

SEMMELWEIS EGYETEM
DOKTORI ISKOLA

Ph.D. értekezések

2916.

CSERÉP MELINDA

Mentális egészségtudomány
című program

Programvezető: Dr. Kovács József, egyetemi tanár

Témavezető: Dr. Szumska Irena, egyetemi adjunktus

A kognitív érzelemszabályozás szerepe az evészavartünetekben és az életminőségben: krónikus betegséggel élő serdülők és szüleik vizsgálata

Doktori értekezés

Cserép Melinda

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Szumska Irena, Ph.D., egyetemi adjunktus

Hivatalos bírálók: Dr. Jekkel Éva, Ph.D., egyetemi adjunktus
Dr. Halász József, Ph.D., egyetemi docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Tringer László, Ph.D., egyetemi tanár
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Forgács Attila, Ph.D., egyetemi docens
Dr. Török Szabolcs, Ph.D., egyetemi docens

Budapest
2023

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK	2
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	5
TÁBLÁZATOK ÉS ÁBRÁK JEGYZÉKE	7
1. BEVEZETÉS	9
1.1. Krónikus betegségek gyermek- és serdülőkorban	10
1.1.1. A krónikus gyermekkori betegségek meghatározása, előfordulása.....	10
1.1.2. Az 1-es típusú diabétesz	11
1.1.3. Gyulladásos bélbetegség	12
1.1.4. A krónikus betegségekhez való pszichés alkalmazkodás gyermek- és serdülőkorban	13
1.1.5. Az 1-es típusú diabéteszhez és a gyulladásos bélbetegségekhez társuló pszichés tünetek, zavarok	17
1.1.6. A krónikus betegek életminőségének általános kérdései	24
1.2. A kognitív érzelemszabályozás	27
1.2.1. Az érzelemszabályozás meghatározása és folyamata.....	27
1.2.2. Az érzelemszabályozás fejlődése	28
1.2.3. A kognitív érzelemszabályozás	30
1.2.4. A kognitív érzelemszabályozás és a mentális betegségek kapcsolata.....	31
1.2.5. A kognitív érzelemszabályozás szerepe a krónikus betegségekhez való alkalmazkodásban és az életminőségben.....	35
1.3. A szakirodalmi adatok összefoglalása.....	37
2. CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOZÉZISEK.....	39
3. MÓDSZEREK	41
3.1. Első vizsgálat: a kognitív érzelemszabályozás szerepe az evészavartünetekben és az életminőségben. Krónikus betegséggel élő	

serdülők, testileg egészséges serdülők és anorexia nervosa diagnózisú serdülők összehasonlító vizsgálata	41
3.1.1. Eljárás és minta.....	41
3.1.2. Mérőeszközök.....	44
3.1.3. Statisztikai elemzés	47
3.2. Második vizsgálat: a krónikus beteg serdülők és szüleik kognitív érzelemszabályozásának szerepe az evészavartünetekben és az életminőségben	49
3.2.1. Eljárás és minta.....	49
3.2.2. Mérőeszközök.....	50
3.2.3. Statisztikai elemzés	50
4. EREDMÉNYEK	52
4.1. Első vizsgálat	52
4.1.1. A demográfiai változók és a skálák kapcsolata	52
4.1.2. A négy vizsgált csoport összehasonlítása a demográfiai változók mentén ..	56
4.1.3. A vizsgált csoportok közötti különbségek a skálák tekintetében	59
4.2. Második vizsgálat	69
4.2.1. Az alkalmazott skálák leíró jellemzői	69
4.2.2. A szülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak és a krónikus beteg serdülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak szerepe a serdülők evészavartüneteiben.....	71
5. MEGBESZÉLÉS	77
5.1. Első vizsgálat	77
5.1.1. A kognitív érzelemszabályozó stratégiák a négy vizsgált csoportban	77
5.1.2. Az evészavartünetek vizsgálata az egyes csoportokban és a kognitív érzelemszabályozás mediátor szerepének vizsgálata az evészavartünetekben.....	79

5.1.3. Az életminőség vizsgálata az egyes csoportokban, a kognitív érzelemszabályozó stratégiák mediátor szerepének vizsgálata az életminőségben	81
5.2. Második vizsgálat	83
5.2.1. A szülők és serdülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak szerepe a krónikus beteg serdülők (IBD, T1DM) evészavartüneteiben	83
5.2.2. Az életminőséggel kapcsolatos vizsgálatok	84
5.3. A vizsgálatok limitációi	86
5.4. Klinikai implikációk	87
6. KÖVETKEZTETÉSEK	90
7. ÖSSZEFOGLALÁS	92
8. SUMMARY	93
9. IRODALOMJEGYZÉK	94
10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	121
11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	123

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

AN	anorexia nervosa
ARFID	avoidant restrictive food intake disorder
BMI	body mass index, testtömeg-index
BN	bulimia nervosa
BNO-10	Betegségek nemzetközi osztályozása 10. kiadás
CD	Crohn's disease, Crohn-betegség
CERQ	Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDI	Eating Disorder Inventory, Evési Zavar Kérdőív
HbA1c	hemoglobin A1C
HRQOL	Health Related Quality of Life
IBD	inflammatory bowel disease, gyulladásoos bélbetegség
IBD-U	inflammatory bowel disease, type unclassified, egyértelműen nem besorolható gyulladásoos bélbetegség típus
ICC	intraklassz korrelációs együttható
ILK	Inventar Lebensqualität Kindern und Jugendlichen, Életminőség Kérdőív
PTSD	posttraumatic stress disorder, poszttraumás stressz zavar
QOL	Quality of Life, életminőség egészséggel kapcsolatos életminőség
SAFA	Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, Pszichopatológiai Tünetlista Gyermekek és Serdülők Számára
SAFA-D	Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, Depresszió skála
SAFA-SZ	Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, Szorongás skála

SAFA-T	Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, Táplálkozási zavarok skála
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences, statisztikai programcsomag a társadalomtudományok részére
TOL	tolerancia-mutató
T1DM	type 1 diabetes, 1-es típusú diabétesz
UC	colitis ulcerosa
VIF	variánciainflációs tényező

