amely a DSM-IV ötödik tengelyének, a funkcionalitásnak (APA, 1994) a mérését könnyen, gyorsan és nem betegségspecifikusan mérhetővé teszi úgy, hogy az életminsőség a különböző dimenzióit egymástól elkülönítse, így segítve a terápiás munkát (Mattejat és mtsai., 1998). Ennek megfelelően az ILK egy 7 kérdésből álló, nem betegség, illetve tünethangsúlyú, életminőség felmérését végző, önkitöltős kérdőív (Kiss és mtsai., 2007). A 6-18 éves korig használható mérőeszköznek két változatát dolgozták ki a szerzők: az általunk is használt, felső-tagozatosoknak készült változata, melyben a serdülőknek 1-5-ig kell osztályozniuk, hogy mennyire elégedettek az életminőségükkel; emellett az alsó-tagozatosok számára szerkesztett verzióban a kérdések részletesebben ki vannak fejtve, valamint a válaszadást mosolygó-semleges-szomorú arcok segítik. Fontos, kiemelni, a kérdőív felvételekor is hangsúlyozni kell, hogy az osztályozás a német iskolarendszernek megfelelően, tehát hazai iskolai értékelésnek éppen a fordítottja szerint történik, tehát az 1-es jelzi a legjobb életminőséget, az 5-ös pedig a legrosszabbat. A kérdőív az életminőség hat területéről szolgáltat információt: család, iskola, kortárskapcsolatok, egyedül végzett tevékenység, testi egészségi-, valamint idegi-lelkiállapot és általános

életminőség (Kiss és mtsai., 2007). A klinikai csoport számára kialakított verzióban a felsorolt tételek mellett szerepelnek a kifejezetten klinikai közegben fontos tényezők is: betegség/probléma általi-, valamint a klinikai vizsgálatokból és a kezelésekből adódó megterhelés (Kiss és mtsai., 2007). A szülői változatban plusz két kérdést is találunk, melyek segítségével felmérhető, hogy a gyermek betegsége, illetve az ebből adódó kezelések mennyire terhelik meg a gondviselőket. Az ILK szülői változatában jelölendő, hogy a kitöltő az anya, apa vagy más gondviselő. Az ILK kérdőív rövid, könnyen érthető, gyorsan felvehető mérőeszköz, kitöltése mindössze 5-10 percet vesz igénybe. A magyar verzió megbízhatósága és érvényessége, belső reliabilitása Cronbach α mutató alapján elfogadható, a gyermekek életkorának a növekedésével és az összesített életminőség változó elemzésével a teszt-reteszt megbízhatósága magasabb a kérdőívnek (Kiss és mtsai., 2007). A vizsgált minta elemzése során az ILK kérdőív diszkriminatív validitása megfelelő volt, min a szülői, mind a serdülő önkitöltős verzió esetén a belső megbízhatóság elfogadható, Cronbach alfa 0,6 feletti volt. (Kiss és mtsai., 2007).

Mint az látható, az ILK megbízható mérőeszköz, mely nemzetközileg elterjedt, emiatt került kutatócsoportunk látóterébe a kutatási mérőeszközök kiválasztása során. Az ILK kérdőív kiválasztása mellett szól, hogy felméri az életminőség hat területét: család, iskola, kortárskapcsolatok, egyedül végzett tevékenység, testi egészségi-, valamint idegi-lelkiállapot és általános életminőség (Kiss és mtsai, 2007). Valamint létezik kisgyerek, serdülő és szülői változata, melyek értékelései összehasonlíthatóak. Magyar mintán az ILK kérdőíven kívül validált a A KIDSCREEN-52 kérdőív is, mely szintén használható a gyerekek és serdülők egészséggel összefüggő jóllétének (HRQoL) felméréséhez, azonban ez a mérőeszköz 52 tételt tartalmaz 10 alskálán (Fizikai egészség, Pszichológiai jóllét, Hangulatok és érzelmek, Énpercepció, Autonómia, Szülőkkel való viszony és otthoni élet, Anyagi erőforrások, Társas támogatottság és kortársak, Iskolai környezet, Társas elfogadottság (Bullying) (Papp és mtsai., 2016). A kérdőív kitöltése átlagosan 15–20 percet vesz igénybe, mely jóval hosszabb, mint az ILK kérdőív kitöltési ideje, valamint nem tartalmaz betegséggel kapcsolatos kérdéseket a klinikai populáció számára, míg az ILK kérdőív a klinikai populációk esetén felméri a betegséggel és kezeléssel kapcsolatos megterhelést. A gyors felvételi idő ellenére az ILK komplex képet szolgáltat az életminőségről, illetve a nemzetközi irodalomban is gyakran fellelhetőek olyan vizsgálatok, melyek során az ILK kérdőívvel dolgoznak. Emellett kutatócsoportunk saját vizsgálataiban is szereztünk már a tapasztalatokat a mérőeszközről, így nem csak a

nemzetközi, hanem a korábbi saját és más magyar kutatócsoport eredményeivel is összehasonlíthatóak az eredményeim.

3.4 **Statisztikai módszerek**

A statisztikai elemzést az IBM SPSS Statistics 22.0.0 programmal végeztem (24). A szignifikancia szintet minden esetben $p<0,05$-ben határoztuk meg.

1. A gyermekek és gondviselőik értékelésének együttjárását, valamint az értékelő személyének befolyását is vizsgáltaltam:
   A gondviselők és gyermekeik értékeléseinek összehasonlításához összetartozó mintás t-próbát és variancia-analízist alkalmaztam. Főkomponens elemzést végeztem direkt oblimin rotációval az ILK kérdőív tételein.
   Az ILK kérdőíven az életminőséget egy 1-5-ig terjedő likert skálán van lehetőségük a kitöltőknek értékelni (Kiss és mtsai., 2007). Szerettem volna, ha olvasóim számára könnyebben követhetőek legyenek az eredmények, így a Likert-skálát megfordítottuk, és az értékeit 0-100 közé vetítettem. A 100 pont jelenti a legjobb életminőséget, a 0 a legrosszabbat.

2. A viselkedési zavar diagnózisú serdülőkben a nemi különbségek vizsgálata során a változók ordinális típusúak, valamint nem normál eloszlásúak voltak (Kolmogorov-Smirnov teszt, $p<0,05$), azonban a szórás-homogenitás minden esetben megvalósult (Levene teszt, $p>0,05$), ezért Mann-Whitney próbát használtunk. Az oppozíciós zavarral komorbid viselkedési zavar diagnózisú és oppozíciós zavarral nem komorbid viselkedési zavar diagnózisú serdülők életminőségének összevetését Mann-Whitney próbával végeztük. A változók ordinális típusúak, nem normális eloszlásúak voltak (Kolmogorov-Smirnov teszt, $p< 0,05$), viszont a szórás-homogenitás megvalósult (Levene teszt, $p>0,05$). Az összesített életminőség változó kivétel volt, mert normál eloszlást mutatott az oppozíciós zavarral komorbid viselkedési zavar diagnózisú és az azzal nem komorbid viselkedési zavar diagnózisú mintában is, mind a szülők, mind a serdülők beszámolója alapján mérve (Kolmogorov-Smirnov teszt, $p>0,05$), továbbá a szórás-homogenitás feltétele is teljesült (Levene teszt, $p>0,05$), így ebben az esetben a hipotézist független mintás t-próbával teszteltük. A hatásméret mutató t-próba

esetén Cohen d, míg robosztus próba esetén r volt. A Cohen d értéke 0,3 körül kis hatásnagyságot, 0,5 körül közepeset, míg 0,8 körül nagyot hatásméretet jelöl. Az r mutató értékei: 0,1 – kicsi hatás, 0,3 – közepes hatás, 0,5 – nagy hatás (Vargha, 2007).

3. A komorbid viselkedési és oppozíciós zavaros, valamint az oppozíciós zavarral nem komorbid viselkedési zavaros serdülők életminőségének összevetését Mann-Whitney próbával végeztem. A változók ordinális típusúak, nem normál eloszlásúak voltak (Kolmogorov-Smirnov teszt, $p<0,05$), ellenben a szóráshomogenitás megvalósult (Levene teszt, $p>0,05$). Az összesített életminőség változó kivétel volt, mert normál eloszlást mutatott az ODD-vel komorbid viselkedési zavaros és az azzal nem komorbid viselkedési zavaros mintában is, mind a szülők, mind a serdülők beszámolójában (Kolmogorov-Smirnov teszt, $p>0,05$), továbbá a szóráshomogenitás esete is fennállt (Levene teszt, $p>0,05$), így ebben az esetben a hipotézist független mintás t-próbával teszteltem.
   A hatásméret mutató t-próba esetén Cohen d, míg robosztus próba esetén r volt. A Cohen d értéke 0,3 körül kis hatásnagyságot, 0,5 körül közepeset, míg 0,8 körül nagyot hatásméretet jelöl. Az r mutató értékei: 0,1 – kicsi hatás, 0,3 – közepes hatás, 0,5 – nagy hatás (Vargha, 2007).

4. 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 „Valaki (tanár, nevelő, barát, te magad) panaszkodott a viselkedésed miatt?” és a „Ezek a dolgok komoly gondot okoztak neked az iskolában? Otthon? A családoddal? Vagy a barátaiddal?” vagy a „Ez a viselkedésed gondot okozott neked az iskolában? Otthon? A családoddal? Vagy a barátaiddal?” (M.I.N.I., 14. és M.I.N.I. 15. oldal) kérdésekre. A csoport közötti különbségek vizsgálatához varianciaanalízist alkalmaztam (ANOVA). Az elemzés folyamán az ILK kérdőív tételeit ugyancsak megfordítottam, az értékeit pedig 0-100 közé vetítettem. A 100 pont jelenti a legjobb életminőséget, a 0 a legrosszabbat.

4. EREDMÉNYEK

4.1 A minta leírása

Összesen 401 gyermek és szülője egyezett bele a részvételbe, azonban 8 gyermekkel nem sikerült felvennünk a kérdőíveket, ugyanis a klinikai csoport tagjai esetenként a tervezettnél hamarabb elhagyták az intézményt. A kontroll csoport tagjai a közoktatásban vették részt, az iskolai helyzetben gyakran adódott olyan változás az órarendben, plusz feladat, szomatikus probléma, hiányzás, ami miatt lemondták a serdülők az adatfelvételt. Így végül 393 serdülő (51,7% fiú és 49,3% lány) alkotja a mintát. A serdülők átlagéletkora 14,89 év (SD=1,28). Összesen 393 serdülő adatai alkotják a mintát, a 393 serdülő közül 346-an (88%) válaszoltak mind a gyermek M.I.N.I., mind az ILK kérdőív kérdéseire. Az ILK kérdőív szülői verzióján 260 gondviselő értékelte a gyermeke életminőségét. A gyermek M.I.N.I. 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 M.I.N.I. alapján a viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttese.

A gyermek M.I.N.I. 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 M.I.N.I. alapján.

A 5. táblázat mutatja be a viselkedési zavaros, az oppozíciós zavaros, és a zavarokkal nem érintett serdülők családi helyzetét.