TÁBLÁZATOK ÉS ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. táblázat. Az 1. minta demográfiai jellemzői	43
2. táblázat. A második vizsgálat mintájának demográfiai jellemzői	49
3. táblázat. Szignifikáns különbségek a vizsgált skálákban a gyermekek neme alapján (Mann-Whitney U próbák eredménye)	52
4. táblázat. Szignifikáns különbségek a CERQ és ILK skálákban a gyermekek pszichés problémája alapján (Mann-Whitney U próbák eredménye)	53
5. táblázat. Szignifikáns különbségek a SAFA és az EDI skálákban a serdülők pszichés problémája alapján (Mann-Whitney U próbák eredménye)	54
6. táblázat. A SAFA-T, CERQ és ILK skálák interkorrelációi (Spearman-féle korreláció)	55
7. táblázat. A kategoriális demográfiai változók összefüggése a diagnózissal (KHI-négyzet próba)	57
8. táblázat. A skála típusú demográfiai változók összefüggése a diagnózissal (Kruskal-Wallis próba)	58
9. táblázat. A CERQ skáláinak leíró jellemzői az egyes csoportokban	60
10. táblázat. Különbségek a serdülők kognitív érzelemszabályozásában a csoportok között a Kruskal-Wallis próbák alapján	61
11. táblázat. A SAFA főskálák és EDI alskálák, valamint az ILK átlagai és szórásai az egyes csoportokban	63
12. táblázat. Különbségek a serdülők SAFA, EDI és ILK pontszámaiban a csoportok között a Kruskal-Wallis próbák alapján	64
13. táblázat. A 2. vizsgálat skáláinak reliabilitás-mutatói	69

14. táblázat. A szülői ILK proxy és a szülői CERQ skálák leíró jellemzői és próbastatisztika értékei (Kétmintás t-próba vagy Mann-Whitney próba)	70
15. táblázat. A CERQ adaptív és nem adaptív serdülő és szülői skáláinak, valamint a SAFA-T skálának korrelációi	71
16. táblázat. Az ILK skála és a CERQ serdülői és szülői skálák interkorrelációi (Spearman-féle korrelációs együtthatók)	74
17. táblázat. A lineáris regresszió mutatói (ILK)	75
18. táblázat. Az ILK prediktorai	76
1. ábra A mediációs modell az egyes diagnózisok és az evészavartünetek kapcsolatában	66
2. ábra Az egyes diagnózisok és az életminőség kapcsolatának mediációs modelljei ...	68
3. ábra. A szülői nem adaptív kognitív érzelemszabályozás és az evészavartünetek mediációs modelljei	72

1. BEVEZETÉS

Egy krónikus betegség diagnózisa hatalmas terhet ró a gyermekekre és családjaikra, ami érthető módon a pszichés betegségek iránti nagyobb fogékonysággal jár együtt. A test és lélek reakciói elválaszthatatlanul összefonódnak, a testi tünetek hatnak a lelkiállapotra, amely aztán visszahat a szomatikus állapotra (1). A krónikus betegek minél hatékonyabb és korszerűbb ellátása kizárólag úgy valósulhat meg, ha az egészségügyi terápiás ellátórendszer is igazodik a test és lélek egységhez oly módon, hogy az egyes területek szakemberei szorosan együttműködnek a betegek jóllétének javítása céljából.

A Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinikán közel egy évtizede kezdtem el klinikai szakpszichológusként különböző krónikus betegséggel diagnosztizált gyermekek és szüleik pszichés támogatásával foglalkozni. Megérintenek és folyamatosan inspirálnak a családok, akiket megismerhetek, lélektanilag rendkívül változatos és kihívásteli helyzetek, amelyekbe beengednek. Bár szerencsére egyre többen tudunk résztvenni szakemberként ebben a folyamatban, mégis gyakori gondolatom, hogy sokkal többeket, korábban lenne érdemes elérnünk mind szűrésekkel, mind pszichés intervenciókkal, hozzájárulva ezzel a betegek életminőségének javításához. Szükség lenne a szülőket és gyerekeket egyaránt felvérteznünk olyan eszköztárral, amelyet aztán a krónikus betegséghez való alkalmazkodásban felhasználhatnak.

A disszertáció fő kutatási témáját jelentő kognitív érzelemszabályozás vizsgálatát azért is tartom különösen izgalmas területnek, mert transzdiagnosztikus tényezőként (2, 3) a pszichés zavarok iránti veszélyeztetettségről, valamint a fejlesztendő területekről egyszerre tud információt szolgáltatni. Az egyik ilyen -főként serdülőkori indulású- mentális betegség az anorexia nervosa. Lévén, hogy intézményünk kiemelten foglalkozik evészavarok ellátásával -és ebbe gyakorlatilag a kezdetektől van szerencsém bekapcsolódni-, találkozunk krónikus betegségek és evészavarok együttes előfordulásával is. Ezek a komorbid esetek egyszerre jelentenek nagyon súlyos veszélyeztetettséget a betegek számára, és jelentős kihívást a szakembereknek, maguk után vonva számos megválaszolendő kérdést.

Kutatásom fókusza két olyan krónikus testi betegségre, -a gyulladáscsökkentő bélbetegségre és az 1-es típusú diabéteszre- irányul, amelyek esetében az evésre, diétás előírásokra vagy az evéssel (is) összefüggésben álló testi tünetekre fokozott figyelem helyeződik (4).

Vizsgálatom első része a kognitív érzelemszabályozó stratégiák szerepét kutatja az evészavartünetekre vonatkozóan. Arra keresi a választ, hogy a vizsgált krónikus betegségekben a kognitív érzelemszabályozó stratégiák milyen módon jelzik előre az evészavartüneteket a testi betegséggel nem rendelkező serdülőkhöz képest. Ugyanezen kérdést az életminőséggel összefüggésben is megvizsgáltam. A kutatás második része a krónikus beteg serdülőkre és szüleikre irányul és a szülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak szerepét tanulmányozza az evészavartünetek és az életminőség szempontjából.

Bízom benne, hogy a doktori kutatás eredményei fontos építőkövei lehetnek későbbi, rendszerszemléletű intervenciók kidolgozásához a serdülő korosztályban.