5. táblázat: A serdülők családi helyzete

Komorbid oppozíciós és viselkedési zavar	családban él	10	0,26%
	állami gondozott	3	1,53%
Visekedési zavar	családban él	8	1,28%
	intézeti elhelyezett	1	0,26%
egyik zavar sem áll fent	nem ismert	2	1,28%
	családban él	166	0,51%
	örökbefogadott	6	1,79%
	nevelőszülőkkel él	1	1,79%
	intézeti elhelyezett	2	2,30%
	állami gondozott	2	8,16%
Oppozíciós zavar	családban él	24	20,41%
	örökbefogadott	5	14,80%
	intézeti elhelyezett	1	29,08%
	intézeti gondozott	1	1,02%
	állami gondozott	2	1,02%
Nincs adat	családban él	11	2,81%
	nevelőszülőkkel él	2	3,57%
	állami gondozott	2	3,06%

A gondviselőkre vonatkozó demográfiai adatokat a 6. táblázat szemlélteti.

6. táblázat: A gondviselők demográfiai adatai

Demográfiai változó	Pszichiátriai zavar	iskolatípus	Fő (N)	Százalék
Apa iskolai végzettsége	Komorbid oppozíciós és viselkedési zavaros	Nem ismert	1	0,29%
		alapfokú	6	1,75%
		középfokú	5	1,46%
		felsőfokú	1	0,29%
	viselkedési zavaros	alapfokú	2	0,58%
		középfokú	7	2,05%
	Egyik zavar sem áll fent	Nem ismert	9	2,63%
		alapfokú	32	9,36%
		középfokú	80	23,39%
		felsőfokú	58	16,96%
	Oppozíciós zavaros	Nem ismert	4	1,17%
		alapfokú	4	1,17%
		középfokú	11	3,22%
		felsőfokú	14	4,09%
	Hiányzó adatok	Nem ismert	3	0,88%
		alapfokú	3	0,88%
		középfokú	6	1,75%
		felsőfokú	3	0,88%
Anya iskolai végzettsége	Komorbid oppozíciós és viselkedési zavar	Nem ismert	1	0,26%
		alapfokú	2	0,51%
		középfokú	7	1,79%
		felsőfokú	3	0,77%
	Viselkedési zavaros	Nem ismert	1	1,28%
		alapfokú	1	0,26%
		középfokú	5	0,26%
		felsőfokú	2	1,28%
	Egyik zavar sem áll fent	Nem ismert	3	0,51%
		alapfokú	27	1,79%
		középfokú	72	0,77%
		felsőfokú	79	6,89%
	Oppozíciós zavaros	Nem ismert	4	18,37%
		alapfokú	4	20,15%
		középfokú	12	28,57%
		felsőfokú	13	1,02%
	Hiányzó adatok	Nem ismert	1	0,77%
		alapfokú	2	0,26%
		középfokú	5	3,06%
		felsőfokú	7	3,32%

Demográfiai változó	Pszichiátriai zavar	iskolatípus	Fő (N)	Százalék
Apa gazdasági aktivitása	Komorbid oppozíciós és viselkedési zavar	Nem ismert	2	0,51%
		Aktív dolgozó	7	1,79%
		munkanélküli	2	0,51%
		Nyugdíj, leszázalékolt	1	0,26%
		eltartott	1	0,26%
	Viselkedési zavaros	Nem ismert	1	1,28%
		Aktív dolgozó	5	0,26%
		Nyugdíj, leszázalékolt	1	1,28%
		eltartott	1	0,26%
	Egyik zavar sem áll fent	Nem ismert	18	0,26%
		Aktív dolgozó	141	2,04%
		munkanélküli	8	4,59%
		Nyugdíj, leszázalékolt	2	35,97%
		Főfoglalkozású szülő	3	2,04%
		meghalt	6	0,51%
	Oppozíciós zavaros	Nem ismert	6	0,77%
		Aktív dolgozó	23	1,53%
		munkanélküli	1	29,34%
		Nyugdíj, leszázalékolt	2	1,53%
	Hiányzó adatok	Nem ismert	4	5,87%
		Aktív dolgozó	9	0,26%
		Nyugdíj, leszázalékolt	1	0,51%
		meghalt	1	3,32%

6. táblázat: A gondviselők demográfiai adatai folytatás

Demográfiai változó	Pszichiátriai zavar	iskolatípus	Fő (N)	Százalék
Anya gazdasági aktivitása	Komorbid oppozíciós és viselkedési zavar	Nem ismert	1	0,26%
		Aktív dolgozó	10	2,55%
		munkanélküli	1	0,26%
		Főfoglalkozású szülő	1	0,26%
	Viselkedési zavaros	Nem ismert	1	1,28%
		Aktív dolgozó	4	0,26%
		GYES	3	1,02%
		Eltartott	1	0,77%
	Egyik zavar sem áll fent	Nem ismert	3	0,26%
		Aktív dolgozó	135	1,79%
		munkanélküli	18	0,77%
		GYES	5	34,44%
		GYES	8	4,59%
		Főfoglalkozású szülő	12	1,28%
		meghalt	1	2,04%
	Oppozíciós zavaros	Nem ismert	4	3,06%
		Aktív dolgozó	21	0,26%
		munkanélküli	2	28,32%
		Nyugdíj, leszázalékolt	2	1,02%
		GYES	1	5,36%
		Főfoglalkozású szülő	2	0,51%
	Hiányzó adatok	Nem ismert	1	0,51%
		Aktív dolgozó	10	0,26%
		munkanélküli	1	0,51%
		GYES	2	3,32%
		Főfoglalkozású szülő	1	0,26%

6. táblázat gondviselők demográfiai adatai folytatás

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, ugyanis a klinikai csoportba összesen bevont 204 gyermek közül csak 140 esetben áll a rendelkezésünkre szülők és gyermekeik által is kitöltött ILK kérdőív.

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.

Hogyan értékelték a gondviselők a gyermekeik életminőségét?

A gondviselők életminőség értékeléseinek az elemzése során az ILK kérdőív tételeit elemezve „Mennyire érintik vagy terhelik meg gyermekét a nálunk alkalmazott vizsgálatok és kezelések? (Pl: Ambuláns vagy osztályos előjegyzési időpontok, osztályos benntartózkodás, gyógyszerek stb.)?" tétel, valamint a „Milyen a kapcsolat gyermeke és Ön, valamint a család többi tagja között (Felnőttekkel, gyermekekkel)?" 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, ugyanis az általános életminőséget mutató „Ha az előző kérdéseket összefoglalja, hogy érzi magát Ön szerint összességében gyermeke?" tétel, a „Milyennek találja gyermeke ideg- és lelkiállapotát?", és a „Mennyire érinti, vagy terheli meg a gyermekét az a probléma (ill. betegség) amely miatt intézetünkbe hozta?" tétel alkotja.
- A második faktor a kortárskapcsolatok nevet kapta, ugyanis a „Hogy jön ki gyermeke szabadidejében más gyermekekkel?" és „Mennyire tud gyermeke

önállóan tevékenykedni? (játéknál, érdeklődési területén, egyéb tevékenységekben?) tétel alkotja.

- A harmadik faktor az iskolai életminőséget tömöríti: „Milyennek találja gyermeke testi egészségét?" tétel és ellentétes előjellel az „Mennyiben tudja gyermeke az iskolai követelményeket teljesíteni?" tétel.

Mindezt az 7a és 7b. táblázat mutatja be.

7a. táblázat. A kommunalitás értékek – gondviselők – (Szentiványi és mtsai., 2017; Psychiatria Hungarcia, 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

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.

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

Mit mutat a három faktor?

- 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 skála értékei a gondviselőknél 69%-ban kerültek 50 pont fölé, ebből 7% (10 darab értékelő) becsülte a maximális 100 pontra, 0 pontos értékelés nincsen.

- 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 faktor*on. Egyetlen esetben sem adtak 100 pontos értékelést, ami a lehető legjobb értékelés. A legrosszabb életminőséget választotta egy értékelő választotta, tehát esetében minden válasz 0 pont volt.
- 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.

Együtt jár a három faktor?

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 ($r=-0,18$ $p=0,003$). Nem korrelálnak egymással a betegséggel kapcsolatos életminőség és az iskolában töltött idő mutatók.

A serdülők esetén: közepesen szorosan korrelál betegséggel kapcsolatos életminőség ($r=0,81$ $p<0,0001$) életminőség önértékelések válaszátlagával.

Befolyásolja az értékelést a gondviselő személye?

Az ILK kérdőíven azt elemezve, hogy mely gondviselő hogyan ítélte meg a gyermekének az életminőségét a következő értékeket találtuk:

- apák átlagosan 55 (SE=5,4; SD=13,55) pontra
- az anyák átlagosan 46 (SE=1,8; SD=14,07) pontra
- más gondviselők 50 (SE=2,07; SD=14,10) pontra értékelték.

Egyszempontos varianciaanlizissel 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 8.b táblázat bemutatja az ILK gondviselők által adott értékelések faktorstruktúráját.

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

	1. faktor Betegséggel kapcsolatos	2. faktor Kortárskapcsolatok	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

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

A serdülők önértékelése az életminőségükről:

A kibontakozó faktorstruktúrába nem illeszkedtek az alacsony kommunalitás értékek miatt az ILK kérdőív serdülő verziójának a „*Mennyire tudod az iskolai követelményeket teljesíteni?”,* “*Milyen a kapcsolatod a családod többi tagjával (szüleiddel, testvéreiddel)?”* és “*Hogyan jössz ki szabadidődben a kortársaiddal?”* tételei. Így két faktort kaptunk:

- Az első faktorba az ILK kérdőív serdülő verziójának *a “Milyennek gondolod a testi egészséged?”, Milyennek gondolod az idegi- lelki állapotod? (Érzések, idegesség, hangulat)?* valamint a *“Ha ezeket a kérdéseket összefoglalva értékeled, hogy vagy Te úgy összességében mostanában?”* tétel került, emiatt az általános közérzet elnevezést kapta a faktor.
- A második faktorba ellentétes előjellel került be a “*Hogyan tudod egyedül elfoglalni magad? (Játék, más érdeklődés, tevékenységek)?”* item és a *Mennyire érint, vagy terhel meg téged az a probléma (vagy betegség) ami miatt hozzánk jöttél?*, emiatt az önállóság a betegségben faktornak nevezzük.

Ez az 8.a. és 8.b. táblázatban illusztrálva látható, melyet a Szentiványi és munkatársai (2017), Psychiatria Hungarica 335. oldalán is megtalálunk.

8.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

8.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 választotta a lehető legrosszabb, azaz minden esetben a 0 pontos életminőség értékeket. Az általános közérzet mutató átlaga 46±1,9.
- *Az önállóság mutatón* a serdülők 63% -a körében került 50 pont fölé az életminőség, szintán egyetlen esetben ítélte 100 pontosnak az életminőségét a serdülő, valamit három darab 0 pontos értékelést is érkezett. Az önállóság a betegségben mutató átlaga 52 ±1,6.

A serdülők és a gondviselők értékelésének összehasonlítása

A serdülők és gondviselőik értékeléseit összehasonlítva gondviselők átlagban 49,56 (SD=14,30) pontra értékelték a gyermeikek 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. Az édesanyák, édesapák és egyéb gondviselők értékeléseinek együttjárását a 10. táblázatban szemléltetem.