1.1. Krónikus betegségek gyermek- és serdülőkorban

1.1.1. A krónikus gyermekkori betegségek meghatározása, előfordulása

A krónikus betegségek kezelése elképzelhetetlen multidiszciplináris szemléletben történő terápia és ezen belül a minél magasabb színvonalú életminőség elősegítése nélkül. A gyermekgyógyászat egyik nagy érdeme és egyben kihívása, hogy jelentősen megnövekedett a krónikus betegséggel élő gyermekek túlélési esélye a rohamosan fejlődő diagnosztikus ismeretek és terápiás lehetőségek által. A tartós betegséggel élők számát azonban az is növeli, hogy egyes betegségek esetében (pl. diabétesz, gyulladáscsökkentő bélbetegségek) az incidencia is jelentősen emelkedik, melynek hátterében egyelőre nem teljesen ismert környezeti tényezők játszhatnak szerepet (5, 6, 7, 8, 9).

Krónikus gyermekkori betegségről akkor beszélhetünk, ha legalább három hónapja tartó vagy az elmúlt egy évben minimum háromszor előforduló, kiújuló, az illető napi aktivitását befolyásoló, gyakori, speciális orvosi gondozást, netán kórházi kezeléseket igénylő, (aktuálisan) nem gyógyítható betegség áll fenn az újszülöttkortól 18 éves korig tartó időszakban (1, 10). Gyermekek és serdülők esetén állapotuk befolyással van a közösségi nevelésükre, oktatásukra, kortárskapcsolataikra is.

A krónikus betegségek pontprevalenciája folyamatosan emelkedik, a gyerekek kb. negyedének van valamilyen tartós betegsége (8, 11, 12). Magyarországon a házi orvosok és gyermekorvosok 1999-től jelentik a gondozásukban megjelenő krónikus betegeket. Az Országos Statisztikai Adatfelvételi Program (13) adatai szerint 1999 és 2017 között a házi gyermekorvosok által kezelt krónikus betegek száma megkétszereződött. Ezen adatok jól érzékeltetik, mennyire fajsúlyos problémáról van szó mind az egyén, mind a gyógyító szakemberek, mind az egészségügyi finanszírozás oldaláról. A következőkben a kutatásban szereplő két krónikus testi betegséget és pszichés kísérő-jelenségeiket mutatom be.

1.1.2. Az 1-es típusú diabétesz

Az 1-es típusú diabétesz (T1DM) az egyik leggyakoribb tartós anyagcserezavar gyermekkorban. Az autoimmun folyamatok által meghatározott krónikus betegség fő jellemzője, hogy a hasnyálmirigy inzulintermelése megszűnik, élethosszig tartó inzulinpótlás szükséges (14). A T1DM megjelenésekor jellegzetes tünetek észlelhetők, például fogyás, fokozott éhségérzet és táplálékbevitel mellett, fáradtság, levertség, erős szomjúságérzet, és gyakori vizeletürítés. Incidenciája egyértelmű növekedést mutat – évente kb. 3% körül – az elmúlt időszakban, s ez fiatalabb életkorban a legkifejezettebb, 5%-ot is meghaladó (6, 15, 16). Terápiája folyamatos inzulinpótlást, vércukor ellenőrzést, az előírt mennyiségű szénhidrátot tartalmazó diéta gondos betartását és megfelelő fizikai aktivitást foglal magában (14), mely rendkívül fontos a hosszútávú szövődmények (nephropathia, retinopathia, neuropathia, cardiovascularis betegségek) megelőzéséhez, késleltetéséhez is (17). Az inzulin dependencia és a diétás előírások állandó önkontrollt, figyelmet igényelnek a gyermektől és a szülőktől egyaránt.

A T1DM gyakran társul más autoimmun eredetű betegségekkel, mint például a Hashimoto-thyreoditis vagy cöliákia (18). A számos változást magával hozó serdülőkor az anyagcsere-egyensúly megbillenését is gyakran eredményezi, az inzulinigény akár markánsan emelkedhet (19, 20). A diabétesz is hat a serdülésre, nem ritkán a diabétesz-kontroll lazul és az inzulinkihagyások következtében akár életveszélyes állapot,

ketoacidózis is kialakulhat (20). Optimális esetben a serdülőkorban fokozatosan létrejön az öngondoskodás a betegséget illetően, lépésről lépésre megtörténik a felelősség átruházása a szülőtől a gyermek felé (19).

1.1.3. Gyulladásos bélbetegség

A gyulladásos bélbetegség (inflammatory bowel disease, IBD) élethosszig tartó, relapszusok és remissziók váltakozásával járó immunmediált kórkép, amely a gasztrointesztinális traktus súlyos fokú gyulladásával jár. Kialakulásában genetikai, immunológiai és környezeti tényezők egyaránt szerepet játszanak, azonban a betegség pontos etiológiája a mai napig nem teljeskörűen feltárt (5, 21, 22). Két fő típusát ismerjük, a colitis ulcerosát (UC), és a Crohn-betegséget (CD), melyek esetében különböző a gyulladás anatómiai helye. Az UC-re a vastagbél krónikus gyulladása jellemző, a CD esetében a teljes bélrendszerben bárhol kialakulhat a gyulladás, azonban leggyakrabban a vékonybél alsó részét és a vastagbelet érinti (23). Mindkét esetben olyan tartós problémáról van szó, amely jelentősen kihat az életminőségre, testi fejlődésre, társas kapcsolatokra, valamint az iskolai előmenetelre és a későbbi munkavállalásra. A gyulladásos folyamat következtében kialakuló legtipikusabb tünetek -hasfájás, hasmenés, véres széklet, fogyás, rossz közérzet, láz- nagyon zavaróak a mindennapokban. Testi következmény lehet a vérszegénység, az osteopenia, bőr-, szem- és ízületi problémák, a pubertás késése, a testi fejlődés elmaradása, fissura, fistula és perianális fekély kialakulása. A betegség incidenciája az utóbbi években emelkedést mutat, mind gyermek- mind felnőttkorban, prevalenciája -többek között Európa számos országában is meghaladta a 0,3%-ot (24, 25). Egy magyarországi, gyerekekre irányuló, 2007 és 2011. közötti vizsgálat eredményei alapján az IBD öt éves átlagos incidenciája 7,8/100 000 (26). Az IBD 15-25%-a fordul elő gyermek vagy serdülőkorban (27). Az ekkor induló gyulladásos bélbetegség rendszerint súlyosabb és kiterjedtebb (28). Az IBD nem gyógyítható betegség. Terápiája során a fő cél a gyulladás visszacsökkentése, ezáltal a betegek remisszióban tartása, illetve a relapszusok mielőbbi felismerése, csillapítása. Ennek lehetséges terápiája a 6-8 hétig tartó tápszeradás, gyógyszeres kezelés. A Crohn-

betegség exkluzív diétája tápszerrel kiegészítve is hatékony lehet, mely esetében a tej- és gluténtartalmú, valamint a feldolgozott élelmiszerek kiiktatására kell figyelni. Terápiarezisztens IBD esetében a biológiai terápia bevezetése jön szóba, súlyos esetben sebészi beavatkozások válnak szükségessé (29).

1.1.4. A krónikus betegségekhez való pszichés alkalmazkodás gyermek- és serdülőkorban

A krónikus betegség, a tünetekből, lefolyásából adódóan számos stresszort jelent a gyermekek és az őket nevelő családok számára (30). Természetesen ezt jelentősen befolyásolhatja az is, hogy az adott betegség mennyire egyensúlyban tartható a rendelkezésre álló orvosi terápiás eszközökkel vagy mennyire progrediáló, netán járhat-e rövid időn belül végzetes kimenetellel.

A diagnózisközlés után sajátos lélektani folyamat játszódik le a betegekben és a szüleikben, mely végül jó esetben a helyzet elfogadását és a szükséges teendőkre való felkészülést, felvérteződést is magában foglalja. A krónikus betegség tényével való első szembesülés traumatikus eseménynek tekinthető, ami -kezdetben normatív- akut stressz reakciót válthat ki (31, 32). Amennyiben a traumára adott pszichés válasz (akár a gyermeknél, akár a szülőnél) nem csillapodik az idő múlásával, poszttraumás stressz zavar (posttraumatic stress disorder, PTSD) is kialakulhat (33). Mind a krónikus beteg gyerekek körében (33), mind szüleik között (34) magasabb a PTSD előfordulása, előbbiek esetében az egészséges kortársakhoz, utóbbiak esetében pedig krónikus beteg gyermeket nem gondozó felnőttekhez viszonyítva. A PTSD akadályozhatja a mindennapi életvitelt és a betegséghez való alkalmazkodást. Mindez leginkább a súlyos, az életet közvetlenül fenyegető betegségeknél, kórházi eseményeknél leírt jelenség (daganatos betegségek, transzplantáció, égési sérülések), azonban mivel az adott gyermek és szülő személyisége, pszichés érintettsége is meghatározó a reakciójában, más krónikus betegségek esetén is gondolni kell rá (31, 35, 36, 37).

A betegséghez való alkalmazkodás elengedhetetlen feltétele, hogy az illető (gyerekek esetén természetesen a szülő is) szembe tudjon nézni a krónikus betegség okozta aktuális veszteségekkel. További nélkülözhetetlen kritérium a sikeres alkalmazkodáshoz, hogy a

gyermek és szülő egyaránt megértse és betartsa a betegséggel kapcsolatos előírásokat, ne álljon fenn pszichiátriai zavar, tartós pszichés probléma, a személy a mindennapi életben való funkcionálisát meg tudja őrizni, illetve élete egyes területein képes legyen megélni örömeit, elégedettséget (1, 32). A krónikus betegségek többsége tartós stresszt idéz elő a beteg és családja számára. Ily módon ennek az elhúzódó, krónikus stressznek a kezelése kulcsfontosságúvá válik a mindennapokban.

A megfelelő önszabályozás -mely kognitív, emocionális és viselkedéses komponenseket tartalmaz- a krónikus betegséggel való együttélés során lehetővé teszi a terápiás előírások betartását és annak monitorozását is, hogy az adott beteg hogyan érzi magát, mikor szükséges például orvoshoz fordulnia (38). Kisebb gyermekeknél ezeket a feladatokat nagyrészt a szülők látják el, azonban rendkívül fontos, hogy amint a gyermek képessé válik rá, egyre több betegséggel kapcsolatos feladatba vonódjon be és felnőttkorára képessé váljon a minél teljesebb önellátásra, öngondoskodásra (39). A krónikus betegségekhez való alkalmazkodás egyik kulcsfogalma a kontroll érzet vagy kontroll hit (40, 41). Azok a betegek, akik azt érzik, hogy van ráhatásuk a tüneteikre és képesek azokat befolyásolni, csökkenteni, inkább alkalmaznak aktív megküzdést, jobb önmenedzsmenttel és életminőséggel rendelkeznek továbbá jobban együttműködnek a kezelésekkel. A kontroll és az énhatékonyság érzésének növelése a krónikus betegekkel való munka egyik leglényegesebb eleme, még a terminális állapotban is, mivel a beteg számára -többek között- szorongáscsökkentő hatású és növeli a kezeléssel, kezelőkkel való együttműködést (40, 41).

Az adherencia a krónikus betegségek kezelési eredményességének egyik kulcstényezője. A jó adherenciájú beteg (gyermekek esetében beleértve a szülőket is), együttműködik a kezelőorvos által javasolt terápiával, megfelelően szedi gyógyszereit, követi az orvosi utasításokat és megjelenik a megbeszéltek kontroll időpontokon (42). Korábban a compliance kifejezés volt elterjedtebb, ami azonban kevésbé foglal magában partneri viszonyt a gyógyító-gyógyított relációban. Pozitívan hat az adherenciára az elfogadó családi légkör, a jobb családi kommunikáció és rugalmasság, a kortárskapcsolatok megléte, az empatikus hozzáállás a kezelők részéről, a gyors eredményeket hozó orvosi terápia (42, 43). A megfelelő adherencia a beteg és a kezelők közös érdeke, mivel hiányában elmaradhat az állapotjavulás, az előírt terápia nem lesz eredményes, amelynek az egészségügyre nehezedő költségvonzata is számottevő. Az

adherencia növelése a betegekre szánt megfelelő idő biztosításával, az alapos (a gyermek életkori szintjéhez és a szülőhöz igazodó) betegtájékoztatással, a kialakuló (sokszor irreális) félelmek megismerésével és eloszlatásával érhető el (11, 44). Serdülőkorban, az erre az időszakra jellemző fejlődési sajátosságok miatt (pl. szülőkkal szembeni lázadás, a kortások befolyásának megnövekedése, veszélykereső magatartás, lányok körében a vékonyág, kinézet előtérbe kerülése) az adherencia sokszor csorbul (11, 20, 45).