9. táblázat. A gyermekek értékeléseinek együttjárása a különböző gondozókkal (Szentiványi és mtsai., 2017; Psychiatria Hungarica 337. oldal)

		Minden gondviselő	Anya	Apa
Iskola	*korrelációs együttható*	0,408	0,412	0,334
	szignifikancia szint	0,000	0,001	0,062
Család	*korrelációs együttható*	0,570	0,634	0,493
	szignifikancia szint	0,000	0,000	0,004
Kortárskapcsolat	*korrelációs együttható*	0,265	0,335	0,237
	szignifikancia szint	0,002	0,008	0,191
Egyedüllét	*korrelációs együttható*	0,290	0,142	0,440
	szignifikancia szint	0,001	0,273	0,012
Testi egészség	*korrelációs együttható*	0,427	0,417	0,698
	szignifikancia szint	0,000	0,001	0,000
Idegi -lelki állapot	*korrelációs együttható*	0,343	0,462	0,219
	szignifikancia szint	0,000	0,000	0,229
Általános életminőség	*korrelációs együttható*	0,486	0,539	0,449
	szignifikancia szint	0,000	0,000	0,010
Betegség	*korrelációs együttható*	0,296	0,542	0,085
	szignifikancia szint	0,000	0,000	0,642
Kezelések	*korrelációs együttható*	0,194	0,128	0,069
	szignifikancia szint	0,022	0,320	0,708

4.3 **Második vizsgálat**

A második lépésben a viselkedési zavarral diagnosztizált serdülők életminőségét nemi különbségek szempontjából elemeztem. A viselkedési zavarral diagnosztizált serdülők és szüleik általi, az ILK kérdőíven kapott beszámolók leíró statisztikai adatait a 10. táblázat mutatja be, mely a Psychiatria Hungarica lapban közlésre elfogadott cikkben található:

10. táblázat: A viselkedési zavar diagnózisú serdülők életminősége az ILK kérdőív alapján (N=34)

Életminőség domének az ILK kérdőív alapján	Szülő értékelése (átlag ± szórás)	Serdülők önértékelése (átlag ± szórás)
Iskola	2,43±1,17	2,88±1,00
Család	2,82±0,96	3,29±1,12
Kortárs kapcsolatok	3,05±0,90	4,09±1,00
Szabadidős tevékenységek	3,32±1,09	3,83±1,05
Testi egészség	3,82±1,05	3,25±0,94
Mentális egészség	1,95±0,79	2,38±0,92
Általános életminőség	2,32±0,78	3,08±1,02
Összesített életminőség	19,71±3,82	22,78±4,31
Betegség miatti terhelés	2,29±1,10	3,32±1,21
Kezelés miatti terhelés	3,45±1,05	4,14±0,89
Szülő terheltsége (mentális zavar)	2,48±0,98	-
Szülő terheltsége (kezelés)	3,00±1,02	-

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 fiú vagy 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.

4.4 **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 követlemények: 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 komrobid 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.

4.5 **Negyedik vizsgálat**

Végül pedig szerettem volna felmérni azt is, hogy az oppozíciós és viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttesként hogyan befolyásolja az életminőséget.

A gyermek M.I.N.I. 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 M.I.N.I. alapján a viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttese.

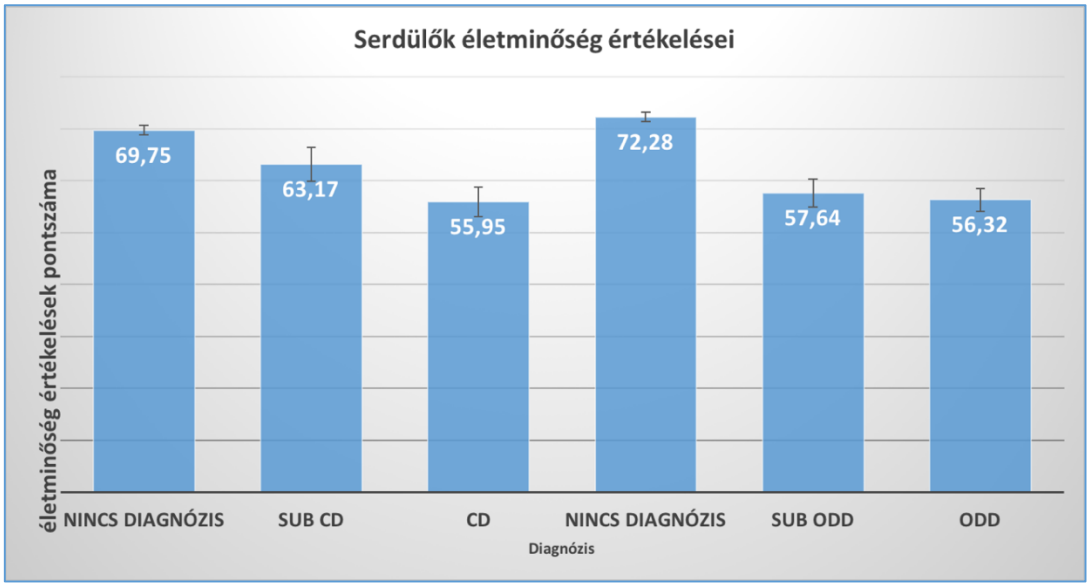
A gyermek M.I.N.I. szerint oppozíciós zavar 54 serdülő (49,2% fiú és 51,8% lány) esetében, míg az oppozíciós zavar küszöb alatt formája 89 serdülő esetén áll fent (48,3% fiú és 57,1% lány) a gyermek M.I.N.I. alapján.

Milyen kapcsolatban van az életminőség és a viselkedési zavar, valamint a viselkedési zavar küszöb alatti tünetegyüttese?

A serdülők életminőség önértékelései:

- A viselkedési zavaros serdülők (M=55,95 SD=14,89) sziginifkánsan 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.

  Az adatokat a 2. Ábra szemlélteti, melyet a elbírálás alatt álló cikkemből vettem át:



(sub CD= küszöb alatti viselkedési zavar; CD=viselkedési zavar; SUBODD= küszöb alatti oppozíciós zavar; ODD= oppozíciószavar)

2. ábra: A serdülők által adott életminőség értékelések (Szentiványi és mtsai., elbírálás alatt)

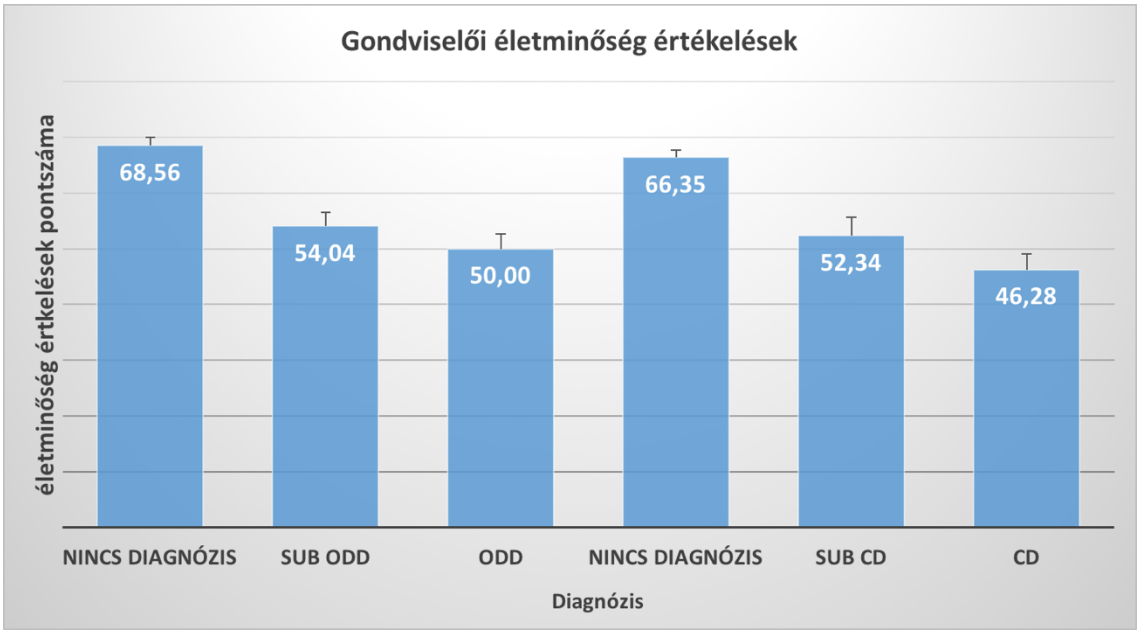
A gondviselők értékelései a gyermekük életminőségéről:

- 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).
- Az 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 (68,56 SD=19,00).

- Nem mutattak szignifikáns különbséget az oppozíciós zavarral és az oppozíciós zavar küszöb alatti tünetegyüttesével érintett serdülők gondviselőink életminőség értékelései.

A gondviselők értékeléseinek adatait a 3. Ábra mutatja, melyet szintén az elbírálás alatt álló cikkemből vettem át.



(sub CD= küszöb alatti viselkedési zavar; CD=viselkedési zavar; SUBODD= küszöb alatti oppozíciós zavar; ODD= oppozíciószavar)

3. ábra a gonddviselők által adott életminőség értékelések (Szentiványi és mtsai., elbírálás alatt)

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 tekintjük, akkor 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). Az eredmények alapján látható, hogy a vizsgáltba bevont serdülők többségének a kezelések általi nehézségek, valamint az egyedül eltöltött idő nem okoz életminôség csökkenést. A viselkedési zavaros gyermekek esetén gyakran jelentkeznek kortárskapcsolati nehézségek, melyek korábbi vizsgálatok alapján szinte olyan jelentősek, akár az autizmus spektrumzavar enyhe formája esetén (Coie és Dodge, 1998; Green és mtsai., 2000; Bolger és Patterson, 2001), így elképzelhető, hogy a serdülők szívesebben töltik az idejüket egyedül, mint a kortársakkal. Emellett azt gondolom, hogy ennek az eredménynek az értelmezésekor, figyelembe kell vennünk azt is, hogy a serdülők életében jelentős szerepet töltenek be a számítógépek, mobiltelefonok, melyekkel a fizikai térben egyedül játszanak, mégis mindeközben a virtuális térben kapcsolatban vannak egymással (Lenhart, 2015; Kelly és mtsai., 2019). A serdülők internethasználatáról hazai adatokat Durkee és munkatársai (2012) közöltek a SEYLE vizsgálat keretein belül. Vizsgálatukban 1009 budapesti gimnazista fiatalt vontak be egy nemzetközi kutatásba, összesen 12395 európai fiatal közé (Durkee és mtsai., 2012). Eredményeik szerint a magyar serdülők 1,6%-a problémás internethasználó, 8,9%-a pedig a kevéssé problémás, az átlagnál többet internetező, maladaptív használó, a SEYLE vizsgálatba bevont tanulók közül több maladaptív internethasználó nőnemű, ám a patológiás használók többnyire férfiak. Amennyiben lakhely szerint nézték az eredményeket, kiderült, hogy mind a maladaptiv, mind a patológiás csoport tagjai inkább a metropoliszokban élnek (Durkee és mtsai., 2012). A "Working in Europe to Stop Truancy Among Youth (WE-STAY)" elnevezésű nemzetközi, 8807 serdülővel zajló kutatás során a fiatalok 93.3% bizonyult átlagos internet használónak, 3,6%-uk problémás internetes játék használónak, tönnyire fiúk; és 3,1%-uk használta ugyancsak problémásan az internetet, de nem játékra, többnyire lányok kerültek az utóbbi csoportba (Strittmatter és mtsai., 2015). Emellett Strittmater és munkatársainak (2015) fontos, saját doktori munkám eredményeit is magyarázó adata, hogy szignifikánsan magasabb pontot ért el a problémás internethasználók mindkét csoportja a viselkedési problémák skálán, mint az internetet adaptívan használó serdülők. Hazai kutatócsoport vizsgálatai alapján elmondható, hogy a problémás internethasználat megjelenését elősegítheti az, hogy az internet segítségével próbálnak új kapcsolatokat létesíteni a megkérdezettek (Nyikos, Szeredi, Demetrovics, 2001; Demetrovics, Szeredi, Nyikos, 2004). Ennek megfelelően a kapcsolati problémákkal érintett viselkedési zavaros serdülők esetén felmerülhet, hogy

az interneten probálnak barátságokat kötni (Booker és mtsai., 2018). Az elkövetkező kutatásokban fontos lenne olyan mérőeszközt választani, mely differenciálja az egyedül töltött idő minőségét, illetve rákérdez a problémás internethasználatra is, így részletesebb képet kaphatnánk arról, hogy a komorbid zavarok mellett milyen háttértényezők, illetve adaptív vagy nem adaptív megküzdési stratégiák befolyásolják az életminőség értékelést. 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 megítéléssel 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. A klinikumban, munkám során is gyakran tapasztalom, és orvos kollegákkal (többek között témavezetőmmel is) átbeszélve is gyakori probléma, hogy a szülők nem szívesen fogadják el ADHD esetében a felajánlott, evidencián alapuló, szakmai irányelvkben leírt kezelést (EMMI, 2017). Doktori munkám ezen eredménye segítheti a klinikusok munkáját, hogy a gyerekeknek és szüleiknek alátámasszák, elmagyarázzák a kezelés fontosságát.

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 hívja fel a figyelmet azon eredményünk, melyek szerint a serdülők szignifikánsan rosszabbnak értékelték az életminőségüket, mint a gondviselőik.

Fontos kiemelnem, hogy a bemutatott eredmények klinikai adatfelvételből származnak, ugyanis az, hogy klinikai mintát vontunk be vizsgálatunkba, ugyancsak befolyásoló tényező lehet: a szakirodalmi adatok szerint iskolába járó gyermekek szülei jobbnak, míg a pszichiátriai kezelés során bevont gyermekek szülei rosszabbnak értékelték a gyermekeik életminőségét, mint önmaguk a gyermekek (Jozefiak és mtsai., 2010). A

felnőtt pszichiátriában ismert fenomenon, miszerint jobb az ambuláns ellátást kapó betegek életminősége, mint a bentfekvőké (Kasckow és mtsai., 2001), aminek oka lehet természetesen, hogy a hospitalizálás maga egy súlyosabb állapotot jelent. A gyermekpszichiátriában az ambuláns ellátás van jelen nagyobb arányban, a korábbi hospitalizáció, a serdülőkor, a droghasználat, viselkedési zavar, hangulatzavarok indokolják első sorban az osztályos felvételt (Pottick és munkatársai., 1995). A felsorolt állapotok pszichés megterhelése mellett a serdülők esetén külön nehézségeit okozhat, hogy a kezelés miatt huzamosabb ideig kikerülnek a kortársközösségből, az iskolai közegből, valamint pszichiátriai ellátás stigmatizáltsága is csökkenheti az életminőséget.

Magyar adatokkal összehasonlítva eredményeinket érdekes összefüggést találunk: Kiss és munkatársai (2007) a jelenleg bemutatott kutatásban is használt ILK mérőeszközzel hasonlították össze 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. Fordított eredményt kaptak ezzel szemben a depresszió diagnosztikus küszöbét át nem lépő gyermekek és gondviselőik életminőség értékelése esetén, ugyanis ekkor az édesanyák értékelték gyermekeik életminőségét jobbnak, mint a gyermekek önmaguk. A saját- és az említett kutatócsoport (Kiss és mtsai., 2007) eredményeinek összehasonlítása felveti a kérdést, hogy a látható tünetek címkézése hogyan befolyásolja az életminőség értékeléseket. Az internalizáló zavarok közé tartozó a depressziót klasszikusan a gondviselők számára nehezebben észlelhető zavarok közé soroljuk, emiatt a szülők és a gyermekeik értékelésében nagyobb különbséget észlelhetünk, az externalizáló zavarok tünetei könnyebben észrevehetőek a gondviselők számára, azonban ezek tüneteit gyakran rossz magaviseletnek értékelhetik és nem merül fel a külső értékelőkben, hogy a gyermek esetén fennáll valamilyen lelki probléma, mely befolyásolná az életminőséget.
Dolgozatomban megerősítem a hazai eredményeket, miszerint az anyák értékelése szignifikánsan együttjár a gyermekeik életminőség megítélésével (Kiss és mtsai., 2007). Munkám során vizsgáltam azt is, hogy az apák értékelései mennyire járnak együtt a gyermekeikével, ekkor gyengébb együttjárást, tendencia szintű kapcsolatot találtunk.
Munkám első fázisa megerősítette azt, hogy a gyermekek és gondviselőik értékeléseiben különbségeket találunk, melyeket a kirajzolódó faktor-struktúra részben magyaráz. Mindennek gyakorlati jelentősége az, hogy a serdülők és gondviselők az életminőségnek a eltérő területeit veszik figyelembe az értékelések során, emiatt gyakorlati

szakemberként fontos az életminőség minden területét, minden értékelőtől végigkérdezni, ahelyett, hogy egy átfogó értékelés alapján vonnánk le következtetéseket.

5.2 Második vizsgálat: Az életminőség értékelések nemi különbségei

Nemi arányok

Ahogyan az a Bevezetőben bemutatott szisztematikus keresés eredményeiből is látható, 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 tendencia szinten rosszabb testi egészségről, szignifikánsan pedig rosszabb családi kapcsolatokról, összesített és általános életminőségről számoltak be, mint a fiúk; megerősítik a korábbi externalizaló gyermekek közül az ADHD diagnozisúakat vizsgáló kutatások szakirodalmi adatait (Dallos és mtsai., 2014; Jozefiak és mtsai., 2010).

Amennyiben a gondviselői értékeléseket elemezzük, szintén látható, hogy a gondviselőik a lányok esetén tendencia szinten gyakrabban számoltak be arról, hogy gyermekük számára megterhelést jelentenek a viselkedési zavar tünetei és a kezelések, mint azok, akik fiú gyermeket nevenek. 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

Disszertációmban ismertetett 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 szülők értékeléseit vizsgálva, szintén láthattuk a komorbid zavarok károsító hatásait, 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 értékelésekben megjelenő alacsonyabb iskolai életminőség oka magában az oppozíciós zavar természetében is keresendő, ugyanis ezen zavar tünete az engedetlen, dacos viselkedés, illetve a felnőttek kérésének való gyakori ellenszegülés (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).

Eredményeim fontos információt szolgáltathatnak a terápiák tervezéséhez, ugyanis nem csak arra hívják fel a figyelmet, hogy a gyermekek értékeléseit is figyelembe kell venni, hanem azt is felvetik, hogy az életminőség mely területein érdemes a serdülők önbeszámolójára, és mely területen a szülők megítélésére támaszkodnunk. Eredményeink kiterjeszthetőségét 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. A bemutatott eredmények, melyek szerint a viselkedési- és az oppozíciós zavar, valamint ezeknek küszöb alatti tünetegyüttese is életminőség csökkenéssel jár együtt a szülői értékelések és a gyermek önértékelések szerint is, új eredmény a diszruptív impulzuskontroll és viselkedés zavarok közé tartozó kórképek szubklinikus formáinak vizsgálata területén.

A bemutatott vizsgálatok megerősítik azokat a korábbi kutatásokat, melyek alacsonyabb életminőséget találtak az oppozíciós zavar vagy a viselkedési zavar fennállása esetén (Bussing és mtsai., 2010; Schei és mtsai., 2013) a serdülők és gondviselőik esetén. Egyes kutatások az oppozíciós- és viselkedési zavar fenállása esetén csak a gyermekek

értékeléseiben találtak szignifikáns életminőség csökkenést (Schei és mtsai., 2015), míg mások csak a szülők értékeléseiben (Schubert és mtsai.,2003; Craig és mtsai., 2017; Achenbach és mtsai., 1991). Összegezve az oppozíciós- és a viselkedési zavar alacsonyabb életminőséggel jár együtt.

Lewinson és munkatársai (2004) közleményükben úgy határozták meg a küszöb alatti viselkedési zavart, hogy a kórkép legalább két tünete jelentkezzen, és az vizsgálatban résztvevől anamnézisában ne szerepeljen viselkedési- vagy oppozíciós zavar. Kutatásom során nem volt lehetőségünk anamnézist felvenni a szülőkkel, így nem volt információnk arról, hogy a serdülők a múltban érintettek voltak a zavarok diagnosztikus küszöböt meghaladó formáival. 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 disztresszt 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. Annak ellenére, hogy arról számoltak be, hogy az oppozíciós- és a viselkedési zavar tünetei nem okoznak nekik problémát, a zavarok küszöb alatti tünetegyüttesével élő serdülők is alacsonyabb életminőségről számoltak be, ahogyan a gondviselőik is. Ezen eredmény rávilágít arra, hogy a serdülőkori viselkedési problémák anélkül, hogy a serdülőkben kognitív szinten megjelenne szenvedésnyomás, rosszabb életminőséget, tehát valamilyen funkcióromlást eredményezhetnek. De Los Reyes és munkatársai (2015) javasolják, hogy klinikai munka és a kutatások során érdemes könnyen megfigyelhető viselkedési egységekről információt kérni, hiszen ez nem csak az értékelők közötti különbségek miatt, hanem az információk interpretálása, a kognitív torzítások elkerülése miatt is fontos lehet.

Steinhausen és munkatársai (2006) eredményei szerint amennyiben az ADHD mellett fennálltak az komorbid oppozíciós- és viselkedési zavar tünetei szignifikánsan alacsonyabb életminőségről számoltak be a szülők. 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. Amennyiben dimenzionális változóként kezeltük az oppozíciós- és a viselkedési zavar tüneteit, akkor nem jelent meg az alacsonyabb életminőség sem a gyermekek, sem a gondviselőik esetén (Dallos és mtsai., 2014). Büttner és munkatársai (2011) viszont azt találták, hogy a gyermekek értékeléseit figyelembe véve, a viselkedési problémák alacsonyabb életminőséggel járnak együtt. Ezt az összefüggés nem jelent meg a szülői beszámolókat értékelve (Büttner és mtsai., 2011).

Doktori munkám során kapott eredmények megerősítik azt a vélekedést, hogy mind a kategorikus, mind a dimenzionális megközelítést használni kell az életminőség értékelések során (Dallos és mtsai., 2014).