1.1.4.1. A krónikus betegséggel való megküzdés

A megküzdési (coping) stratégiák mindazon kognitív és viselkedéses erőfeszítéseket foglalják magukban, amelyek a stresszel járó életeseményekkel való megbirkózást segítik az egyén számára (46). Míg a korai coping elméletekben a megküzdés egy adott érzelem által kiváltott válasz, Lazarus modelljében a kognitív értékelés meghatározza az érzelem erősségét, minőségét és magát a megküzdési folyamatot is (47). A személy értékeli (elsődleges értékelés), hogy mit jelent számára a fenyegető helyzet és felméri, hogy mi az, amit meg tud tenni a helyzet kezelése, megoldása céljából (másodlagos értékelés) (47). A coping stratégiák két leggyakrabban alkalmazott felosztása a problémaközpontú és az érzelemfókuszú megküzdés (48). Míg az előbbi olyan aktív erőfeszítést takar, amely hozzájárul a probléma megszüntetéséhez, addig az utóbbi esetén az érzelmi válasz szabályozásán van a hangsúly. A stratégiák mindkét típusának alkalmazása lehet adekvát, azonban arra, hogy ki melyiket használja inkább, egyéni tényezők, személyiségjellemzők is befolyással vannak (46, 49). Az érzelmileg instabil személyek gyakrabban alkalmaznak elkerülő és érzelemfókuszú megküzdést, míg a pszichésen stabil emberek az aktív, problémafókuszú megküzdést és a pozitív átértékelést használják többet (49). Az alakítható, megváltoztatható helyzetek kezelésében adekvátabb lehet a problémafókuszú megküzdés, míg a személyen kívül álló stresszorokkal való megküzdésben az érzelemfókuszú coping (48).

A krónikus betegségekkel való megküzdés aktív, állandóan formálódó folyamatként fogható föl (50). Gyermekkorban és serdülőkorban a fejlődés menete és a szülők jelenléte, hangsúlyos szerepe tovább árnyalja a képet, valamint az is nehezíti a kutatásokat, hogy a szabályozó folyamatok, megküzdési stratégiák is folyamatosan fejlődnek. Kezdetben a temperamentum által meghatározott automatikus stressz-válaszok dominálnak, később alakulnak ki a coping-válaszok (1). A gyermek- és serdülőkorra irányuló vizsgálatok

eredményei szerint a megküzdési potenciál az életkorral nő, a társas támogatás keresése az önállósodás fejlődésével is változik. Míg kisebb életkorra jellemzőbb a viselkedéses coping, kognitív copingra serdülőkorban válnak képessé a fiatalok (51), amikor a problémamegoldásban a tervek kigondolása és végrehajtása is kivitelezhetővé válik számukra (52). Az önszabályozás és betegségreprezentáció (a saját betegségéről kialakult kép) a gyerekek életkorától, fejlettségétől, betegségétől függően ugyancsak sokszínű lehet (53). A gyermek- és serdülőkorú krónikus beteg sokkal inkább fókuszál az aktuális tüneteire, jelenlegi nehézségére és kezelésére a felnőttekhez képest, ami összefüggésben áll a megküzdési stratégiáival is (54). A krónikus betegséggel való megküzdés gyermek- és serdülőkorban a családi, szülői rendszerrel együtt értelmezhető; a szülő és a gyermek megküzdése szoros kapcsolatban áll egymással (1, 55).

1.1.4.2. A gyermek krónikus betegsége és a szülők pszichés állapota

A gyermek krónikus betegsége a családban jelentős stresszt okoz és hozzájárulhat a családi kapcsolatok és működés megváltozásához. Az 1-es típusú diabéteszben érintett gyermekek szülei a különböző vizsgálatok eredményei alapján átlagosan több mint 30%-ban élnek meg distresszt a betegséggel kapcsolatban, mely bár a diagnózist követő 1-4 évben csökkenést mutat, jelentős negatív hatással lehet a diabétesz menedzsmentre is. A szülői distressz kapcsolatban áll a gyermekek stressz szintjével, továbbá az életminőséggel (56).

A diszfunkcionális családi működés negatívan hat az életminőségre, ronthatja a betegséghez való alkalmazkodást és az orvosi kezelésekkal való együttműködést (57, 58). A rendszerszemléletű gondolkodás a krónikus beteg gyerekek megsegítésében ma már egyértelmű a kutatási eredmények alapján, azonban a gyakorlatban sokszor elszigetelten tud megvalósulni. Bár az egyes betegségek eltérő kihívásokat eredményezhetnek, a betegséghez kapcsolódó veszteség-élmény, a magas stressz-szint, a betegség következményeivel, a gyermek jövőjével kapcsolatos aggodás, a betegségmenedzsmenthez kapcsolódó többlet-energia, a családi működés megváltozása egyes területeken, nagyon hasonló a családokban (59, 60).