6. Áttekintő megbeszélés

6.1 Doktori munkám során kapott új eredményként elismerhető:

- megerősítik azon vizsgálatokat, melyek szerint a klinikai pszichológia és a gyermekpszichiátria területén különbségeket találunk a gyermekek és gondviselőik értékeléseiben (Bussing és mtsai.,2010; De los Reyes és Kazdin, 2005; Dallos és mtsai., 2014; Ooi és mtsai., 2006; Lavigne és mtsai., 2015; Rescorla és mtsai., 2017; Schei és mtsai., 2013). Ezzel ellentétes eredményeket kollektív kultúrákban végzett kutatásokban találhatunk (Wang és mtsai., 2014).
- összhangban állnak azon kutatásokkal, melyek szerint különbséget találunk a gyermekekről adott életminőség értékelésekben aszerint, hogy az anya, az apa vagy egyéb gondviselő az értékelő (Duhig és mtsai., 2000; Kazdin és mtsai., 1983; Renouf, és Kovács, 1994). Tekintve, hogy internalizáló és externalizáló zavarokat egyaránt vizsgálnak a tanulmányok, továbbra is kutatásra érdemes a téma, ugyanis nincsen elég evidencia az externalizáló zavarok esetén.

Érdekes, hogy a szakirodalmi adatok alapján, az externalizáló zavarok esetén, melyek közé az oppozíciós- és a viselkedési zavar is tartozik, nagyobb együttjárás tapasztalható a szülők és gyermekeik értékelése esetén, mint az internalizáló zavaroknál (Achenbach és mtsai., 1987; Duhig és mtsai., 2006; De Los Reyes és mtsai., 2017). Doktori munkám során ezt az együttjárást abban az eseten tapasztaltam, amikor az oppozíciós- és a viselkedési zavar, valamint küszöb alatti tünetegyüttesük és a zavarral nem értintett gyermekek életminőség értékeléseinek összehasonlítását végeztem.

- Az oppozíciós- és a viselkedési zavar, valamint küszöb alatti tünetegyüttesük is szignifikánsan rosszabb életminőséggel jár együtt, a küszöb alatti tünetegyüttes és az oppozíciós- és a viselkedési zavar diagnosztikus küszöb kimerítő formái között nem szignifikáns különbség az életminőség romlásban.
- Eredményeim szerint több lány gyermek érintett mind az oppozíciós zavarral, mind a viselkedési zavarral és ezek küszöb alatti tünetegyüttesével. Eredményeinket magyarázhatja az, hogy a viselkedési zavarral érintett fiúk kevésbé kooperatívak egy önkéntes kutatás során. Az oppozíciós zavar esetén enyhe fiú túlsúlyról ír a szakirodalom, mely a serdülőkorra kiegyenlítődik (APA, 2013), így eredményeim egybecsengenek a szakirodalmi forrásokkal. A viselkedési zavar esetén többnyire férfi túlsúlyt találunk az irodalmat áttekintve (APA, 2013; Baastiansen és mtsai., 2004; NICE, 2013). Eredményeim Murray és munkatársainak (2013) összefoglaló tanulmányában megjelentekkel állnak összhangban, ugyanis közleményük szerint a férfi dominancia nem minden esetben jelentkezik a viselkedési zavarnál (Murray és mtsai., 2013). A viselkedési zavar férfi túlsúlyát kapcsolhatjuk környezeti tényezőkhöz, ugyanis a férfiak esetén több egyéni rizikófaktor jelentkezhet (NICE, 2013). Emellett egyes eredmények szerint a gondviselők agresszívabbnak értékelték fiú gyermekeiket, mint a lányaikat (Costello és mtsai., 1996, Lahey és mtsai., 2000), azonban amennyiben a gyermekek és a szüleik értékelését is figyelembe vesszük a nemi különbség, ahogyan az életkori is, eltűnik a viselkedési problémákról szóló beszámolókból (Moffitt és mtsai., 2008). Moffitt és Caspi (2001) megjegyzi, hogy a lányok gyakran a serdülőkorban kezdenek antiszociális magatartásba.

6.2 **A bemutatott eredményeknek gyakorlati jelentősége:**

- Doktori munám során végzett kutatás eredménye, mely szerint eltér az életminőség megítélése a gyermekeknek és gondviselőiknek, valamint a gondviselő személye is befolyása az életminőség értékelések összhangját a gyermekével, felhívják a figyelmet arra, hogy lehetőség szerint minél több gondviselőt érdemes bevonni a vizsgálati és a terápiás folyamatba. Emellett a kutatások tervezésénél is fontos szempont lehet az, hogy a gyermekekről minél több gondozótól gyűjtsünk adatot.

- Emellett fontos azt is kiemelnem, hogy a bemutatott vizsgálat eredménye szerint a serdülők maguk is releváns információkat szolgáltatnak a viselkedési problémáikról, akkor is, ha ezek következményeit alulbecsülik.
- Különösen fontos lehet a küszöb alatti tünetegyüttesek esetén bevonni a serdülőket és vizsgálni az életminőségüket is, ugyanis az életminőség romlás akkor is jelentkezik, amikor a diagnosztikus kritériumok nem kimeríthetőek. Ez az életminőség csökkenés a gondviselők esetén is jelen volt, így a küszöb alatti oppozíciós- és viselkedési zavar károsító hatása a családtagok számára is észlelhető. Emiatt a küszöb alatti tünetegyüttes mindenképpen szakszerű odafigyelést igénylő állapot.

6.3 **Limitációk:**

Doktori munkám eredményei az alábbi limitációk figyelembevételével értelmezhetőek.

- 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 doktori munkám keretein belül 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 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, amennyiben hirtelen változott a serdülők órarendje, akkor nem jelentek meg az

előre megbeszélt adatfelvételi időponton, valamint az iskolán kívüli elfoglaltságaik miatt nehezen lehetett velük új időpontot egyeztetni. Továbbá a szülők gyakran nem voltak annyira motiváltak a kutatásban való részvételben, mint a gyermekeik, így kevésbé voltak kooperatívak az adatfelvétel során.

6.4. Kitekintés

- Kutatócsoportunk tervezi a minta utánkövetését, hogy az életminőség és az oppozíciós zavar, valamint a viselkedési zavar megléte között ok-okozati viszonyt is vizsgálhassuk. Emellett fontosnak tartom követni, hogy a küszöb alatti tünetegyüttesek milyen tényezők hatására szűnnek meg, vagy lesznek a diagnosztikus kritériumot kimerítő kórképek.
- Érdemes lenne a komorbid zavarok, és a komorbid küszöb alatti tünetegyüttesek hatását is vizsgálni az életminőségre.
- A klinikai munkához is fontos eredményeket szolgáltatna annak felmérése, hogy milyen tényezők magyarázzák azt, hogy a gondviselők közül mely életterületet értékelik a gyermekekhez hasonlóan az anyák, és mely életterületet az apák.
- Fontos lenne a jelenlegi és az anamnézisben fennálló szülői mentális zavaroknak a hatását felmérni az életminőségértékelésekkel kapcsolatban. Korábbi szakirodalmi közleményekben azt találták, hogy szignifikánsan több viselkedési zavaros tünetekről számoltak be a depressziós és szorongó anyák, mint a zavarral nem diagnosztizált hozzátartozók vagy maguk a gyermekek (Najman és mtsai., 2000; Chilcoat és Breslau, 1997).
- További vizsgálatokat igényel annak megállapítása, hogy mely tényezőkkel hozható kapcsolatba az, hogy nem jelentkezik az életminőség egyes területein a romlás. Fontos feltérképezni, hogy a jobb életminőséget mely védőfaktorok segítenek megtartani.
- Feltételezhető, hogy nem csak a főhatás révén, hanem komorbid zavarként, moderátor változóként is kapcsolatban vannak az életminőség értékelésekkel az oppozíciós- és viselkedési zavarok (Baastiansen és mtsai., 2004; Dallos és mtsai., 2014). Érdemes lenne nagyobb mintán a különböző pszichiátriai zavarok életminőség csökkentő hatását részletesebb modelleken is elemezni. Kutatásomat

szeretném kiterjeszteni, kiemelt figyelemmel az oppozíciószavar és a viselkedési zavarral komorbid internalizáló zavarok életminőségre való befolyásával.

7. Összefoglalás

Öszefoglalóan 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 küszöb átlépő formái között nem 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.

Összefoglalóan elmondható, hogy doktori munkám eredményei lényeges információval szolgálnak, mind a gondviselő-gyermek értékelések különbségeiről, mind arról, hogy a nemi különbségeket figyelembe véve, az életminőség mely területeit károsítja a viselkedési zavar és a vele komorbid oppozíciós zavar. 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).

Irodalomjegyzék:

Aaronson, N., K. (1988) Quality of life: What is it? How should it be measured? *Oncology* 2:69-74.

Achenbach, T. M. (2011) Commentary: Definitely more than measurement error: But how should we understand and deal with informant discrepancies? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 40*: 80– 86. doi:10.1080/15374416.2011.533416

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

Afifi, T.,O., Boman, J., Fleisher, W., Sareen, J. (2009) The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse & Neglect, 33*:139-147.

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

Alsobrook, J. P., & Pauls, D. L. (2000) Genetics and Violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *9*(4), 765-776. doi:10.1016/s1056-4993(18)30091-9

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition: DSM-5* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.

Argawal, R., Goldenberg, M., Perry, R., Ishak, W., W. (2012) The quality of life of adults with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *Innovations in Clinical Neuroscience, 9* (5): 10–21.

Arseneault, L., Kim-Cohen, J., Taylor, A., Caspi, A., Moffitt, T., E. (2005) Psychometric evaluation of 5- and 7-year-old children's self-reports of conduct problems. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33,* 537–550.

Azadyekta, M. (2011). Prevalence of Conduct Disorder among Elementary Students in Tehran City. Procedia - *Social and Behavioral Sciences, 29,* 693-702. doi:10.1016/j.sbspro.2011.11.294

Barneveld, P. S., Swaab, H., Fagel, S., van Engeland, H., de Sonneville, 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.comppsych.2013.08.001

Barry, C. T., Pickard, J. D., Ansel, L. L. (2009) The associations of adolescent invulnerability and narcissism with problem behaviors. *Personality and Individual Differences, 47*(6), 577–582.

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

Bakker, M., J., Greven, C., U., Buitelaar, J., K., Glennon, J. C. (2016). Practitioner Review: Psychological treatments for children and adolescents with conduct disorder problems - a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(1), 4–18. doi:10.1111/jcpp.12590

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

Balazs, J., Miklosi, M., Kereszteny, A., Hoven, C., W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J., P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P., A., 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. *Journal of Child psychology and Psychiatry, 54* (6): 670-677.

Berkes, A., Pataki, I., Kiss, M., Kemény, C., Kardos, L., Varni, J., W., Mogyorosi,, G. (2010) Measuring health related quality of life in Hungarian children with heart disease: psychometric properties of the Hungarian version of the Pediatric Quality of Life Inven tory 4.0 Generic Core Scales and the Cardiac Module. *Health and Quality of Life Outcomes, 28,* 8–14.

Biederman, J., Petty, C., R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M. C., Faraone, S., V. (2008) The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: Findings from a controlled 10-year prospective longi-tudinal follow-up study. *Psychological Medicine, 38*, 1027-1036.

Biederman, J., Petty, C., R., Monuteaux, M., C., Mick, E., Parcell, T., Westerberg, D., Faraone, S., V. (2008) The longitudinal course of comorbid oppositional defiant disorder in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: Findings from a controlled 5-year

prospective longitudinal follow-up study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 29,* 501 -507.