A szülők stressz-szintje, aggodalma a mindennapi, túlterhelt orvosi ellátás során tűnhet úgy, mint ellátást nehezítő tényező, azonban elengedhetetlen vele foglalkozni, ugyanis kihathat a terápiás folyamatra, például azáltal, hogy a gyermek alacsonyabb mértékű

öngondoskodásával is együttjár (55, 58, 61). Ez utóbbi összefüggést T1DM diagnózisú serdülőket és szüleiket illetően is kimutatták (62). Barakat és munkacsoportja (63) kutatási eredményei alapján a szülő kezdeti nagyobb stresszszintje összefüggést mutat egy évvel később, több egészségügyi ellátás igénybevételével, valamint a gyerek állapotának súlyosságával sarlósejtes vérszegénységben szenvedő gyerekeknél. A szülők stressz-szintjét befolyásolhatja az életkoruk, nemük, a betegség súlyossága és időtartama, az észlelt társas támogatás foka, a házastársi kapcsolatuk minősége, valamint a gyermek viselkedési problémái és saját mentális állapotuk (58). A krónikus beteg gyermeket nevelő szülőket egyes vizsgálatok eredménye alapján nagyobb mértékben érintheti depresszió és szorongás valamint alacsonyabb lehet az életminőségük mint az egészséges gyermeket nevelő szülőtársaiké (64).

1.1.5. Az 1-es típusú diabéteszhez és a gyulladáshoz társuló pszichés tünetek, zavarok

1.1.5.1. Az 1-es típusú diabéteszhez társuló leggyakoribb pszichés problémák, zavarok

A cukorbetegséggel való együttéléshez, annak terheihez kapcsolódó negatív érzelmi választ diabétesz distresszként írták le a szakirodalomban, mely a vonatkozó kutatások alapján a T1DM diagnózisú serdülők 33-61%-át érinti (65, 66). Mivel a terápiával való együttműködést jelentősen befolyásolhatja, felismerése és kezelése rendkívül fontos. A diabétesz distressz nem tekinthető pszichiátriai zavarnak, ugyanakkor társulhat például depresszióval. A pontos elkülönítés azért elengedhetetlen, mert a diabétesz distressz más intervenciókat igényel, mint a depresszió. Ugyancsak a T1DM-hez kapcsolódik a diabétesz burnout jelensége is, mely a folyamatos betegségre irányuló odafigyelés, teendők következtében kialakuló túlterheltséget, testi és lelki kimerülést foglalja magában (67). A diabétesz burnout az öngondoskodás csökkenésével és tehetetlenség érzésével jár együtt, továbbá olyan eltávolodás történhet meg általa a betegségtől, amely rendkívül veszélyes lehet. Különösen igaz ez kamasz korban, tekintettel a számos változásra, fejlődési kihívásra. A diabétesz burnout következtében lecsökkenő öngondoskodás által a diabétesz rövid- és hosszútávú szövődményeinek rizikója megnőhet (67).

A diabéteszhez társuló pszichés zavarok közül a depresszió az egyik leggyakoribb. A T1DM-mel való összefüggésben azért is különösen fontos a szűrése, mert a kezelésre való odafigyelést (például inzulinadagolás, diétás előírások betartása) csökkenti (68). Gyermek- és serdülőkorban a depresszió általános rizikótényezői közé tartozik a női nem, az idősebb életkor, a családi diszfunkcionalitás és a megterhelő stresszes életesemény (pl. testi betegség). A depresszió előfordulása 2-3-szor gyakoribb a T1DM-mel diagnosztizált gyerekek és kamaszok körében. Egy több vizsgálatot áttekintő tanulmány alapján (69) a Gyermek Depresszió Kérdőívet használó kutatások a depressziós tüneteket 17,2 és 67% között írják le 1-es típusú diabéteszrel élő fiatalok körében, melyeknek a diabétesz menedzsmentre és a glikémiás kontrollra való negatív hatása egyértelmű. A szorongásos tünetek ugyanezen cikk alapján 32 % fölötti előfordulásúak.

1.1.5.2. Stressz, depresszió, szorongás és gyulladósos bélbetegség

Bár a stressz szerepe az IBD kialakulásában a mai napig nem tisztázott, az viszont egyértelmű a kutatási eredmények alapján, hogy hozzájárul a tünetek súlyosbításához és a relapszusok provokálásához (70, 71). A stressz közvetlenül (bél-agy tengely, immunológiai mechanizmusok, bél permeabilitásának megváltoztatása) és közvetetten (káros viselkedés választása a stressz kezelésére) is hatást gyakorolhat az IBD-re (21). Az IBD-vel diagnosztizált betegek esetében a tartós stressz fokozhatja a pszichés és fiziológiai vulnerabilitást és mentális zavarok kialakulásához vezethet (21). A betegség kiszámíthatatlansága, krónikussága önmagában is jelentős stressz faktor. A gyulladósos bélbetegségekhez gyakran társul a tünetek kiújulásával kapcsolatos bizonytalanság érzése, a társas kapcsolódást potenciálisan akadályozó szégyen, kirekesztettség érzés, továbbá testtel való elégedetlenség, önértékelési problémák (22, 72, 73, 74, 75, 76).

Stapersma és munkatársai (77) szisztematikus áttekintő közleményükben a gyermek- és serdülőkori vizsgálatok alapján alacsonyabb előfordulási arányt találtak a depressziós tüneteket (15%) és a depressziót (3,4%), valamint a szorongásos tüneteket (16,4%) és a szorongásos zavarokat (4,2%) illetően felnőttekhez viszonyítva. Egy IBD-vel diagnosztizált serdülőkre vonatkozó metaanalízis eredményei szerint (76) a szorongásos tünetek tekintetében nem mutatkozott különbség az egészséges kortársakhoz és más krónikus betegségben érintett fiatalokhoz képest sem. Meglepő módon ugyanezen metaanalízis alapján a depressziós tünetekre vonatkozóan is hasonló eredmények

születtek, azonban a klinikai interjúkon alapuló depressziós zavar vizsgálatokkor más krónikus betegségekhez viszonyítva magasabb előfordulásúnak találták a depressziót, a szorongásos zavarokat viszont nem. Egy későbbi vizsgálat (78) alapján az IBD diagnózisú fiatalok több depressziós tünetről számoltak be más krónikus betegekhez képest. Kamaszokra és felnőttekre irányuló kutatások eredményei szerint a betegségaktivitás bejósolja a depressziós tüneteket, a depressziós tünetek pedig visszahatnak a betegségaktivitásra, fenntartva ezáltal egy ciklikus folyamatot (79, 80, 81).

Greenley és munkatársai metaanalízise alapján (76) a társas kapcsolatok terén- a szülők megítélését figyelembe véve- a krónikus beteg gyerekek funkcionálása nem különbözik az egészséges fiatalokétól, míg a serdülők szerint gyengébb színvonalú. Ugyanezen metaanalízis alapján az IBD-vel diagnosztizált fiatalok és más krónikus betegségben érintett kamaszok nem különböznek a társas kapcsolatok terén.

Az IBD diagnózisa fokozottabb figyelmet, felelősséget ró a szülői alrendszerre és a szülők, család számára is nagy stresszel jár. A szülők gyakran számolnak be félelmekről gyermekük testi állapotával, jövőjével, iskolai előmenetelével kapcsolatban (82). Egyes vizsgálatok eredményei szerint a fokozott szülői stressz együttjár a betegség aktivitásával és a tünetek súlyosságával (83, 84). Az IBD diagnózisa után egy évvel a szülői stressz szintje többnyire csökkenést mutat (85).

1.1.5.3. Evészavartünetek diétázást igénylő krónikus betegségekben

Diétázással járó szomatikus betegségek esetén a betegséggel összefüggő sajátosságok hajlamosíthatnak evészavarok kialakulására (86). Satherley és munkatársai (4) kidolgoztak olyan -kétutas- teoretikus modellt, amelyben fölvázolják ezeket a lehetséges folyamatokat. Azok a betegek, akik jelentős szorongást élnek meg egyes ismeretlen hatásúnak vélt ételekkel kapcsolatban, túlértékelhetik az enivalók betegségekre gyakorolt negatív következményeit. Étkezési repertoárjuk beszűkülhet azáltal, hogy igyekeznek elkerülni az általuk nem kontrollálható ételek fogyasztását. A modell másik része azokra vonatkozik, akik a javasolt étrendi és egyéb orvosi előírások betartását követően súlygyarapodást észlelnek, ami esetükben testtel való elégedetlenséget, fogyási szándékot, evészavartüneteket eredményezhet.

A következő részben röviden összefoglalom az evészavarok és evészavartünetek kapcsolódó legfőbb fogalmait, majd az általam vizsgált két krónikus betegségre vonatkozó legfontosabb kutatási eredményeket ismertetem.

A leggyakoribb krónikus betegségek közé tartozó evészavarok pszichoszomatikus betegségeknek tekinthetők (87). Egyre több a leírásra kerülő kórkép (19), továbbá a serdülőkor kezdetén induló esetek száma emelkedést mutat (88). Az anorexia nervosa élettartam-prevalenciája az Európában élő nők körében <1–4%, a bulimia nervosáé <1–2%, a falászavaré <1–4% (89, 90). A DSM-5-ben (91) bevezetésre került az elkerülő/restriktív táplálékbeviteli zavar (avoidant restrictive food intake disorder, ARFID), mely a testképzavarral nem járó restriktív evészavarok gyűjtő diagnózisa lett (92). Gyermekek- és serdülőkorban sajátos, hogy önmagában a növekedés elmaradása mögött is megbújhat az evészavar, nem szükséges hozzá nagyon látványos testsúlyváltozás (87). Szubklinikai evészavarról beszélhetünk akkor, ha az evészavartünetek (például a testtel való elégedetlenség, önhánytatás, fogyási szándék) fennállnak, azonban nem merítik ki a BNO-10 vagy DSM-5 szerinti kritériumokat. Serdülőkorú iskolások lányok közel felénél, a fiúk több mint negyedénél megjelenik kóros evési magatartás, például túlzott diétázás, kalóriamegvonás, falás, a fogyás érdekében extrém módon végzett testmozgás, a hashajtók alkalmazása, hányás (93, 94). Az evészavarok fennállása -akár szubklinikai szinten is- alacsonyabb életminőséget eredményez az egészséges kontroll csoporthoz képest, különösen a pszichés területen rontja az életminőséget (95). Serdülőkorban leggyakrabban anorexia nervosával (AN) találkozhatunk a klinikumban. Ennek a rendkívül súlyos, akár életet is fenyegető betegségnek a jellemző tünete az energiabevitel korlátozása, az intenzív félelem a testsúlygyarapodástól, testképzavar, a testsúly és az alak önértékelésre gyakorolt irreális befolyása. A purgáló típusnál falás és öntisztító viselkedések jellemzők, míg a restriktív típusnál ezek nem állnak fenn (91). A bulimia nervosara (BN) visszatérő falási és purgáló epizódok jellemzőek, mely utóbbiak a súlygyarapodás megakadályozására szolgálnak (91). A falásroham zavar kontroll érzés hiányával társuló túlevés, mely nem jár purgáló viselkedéssel együtt (91).

Az evészavarok pszichés sajátosságai, rizikótényezői közé sorolhatjuk -többek között- a perfekcionizmust, az alacsony önértékelést, a felnőtté válástól való félelmet, a társas kapcsolódás nehézségeit (96, 97, 98, 99). Fontos hangsúlyozni, hogy az evészavartünetek

a szubklinikai evészavar esetén is negatívan befolyásolják a személy emocionalitását, társas kapcsolatait, szomatikus állapotát.

1.1.5.3.1. Evészavartünetek és 1-es típusú diabétesz

A T1DM evészavarral való komorbiditása sokáig rejtve maradhat, azonban tekintettel arra, hogy egy rendkívül veszélyes társulásról van szó, a mielőbbi felismerés életmentő lehet. Nem csupán a klinikai zavar szintjét elérő betegség hatása jelentős, már egy-egy evészavartünet is negatívan befolyásolja a diabétesz egyensúlyban tartását.