Biederman, J, Petty, C., R., Evans, M., Small, J., Faraone, S.,V. (2010) How persistent is ADHD? A controlled 10-year follow-up study of boys with ADHD. *Psychiatry Research, 177*:299-304.

Blonigen, D., M., Hicks, B., M., Kruger, R., F., Patrick, C., P., Iacono, W., G. (2006). Continuity and change in psychopathic traits as measured via normal-range personality: A longitudinal-biometric study. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 85–95.

Blum H., M., Boyle, M., H., Offord, D., R. (1988) Single-parent families: child psychiatric disorder and school performance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27* (2):214–219.

Boden, J., M., Fergusson, D., M., Horwood, L., J. (2010) Risk Factors for Conduct Disorder and Oppositional/Defiant Disorder: Evidence from a New Zealand Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(11), 1125-1133. doi:10.1016/j.jaac.2010.08.005

Bolger, K., E., Patterson, C., J. (2001) Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development, 72*, 549–568

Bonnín, C., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Solé, B., Reinares, M., Rosa, A., … Torrent, C. (2012) Subthreshold symptoms in bipolar disorder: Impact on neurocognition, quality of life and disability. *Journal of Affective Disorders*, *136*(3), 650-659. doi:10.1016/j.jad.2011.10.012

Booker, J., A., Capriola-Hall, N., N., Dunsmore, J., C., Greene, R., W., Ollendick, T., H. (2018) Changes in maternal stress for families in treatment for their children with Oppositional Defiant Disorders. *Journal of Child and Family Studies, 27*(8):2552-2561.

Booker, C. L., Kelly, Y. J., Sacker, A. (2018). Gender differences in the associations between age trends of social media interaction and well-being among 10-15 year olds in the UK. *BMC Public Health*, *18*(1). doi:10.1186/s12889-018-5220-4

Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., Szatmari, P. (2007) Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry 16,* 484–494.

Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G. (1997). Interparental con¯ict and youth problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Child & Family Studies, 6*, 223-247.

Buntrock, C., Ebert, D. D., Lehr, D., Smit, F., Riper, H., Berking, M., Cuijpers, P. (2016). Effect of a Web-Based Guided Self-help Intervention for Prevention of Major Depression in Adults With Subthreshold Depression. *JAMA*, *315*(17), 1854. doi:10.1001/jama.2016.4326

Burke, J. D., & Loeber, R. (2016) Evidence-based interventions for oppositional defiant disorder in children and adolescents. In L. A. Theodore (Ed.), *Handbook of Evidence-Based Interventions for Children and Adolescents*. New York: Springer Publishing Company. doi:10.1891/9780826127952.0015

Burke, J., D., Loeber, R., Lahey, B., B. (2007) Adolescent conduct disorder and interpersonal callousness as predictors of psychopathy in young adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 36,* 334–346. doi:10.1080/15374410701444223

Burke, J., D., Loeber, R., Mutchka, J., S., Lahey, B., B. (2002) A question for DSM-V: Which better predicts persistent conduct disorder--delinquent acts or conduct symptoms. *Criminal Behaviour and Mental Health, 1*2, 37-52.

Burke, J., D., Rowe, R., Boylan, K. (2014) Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55,* 264–272.

Burke, J., D., Waldman, I., Lahey, B., B. (2010) Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for DSM–V. *Journal of Abnormal Psychology, 119,* 739–751. doi:10.1037/a0019708

Burt, S., A., Krueger, R., F., McGue, M., Iacono, W., G. (2001) Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 516-525. doi:10.1037//0021-843x.110.4.516

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.

Button, T., M., M., Corley, R., P., Rhee, S., H., Hewitt, J., K., Young, S., E., Stallings, M., C. (2007). Delinquent peer affiliation and conduct problems: A twin study. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 554-564. http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.554

Canino, G., Alegría, M. (2008) Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(*3), 237-250. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01854.x

Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J., J., Rohde L., A., Frick. P., J. (2010) Does the Prevalence of CD and ODD Vary across Cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,45*(7): 695–704. doi:10.1007/s00127-010-0242-y.

Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T., E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., Poulton, R. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science, 297,* 851–854.

Caspi, A., Houts, R., M., Belsky, D., W., Goldman-Mellor, S., J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M., H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., Moffitt, T., E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders?. *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, *2*(2), 119–137. doi:10.1177/2167702613497473

Cavanagh, M., Quinn, D., Duncan, D., Graham, T., Balbuena, L. (2017) Oppositional Defiant Disorder Is Better Conceptualized as a Disorder of Emotional Regulation. *Journal of Attention Disorders*, *21*(5), 381–389. https://doi.org/10.1177/1087054713520221

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

Chilcoat, H., D., Breslau, N. (1997) Does psychiatric history bias mothers' reports? An application of a new analytic approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(7), 971–979.

Christian, R., E., Frick, P., J., Hill, N., L., Tyler, L., Frazer, D., R. (1997). Psychopathy and conduct problems in children: II. Implications for subtyping children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36,* 233–241.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., Maughan, B. (2007) Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect, 31*(3):211-229.

Costello, E., J., Angold, A., Burns, B., J., Erkanli, A., Stangl, D., K., Tweed, D., L. (1996) The Great Smoky Mountains Study of Youth. Functional impairment and serious emotional disturbance. *Archives of General Psychiatry. 53*(12):1137-43.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S, Velez, C., N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., Streuning, E., L. (1993) An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. I. Age-specific and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*(6):851–867.

Coie, J., D., Dodge, K., A. (1998), The development of aggression and antisocial behavior. In: *Handbook of Child Psychology, Vol 3: Social, Emotional, and Personality Development,* editor: Eisenberg N, New York: Wiley, 779–861.

Craig, S., G., Weiss, M., D., Hudec, K., L., Gibbins, C. (2017) The Functional Impact of Sleep Disorders in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders.* https://doi.org/10.1177/1087054716685840

Dadds, M. R., Fraser, J., Frost, A., Hawes, D., J. (2005) Disentangling the Underlying Dimensions of Psychopathy and Conduct Problems in Childhood: A Community Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 400-410. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.400

Dallos, Gy. (2015) *Gyermekpszichiátriai kórképek vizsgálata: Az életminőség és az ADHD vizsgálata.* Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, Magyarország

Dallos, Gy., Keresztény, Á., Miklósi, M., Gádoros, 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.

Dallos, Gy., Miklósi, M., Keresztény, A., Velő, Sz., Szentiványi, D., Gádoros, J., Balázs, J. (2017) 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 21*:(9) 721-730.

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.

Davis, E., Nicolas, C., Waters, E., Cook, K., Gibbs, L., Gosch, A., Ravens-Sieberer, U. (2007) Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: using qualitative methods to explain the discordance. *Quality of Life Research*, *16*(5), 863-871. doi:10.1007/s11136-007-9187-3

Davis, E., Nicolas, C., Waters, E., Cook, K., Gibbs, L., Gosch, A., Ravens-Sieberer, U. (2007) Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: Using qualitative methods to explain the discordance. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 16.* 863-871. 10.1007/s11136-007-9187-3.

De la Osa, N., Penelo, E., Navarro, J., B., Trepat, E., Ezpeleta, L. (2019). Prevalence, comorbidity, functioning and long-term effects of subthreshold oppositional defiant disorder in a community sample of preschoolers. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-019-01300-0

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

Demetrovics, Zs., Szeredi, B., Nyikos, E. (2004) A problémás internethasználat kérdőív bemutatása. *Psychiatria Hungarica, 19* (2) 141-160.

Dick, D. M., Bierut, L., Hinrichs, A., Fox, L., Bucholz, K. K., Kramer, J., Kuperman, S., Hesselbrock, V., Schuckit, M., Almasy, L., Tischfield, J., Porjesz, B., Begleiter, H., Nurnberger, J., Xuei, X., Edenberg, H., J., Foroud, T. (2006) The Role of GABRA2 in Risk for Conduct Disorder and Alcohol and Drug Dependence across Developmental Stages. *Behavior Genetics*, *36*(4), 577-590. doi:10.1007/s10519-005-9041-8

Dodge, K. A., Pettit, G., S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental psychology, 39*(2), 349–371.

Duhig, A., M., Renk, K., Epstein, M., K., Phares, V. (2000) Interparental agreement on internalizing, externalizing, and total behaviour problems: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7* (4) 435-453. doi:10.1093/Clipsy/7.4.435

Durkee, T., Kaess M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes,J., Brunner, R., Corcoran, P., Cosman, D., Cotter, P., Despalins, R., Graber, N., Guillemin, N., Haring, C.,Kahn, J-P., Mandelli, L., Marusic, D., Mészáros, G., Musa, G., J., Postuvan, V., Resch, F., Saiz, P., A., Sisask, M., Varnik, A., Sarchiapone, M., Hoven, C., W., Wasserman, D. (2012) Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction, 107,* 2210–2222.

Eapen, V., Crnecec, R. (2014) DSM 5 and child psychiatric disorders: What is new? What has changed?, *Asian Journal of Psychiatry (11)* 114-118. http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2014.04.008

Eaton, W., W., Badawi, M., Melton, B. (1995) Prodomes and precur- sors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. *American Journal of Psychiatry, 152.,* 967–972

Edens, J., F., Skeem, J., L., Cruise, K., R., Cauffman, E. (2001). Assessment of 'juvenile psychopathy' and its association with violence: A critical review. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 53–80.

Eiser, C., Morse, R. (2001) Quality of life measure in chronic diseases in childhood. *Health Technology Assessment, 5* (4) 1-157.

Eyberg, S., Nelson, M., Boggs, S. (2008) Update on Empirically Supported Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37,* 215−237

Dick, D., M., Viken, R., J., Kaprio, J., Pulkkinen, L., Rose, R., J. (2005) Understanding the Covariation Among Childhood Externalizing Symptoms: Genetic and Environmental Influences on Conduct Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, and

Oppositional Defiant Disorder Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(2), 219-229. doi:10.1007/s10802-005-1829-8

Fergusson, D., M., J., M., Boden (2010) "Classification of Behavior Disorders in Adolescence: Scaling Methods, Predictive Validity, and Gender Differences." *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4): 699-712.

Fergusson, D., M., Horwood, L., J., Lynskey, M., T. (1996) Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry;35*, 1365-1374.

Ferguson, B., J. Horecka, J. Printen, J. Schultz, B.J. Stevenson & G.F. Sprague, Jr. (1994) The yeast pheromone response pathway: new insights into signal transmission. *Cellular and molecular biology research,40*, 223-228.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. (1998) Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse and Neglect, 22,* 339-357.

Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R. (2004) Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 727–734.

Forbes, M., K., Tackett, J., L., Markon, K., E., Krueger, R., F. (2016) Beyond comorbidity: Toward a dimensional and hierarchical approach to understanding psychopathology across the life span. *Development and psychopathology*, *28*(4pt1), 971–986. doi:10.1017/S0954579416000651

Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003) The British child and adolescent mental health survey: the prevalence of DSMIV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42,* 1203–1211.

Fredrickson, B. L., Park, N. (2012) Positive psychology and quality of life. In K. C. Land, A. C. Michalos & M.J. Sirgy (Eds.), *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research*, doi: 10.1007/978-94-007-2421-1_5, Springer Science-Business Media B.V., 99.oldal

Frick, P., J., Bodin, S., D., Barry, C., T. (2000a) Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the psychopathy screening device. *Psychological Assessment*, *12*, 382–393

Frick, P., J., Cornell, A., H., Barry, C., T., Bodin, S., D., Dane, H., E. (2003) Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of abnormal child psychology, 31*(4), 457-470.

Frick, P. J., Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports, 8*(1), 59–72. doi:10.1007/s11920-006-0082-3

Frick, R., J., Kamphaus, R., W., Lahey, B., B., Loeber, R., Christ, M., A., G., Hart, E., L., Tannebaum, L., E. (1991). Academic underachievement and the disruptive behaviour disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 289–294.

Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A., Hanson, K. (1992) Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(1), 49-55. doi:10.1037/0022-006x.60.1.49

Garland, E., J., Garland, O., M. (2001) Correlation between anxiety and oppositionality in a children's mood and anxiety disorder clinic. *The Canadian Journal of Psychiatry, 46,* 953-958.

Georgiades, K., Lewinson, P., M., Monroe, S., M., Seeley, J., R. (2006). Major Depressive Disorder in Adolescence: The Role of Subthreshold Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(8), 936-944. doi:10.1097/01.chi.0000223313.25536.47

Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., Cox, A. (2000) Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders 30*(4):279-293

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

Goodman, R., Simonoff, E., Stevenson, J. (1995) The impact of child IQ, parent IQ, and sibling IQ on child behavioral deviance scores. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,36,* 409–425.

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.

Halász, J. (2015) Diszruptív, impulzuskontroll- és viselkedészavarok. In Balázs, J. és Miklósi, M. (Eds.). *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve.* (pp.167-177). Budapest: Magyarország: Semmelweis Kiadó

Harpold, T., Biederman, J., Gignac, M., Hammerness, P., Surman, C., Potter, A., Mick, E. (2007) Is oppositional defiant disorder a meaningful diagnosis in adults? Results from a large sample of adults with ADHD. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195,* 601-605.

Hill J. (2002) Biological, psychological, and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 43*:133–164.

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.

Jaffee, S., R., Caspi, A., Moffitt, T., E., Dodge, K., A., Rutter, M., Taylor, A., Tully, L., A. (2005). Nature × Nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. Development and Psychopathology, 17, 67-84

Jekkel, É., Magyar, K. (2007). Az életminőség vizsgálata - Áttekintő tanulmány. *Psychiatria Hungarcia, 22*(1), 20–32.

Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L., Mattejat, 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., Mattejat, 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.

Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel, F. S., Lesser, M. L., Labruna, V. E. (1998) Adolescent Physical Abuse: Risk for Adolescent Psychiatric Disorders. *American Journal of Psychiatry*, *155*(7), 954-959. doi:10.1176/ajp.155.7.954

Kazdin, A. E. (1985) *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Dorsey Pr.

Kazdin, A., E., French, N., H., Unis, A., S. (1983) Child, mother, and father evaluations of depression in psychiatric inpatient children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *11*(2), 167-179. doi:10.1007/bf00912083

Kasckow, J., W., Twamley, E., Mulchahey, Carrollab, B., Sabaia, M., Strakowskia, M., S., Pattersonc, T., Jestec, D., V: (2001) Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients, *Psychiatry Research,* 103, 69-78.

Karimi, M. Brazier, J. (2016) Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics, 34* (7). pp. 645-649. ISSN 1170-7690 https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9

Kasen, S., Cohen, P., Brook, J., S. (1998). Adolescent School Experiencesand Dropout, Adolescent Pregnancy, and Young Adult Deviant Behavior. *Journal of Adolescent Research*, *13*(1), 49–72. https://doi.org/10.1177/0743554898131004

Keenan, K., Loeber R., Green S. (1999) Conduct disorder in girls: A review of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review, 2,* 3–19.

Keenan, K., Wroblewski, K., Hipwell, A., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2010) Age of onset, symptom threshold, and expansion of the nosology of conduct disorder for girls. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 689-698.http://dx.doi.org/10.1037/a0019346

Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C., Sacker, A. (2019) Social media use and adolescent mental health: Findings from the UK Millennium Cohort Study. *EClinical Medicine*.

Keyes, C.,L.,M., Fredrickson, B.,L., Park, N. (2012) Positive Psychology and the Quality of Life. In: Land K., Michalos A., Sirgy, M. (eds) *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research*. Springer, Dordrecht

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

Kroes, M., Kalff, A., C., Kessels, A.,G., H., Steyaert, J., Feron, F.J.M., van Someren, A.J.,W., Hurks, P.,P., M., Hendriksen, J.,G.,M., van Zeben, T.,M.,C.,B., Rozendaal, N., Crolla, I.,F.,A.,M., Troose, J., Jolles, J., Vles, J., S.,H. (2001) Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch school children aged 6 to 8 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40,* 1401–1409.

Koot, H., M. (2001) The study of quality of life in children and adolescents with chronic conditions: concepts and methods. In: Koot HM, Wallander JL, editors. *Quality of life in child and adolescent illness*. London/New York: Brunner-Routledge

Kopp, M., Kovács, M. (2006) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Budapest: Semmelweis Kiadó.

Kopp, M., Martos, T. (2011): A társadalmi összjóllét jelentősége és vizsgálatának lehetőségei a mai magyar társadalomban I. Életminőség, gazdasági fejlődés és a nemzeti összjólléti index. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 12*, 3, 241-259.

Lahey, B., B., McBurnett, K., Loeber, R. (2000). Are Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Developmental Precursors to Conduct Disorder? *Handbook of Developmental Psychopathology*, 431-446. doi:10.1007/978-1-4615-4163-9_23

Lahey, B., B., Miller, T., L., Gordon, R., A., Riley, A., W. (1999) Developmental Epidemiology of the Disruptive Behavior Disorders. *Handbook of Disruptive Behavior Disorders,* 23-48. doi:10.1007/978-1-4615-4881-2_2

Lahey, B. ,B., Van Hulle, C., A., Rathouz, P., J., Rodgers, J., L., D'Onofrio, B., M., Waldman, I., D. (2008) Are Oppositional-Defiant and Hyperactive–Inattentive Symptoms Developmental Precursors to Conduct Problems in Late Childhood?: Genetic and Environmental Links. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *37*(1), 45-58. doi:10.1007/s10802-008-9257-1

Larzelere, R., E., Patterson, G., R. (1990) Parental management: Mediator of the effect of socioeconomic status on early delinquency. *Criminology, 28,* 301-323.

Lavigne, J., V., Cicchetti, C., Gibbons, R., D., Binns, H., J., Larsen, L., Devito, C. (2001) Oppositional Defiant Disorder With Onset in Preschool Years: Longitudinal Stability and Pathways to Other Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(12), 1393-1400. doi:10.1097/00004583-200112000-00009

Lavigne, J., V., Bryant, F., B., Hopkins, J., Gouze, K., R. (2015) Dimensions of oppositional defiant disorder in young children: Model comparisons, gender, and longitudinal invariance. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43,* 423 439.

Lenhart, A. (2015) Teen, social media and technology overview. Pew Research Center.

Lewinsohn, P., M., Solomon, A., Seeley, J., R., Zeiss. A. (2000) Clinical implications of ''subthreshold'' depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*:345–351

Lewinsohn, P., M, Shankman, S., A., Gau, J., M., Klein, D., N. (2004) The Prevalence and comorbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychological Medicine,* doi: 10.1017/S0033291703001466

Lindstedt, H., Söderlund, A., Stålenheim, G., Sjödén, 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

Loeber, R., Burke, J., D., Lahey, B., B., Winters, A., Zera, M. (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 1468- 1484

Loeber, R., Green, S., M., Keenan, K., Lahey, B., B. (1995) Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,34,* 499–509

Loeber, R., Green, S., M., Lahey, B., B., Christ, M., A., Frick, P., J. (1992) Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. *Journal of Child and Family Studies, 1*(1), 21-41. doi:10.1007/bf01321340

Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., & Van Kammen, W. B. (1998). Antisocial behavior and mental health problems: Explanatory factors in childhood and adolescence. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence: Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist, 53*(2), 242-259. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.53.2.242

Lynskey, M., T., Fergusson, D., M., Horwoos, L., J. (1994) The effect of parental alcohol problems on rates of adolescent psychiatric disorders. *Addiction, 89*(10), 1277-1286. doi:10.1111/j.1360-0443.1994.tb03306.x

Mandel, H., P. (1997) Conduct disorder and underachievement: risk factors, assessment, treatment, and prevention. New York (NY): John Wiley & Sons, Inc.

Marmorstein, N., R., Iacono, W., G., McGue, M. (2009) Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. *Psychological Medicine, 39*(1):149–155. doi:10.1017/S0033291708003085

Mattejat, F., Jungmann, J., Meusers, M., Moik, C., Nolkel, P., Schaff, C., Scholz, M., Schmidt, M. H. Remschmidt, H. (1998) The Inventory for the Assessment of the Quality of Life in Children and Adolescents (IQLC): A pilot study / Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualitat bei Kindern und Jugendlichen (ILK) - Eine Pilotstudie. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 26*(3): 174-182.

Mattejat, F., Remschmidt, H. (1998) Zur erfassung der lebesqualitat bei psychisch gestörten kindern und jugendlichen – eine übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 26*:183–196

Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., Meltzer, H. (2004) Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(3), 609-621. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x

Matza, L., S., Swensen, A., R., Flood, E., M., Secnik, K., Leidy, N., K. (2004). Assessment of Health-Related Quality of Life in Children: A Review of Conceptual, Methodological, and Regulatory Issues. *Value in Health*, *7*(1), 79-92. doi:10.1111/j.1524-4733.2004.71273.x

McCord, J. (1991) Family relationships, juvenile delinquency, and adult criminality. *Criminology, 29*(3):397–417.

Mendlowicz, M., V., Stein, M., B. (2000) Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry,157,* 669-82. [PMID: 10784456]

Merikangas, K., R., He J., P., Burstein, M., Swanson S., A., Avenevoli, S., Cui L., Benjet, C., Georgiades, K., Swendsen, J., (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 49*(10):980–989.

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

Moffitt, T., E. (1993) Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100,* 674–701.

Moffitt, T., E., Arseneault, L., Jaffee, S., R., Kim-Cohen, J., Koenen, K., C., Odgers, C., L., Slutske, W., S., Viding, E. (2008) Research Review: DSM-V conduct disorder: research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49:* 3–33. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01823.x

Moffitt, T., E., Caspi, A., Rutter, M., Silva, P. (2001) Sex differences in antisocial behaviour. Cambridge: Cambridge University Press.

Moffitt, T., E. (2005) Genetic and Environmental Influences on Antisocial Behaviors: Evidence from Behavioral–Genetic Research. *Advances in Genetics*, 41-104. doi:10.1016/s0065-2660(05)55003-x

Murray, J., Anselmi, L., Gallo, E., A., G., Fleitlich-Bilyk, B., Bordin, I., A. (2013) Epidemiology of childhood conduct problems in Brazil: systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(10), 1527–1538. http://doi.org/10.1007/s00127-013-0695-x

Murray, J., Farrington, D. P. (2010) Risk Factors for Conduct Disorder and Delinquency: Key Findings from Longitudinal Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633-642. doi:10.1177/070674371005501003

Nadder, T., Rutter, M., Silberg, J., Maes, H., Eaves, L. (2002) Genetic effects on the variation and covariation of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional-defiant disorder/conduct disorder (ODD/CD) symptomatologies across informant and occasion of measurement. *Psychological Medicine, 32*(1), 39-53. doi:10.1017/s0033291701004792

Najman, J., M., Williams, G., M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Le Brocque, R., Andersen, M., J. (2000) Mothers' mental illness and child behavior problems: cause-effect association or observation bias? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 39(5):592-602. doi: 10.1097/00004583-200005000-00013. PubMed PMID: 10802977.

National Institute for Health and Care Excellence (2013) Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people. Recognition, intervention and management. British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. *National Clinical Guideline Number 158*, p. 1–468.

Nigg, J. ,T., Breslau, N. (2007). Prenatal Smoking Exposure, Low Birth Weight, and Disruptive Behavior Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(3), 362-369. doi:10.1097/01.chi.0000246054.76167.44

Nyikos, E., Szeredi, B., Demetrovics, Zs. (2001). Egy új viselkedéses addikció: az internethasználat személyiségpszichológiai korrelátumai. *Pszichoterápia, X.,*(3)168-183.

Nock, M., K., Kazdin, A., E., Hiripi, E., Kessler, R., C. (2007) Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional de ant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 48*(7):703–713.

Odgers, C., L., Caspi, A., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Poulton, R., Sears, M., R., Thomson, W., M., Moffitt, T. E. (2007).Prediction of Differential Adult Health Burden by Conduct Problem Subtypes in Males. *Archives of General Psychiatry*, *64*(4), 476. doi:10.1001/archpsyc.64.4.476

Offord, D., R, Boyle, M., H., Fleming, J., E., Munroe Blum H, Rae-Grant, N., I. (1989) Ontario child health study: summary of selected results. *The Canadian Journal of Psychiatry*
;34, 483–91.

Offord, D., R., Boyle, M., H., Szatmari, P, Rae-Grant, N., I., Links, P., S., Cadman, D., T., Byles, J., A., John, DSW.,Crawford, W., Munroe Blum, H., Byrne, C., RN, Thomas, H., Woodward, C., A. (1987) Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*. *44*(9):832–836.

Oláh, A., Kapitány-Fövény, M. (2012):A pozitív pszichológia tíz éve. *Magyar Pszichológiai Szemle, 67,* 19−45

Okasha, A. (2009). Would the use of dimensions instead of categories remove problems related to subthreshold disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 259*(S2), 129-133. doi:10.1007/s00406-009-0052-y

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

Ooi, Y. P., Glenn, A. L., Ang, R. P., Vanzetti, S., Falcone, T., Gaab, J., Fung, D., S. (2016) Agreement Between Parent- and Self-Reports of Psychopathic Traits and Externalizing Behaviors in a Clinical Sample. *Child Psychiatry & Human Development*, *48*(1), 151-165. doi:10.1007/s10578-016-0659-y

Ormel J, Raven D, van Oort F, Hartman CA, Reijneveld SA, Veenstra R, Vollebergh, W.,A., Buitelaar, J., Verhulst, F.,C., Oldehinkel, A.,J. (2015) Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine, 45*, 345–60.

Pardini, D., A., Obradović, J., Loeber, R. (2006) Interpersonal callousness, hyperactivity/impulsivity, inattention, and conduct problems as precursors to delinquency persistence in boys: A comparison of three grade-based cohorts. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*, 46–59.

Pilling, S., Gould, N., Whittington, C., Taylor, C., Scott, S. (2013) Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance. *The BMJ* 346: f1298

Pincus, H.,A., Davis, W.,W., McQueen, L.,E. (1999) 'Subthreshold' mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other 'brand names' *Britsh Journal of Psychiatry,174*, 288–96

Ravens-Sieberer, U., Otto, C., Kriston, L., Rothenberger, A., Döpfner, M., Klasen, F. (2014) The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *24*(6), 651-663. doi:10.1007/s00787-014-0638-4

Renouf, A. G., Kovács, M. (1994) Concordance between Mothers' Reports and Children's Self-Reports of Depressive Symptoms: A Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(2), 208-216. doi:10.1097/00004583-199402000-00008

Rescorla, L., A., Ginzburg, S., Achenbach, T., M., Ivanova, M.,Y., Almqvist, F., Begovac, I., Bilenberg, N., Bird, H., Chahed, M., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Hannesdottir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M.,C., Leung, P.,W., Minaei, A., Novik, T.,S., Oh, K., J., Petot, D., Petot, J.,M., Pomalima, R., Rudan, V., Sawyer, M., Simsek, Z., Steinhausen, H.,C., Valverde, J., Ende, Jv., Weintraub, S., Metzke, C.,W., Wolanczyk, T., Zhang, E.,Y., Zukauskiene, R., Verhulst, F., C. (2013).ó Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42*(2), 262-273. doi: 10.1080/15374416.2012.717870

Rescorla, L., A., Ewing, G., Ivanova, M.,Y., Aebi, M., Bilenberg, N., Dieleman, G.,C., Döpfner, M., Kajokiene, I., Leung, P., W., Plück, J., Steinhausen, H., C., Winkler Metzke, C., Zukauskiene, R., Verhulst, F., C. (2017) Parent–Adolescent Cross-Informant Agreement in Clinically Referred Samples: Findings From Seven Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, DOI: 10.1080/15374416.2016.1266642

Rielly, N., E., Craig, W., M., Parker, K., C. (2006) Peer and parenting characteristics of boys and girls with subclinical attention problems. *Journal of Attention Disorder, 9*(4):598-606.

Robins, L. ,N. (1991) Conduct Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *32*(1), 193-212. doi:10.1111/j.1469-7610.1991.tb00008.x

Robins, L., N., Helzer, J., E., Groughan, J., Ratchiff, K., S. (2006) Threshold and subthreshold bipolar. *Journal of Affective Disorders, 94,* 111–119

Rothbaum, F., Weisz, J., R. (1994) Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 116*:55–74.

Rowe, R., Maughan, B., Costello, E. J., Angold, A. (2005) Defining oppositional defiant disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(12), 1309-1316. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01420.x

Sadek, N., Bona, J. (2000) Subsyndromal symptomatic depression: A new concept. *Depression and Anxiety*, *12*(1), 30-39. doi:10.1002/1520-6394(2000)12:1<30::aid-da4>3.0.co;2-p

Salvatore, J. E., Dick, D. (2018) Genetic influences on conduct disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 91*:91-101,

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

Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., Algina, J. (1998) Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy: Interim Report of a Randomized Trial with Short-Term Maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*(1), 34-45. doi:10.1207/s15374424jccp2701_4

Seagrave, D., Grisso, T. (2002) Adolescent development and the measurement of juvenile psychopathy. *Law and Human Behavior*, **26**, 219–239.

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.

Simonoff, E., Pickles, A., Meyer, J.,M., Silberg, J.,L., Maes, H.,H., Loeber, R., Rutter, M., Hewitt, J.,K., Eaves, L.,J. (1997) The Virginia Twin Study of adolescent behavioral development. Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. *Archives of General Psychiatry*. *54:*801–808

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.

Stringaris, A., Goodman, R. (2009b) Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48,* 404 412.

Strittmatter, E., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Durkee, T., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Sisask, M., Värnik, P., & Wasserman, D. (2015). Pathological internet use among adolescents: Comparing gamers and non-gamers. *Psychiatry Research, 228*, 128–135. doi:10.1016/j.psychres.2015.04.029

Susánszky, É., Konkolÿ Thege, B., Stauder, A., Kopp, M. (2006): A WHO Jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 7.* 3, 247–255.

Szabó, E., Kökönyei, Gy (2018) Az érzelmi feldolgozás vizsgálata a fiatalkori pszichopátiás vonások vonatkozásában: áttekintő tanulmány. *Magyar Pszichológiai Szemle, 73,*. 2/6. 237–267 DOI: 10.1556/0016.2018.73.2.6

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 életminôsége a gyermek saját szemszögébôl és a gondviselôje megítélése szerint. *Psychitria Hungarica, 32*(3):332-9.

Thapar, A., Harrington, R., McGuffin, P. (2001) Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design. *British Journal of Psychiatry*, *179*(3), 224-229. doi:10.1192/bjp.179.3.224

Theunissen, N. C., Vogels, T. G., Koopman, H. M., Verrips, 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

Toupin, J., Dery, M., Pauze, R., Mercier, H., Fortin, L. (2000) Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 4:*333–44.

Tringer L. (2003) Egészség és életminőség. *Psychiatria Hungarica, 18*(1):10-16.

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.URL: https://docplayer.hu/38271444-A-kepessegek-es-nehezsegek-kerdoiv-sdq-magy-tovabbi-vizsgalata-nem-klinikai-mintan-fiatal-serdulok-koreben.html

Vargha, A. (2007) *Matematikai statisztika pszichológiai, nyelvészeti és biológiai alkalmazásokkal.* Budapest, Magyarország: Pólya Kiadó

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

Vetró, Á, Kiss, E., Kátay, L., Dombóváry, E. (2003) Az életminőség vizsgálata gyermek- és serdülőkorban. *Psychiatria Hungarica, 18*(6): 408-417.

Van Roy, B., Grøholt, B., Heyerdahl, S., Clench-Aas, J. (2010) Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioural problems: Effects of relational and socio-demographic factors. *BMC Psychiatry, 10,* 56

Velez, C., Johnson, J., Cohen, P. (1989) A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28,* 861–864.

Velő, Sz., 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.

Verlaan, P., Schwartzman, A., E. (2002) Mother's and father's parental adjustment: Links to externalising behaviour problems in sons and daughters. *International Journal of Behavioral Development, 26*(3), 214–224. https://doi.org/10.1080/01650250042000717

Vida, P., Halász, J., Gádoros, J. (2013). Az agresszív és proszociális viselkedés megjelenése a gyermekkori pszichopatológiában. *Psychiatria Hungarica, 28*, 261–273.

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

Vitacco, M.J., Neumann, C.S., Ramos, V., Roberts, V. (2003a). Ineffective parenting: A precursor to psychopathic traits and delinquency in Hispanic females. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1008,* 300–303.

Waldman, I. D., Rhee, S. H., Levy, F., Hay, D. A. (2001) Causes of the overlap among symptoms of ADHD, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. In F. Levy & D. A. Hay (Eds.), *Attention, genes, and ADHD* (pp. 115-138). New York, NY, US: Brunner-Routledge.

Wang, J., Liu, L., Wu, H., Yang, X., Wang, Y., Wang, L. (2014) Agreement between parents and adolescents on emotional and behavioral problems and its associated factors among Chinese school adolescents: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, *14*, 114. doi:10.1186/1471-244X-14-114

Wasserman, G. Seracini, A. (2001) Family risk factors and interventions. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Child delinquents: Development, intervention, and service needs* (pp. 165-190). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781452229089.n8

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

Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T. S., Angold, A., Egger, H. L., Solheim, E., Sveen, T. H. (2011) Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(6), 695-705. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x

Wittchen, H., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., Kessler, R. C. (2000) Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology*, *15*(6), 319-328. doi:10.1097/00004850-200015060-00002

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

Young, S., E., Stallings, M., C., Corley, R., P., Krauter, K., S., Hewitt, J., K. (2000) Genetic and environmental influences on behavioral disinhibition. *American Journal of*

Medical Genetics, *96*(5), 684-695. doi:10.1002/1096-8628(20001009)96:5<684::aid-ajmg16>3.3.co;2-7