Egy T1DM diagnózisú serdülők evészavartüneteire irányuló metaanalízis alapján, a szubklinikai és klinikai súlyosságú evészavarok is gyakrabban fordulnak elő diabéteszes serdülőknél egészséges kortársaikhoz képest. A klinikai diagnózis szintjét elérő evészavarok egyes vizsgálatok eredményei szerint majdnem kétszer gyakrabban fordulnak elő T1DM diagnózisú betegek körében az átlagpopulációhoz képest. Serdülőkorú, T1DM diagnózisú lányok 7%-a kimeríti valamely evészavar diagnosztikus kritériumait (100). Jones és munkacsoportja (101) vizsgálata alapján a T1DM diagnózissal élő serdülő lányok körében mind a klinikai, mind a szubklinikai evészavar előfordulása kétszeres az egészséges kortársaikhoz viszonyítva. Egy másik vizsgálat szerint a T1DM diagnózisú serdülő lányok 37.9%-ának, a fiúk 15.9%-ának vannak evészavar tünetei (102). Ugyan a normál populációra kidolgozott mérőeszközök nagyobb előfordulási arányt mérnek, diabétesz specifikus mérőeszközöket használva is magasabb az evészavartünetek előfordulása (103). Létezik azonban olyan más vizsgálati eredmény is, amely az anorexia nervosa esetében nem talált különbséget a krónikus betegek és a kontrollesoport között, míg a bulimia nervosát illetően igen (104).

Az evészavartünetekkel társult T1DM esetén hiányosabb betegségmenedzsmen, gyengébb glikémiás kontroll észlelhető, melyek következménye, hogy a cukorbetegség rövid vagy hosszú távú szövődményei nagyobb arányban fordulnak elő (100).

Az alábbi leggyakoribb evészavar tünetek jellemzők T1DM-ben: falásrohamok (45%), restriktív étkezés fogyási céllal (38%), illetve az inzulinnal történő manipuláció, amely az inzulinadag kihagyását vagy csökkentését jelenti súlycsökkentés céljából (14%) (102, 105, 106). Ez a rendkívül veszélyes jelenség a rövidtávú negatív hatásai mellett a mortalitást is növelheti (107), ugyanakkor a T1DM-ben és evészavarban érintett vagy veszélyeztetett serdülők viszonylag gyakran alkalmazzák súlycsökkentésre és túlevés

esetén a súlygyarapodás elkerülésére. Az inzulinnal való manipuláció a kamaszkort követően a fiatal, felnőtt nők akár 40%-ánál is előfordulhat. Egy szimulációs tanulmány alapján 2,1 étkezésnyi inzulin elmaradása 0,3-0,4 %-os HbA1c érték emelkedéssel járt, a hosszú hatású inzulin esetében 0,2-0,3%-os emelkedéssel (108).

Pinhas-Hamiel, modelljében (106) az evészavarok rizikófaktorait három egymásra épülő csoportba sorolja. 1. A premorbid faktorok gyakorlatilag az evészavarok általános rizikótényezőinek felelnek meg. Az evészavar kialakulását megelőző túlsúly, az alacsony önértékelés és a testtel való elégedetlenség, továbbá a perfekcionizmus és az anyánál jelenlévő klinikai vagy szubklinikai evészavar, a közös családi étkezések hiánya, valamint az ételre és testsúlyra irányuló családi figyelem tekinthetők az első csoportba tartozó rizikófaktoroknak. A szülői túlféltés és fokozott kontroll, -melyek az evészavar kialakulásában szintén szerepet játszó tényezők- a T1DM-ben bizonyos értelemben tekinthetők a betegséghez természetes módon kapcsolódó tényezőknek. 2. A második csoportot a T1DM-hez kapcsolódó tényezők jelentik. Az evésre és a szénhidrátbevitelre irányuló fokozott figyelem hajlamosíthat az evészavartünetek vagy evészavarok kialakulására. A diagnózist megelőzően gyakori jelenség a fogyás, ami az inzulin beállítását követően megszűnik, sőt súlygyarapodás következhet be. 3. A krónikus kezeléssel járó tényezők alkotják a harmadik csoportot. A T1DM kezelése számos - sokszor igencsak megterhelő- öngondoskodási feladat jár együtt, melyek élethosszig tartóak. Ezek közé tartozik a vércukormonitorozás, az inzulininterápia, az életmódbeli javaslatok betartása. Az esetlegesen előforduló hipoglikémia és számos olyan -nehezen kontrollálható- tényező, amely befolyással lehet a vércukor-szintjére, tartós stresszt jelenthet. A diabétesz társulhat depresszióval, amely szintén növelheti az evészavarok kialakulásának rizikóját (109).

Munkacsoportunk saját gyakorlatában és a szakirodalmat áttekintve sem találkozott olyan esettel, ahol az evészavar talaján másodlagosan alakult ki T1DM (19).

Az evészavartünetek szűrése 10-12 éves kortól ajánlott, lehetőség szerint minden diabéteszben érintett kamasz esetében. Azoknál a serdülőknél, akiknél nehéz az étrend betartása és a diabétesz kontrollvizsgálatok értékei (pl. HbA1c érték) aggasztóak, feltétlenül gondolni kell evészavar lehetőségére is (14, 110).

1.1.5.3.2. Evészavartünetek és gyulladós bélbetegség

Az IBD-vel társuló evészavar felismerése nehezítetté válhat, mert a tünetek (pl. fogyás, hasmenés, növekedés elmaradása) átfedésben lehetnek a két betegség között. A gyulladós bélbetegség gyógyszeres terápiáját a páciensek a fogyási szándékuk miatt visszautasíthatják, az IBD tüneteinek szándékos előidézése viszont súlyvesztést generálhat náluk (111). Az IBD-vel diagnosztizált betegekre irányuló kutatásokban nagy számban találtak az átlagostól eltérő evési mintázatot, a betegség aktivitásától függetlenül. Egy kérdőíves vizsgálatban felnőtt betegek közel 60%-a úgy gondolta, hogy az evés szerepet játszik a relapszusokban. Több, mint kétharmaduk nem fogyasztja kedvelt ételeit a visszaesés elkerülése érdekében. Relapszusok esetén a betegek háromnegyede étvágycsökkenésről számol be, továbbá az IBD-vel küzdők negyede úgy gondolja, hogy a diétázásnak a társas kapcsolataira is kihatása van (112, 113). Prepubertás- és pubertáskorú gyulladós bélbetegek szüleinek jelentős része aggódik az étkezés betegsége gyakorolt hatása miatt (114). A gyermekek 72 %-a nem fogyasztja (fogyaszthatja) kedvenc ételét -a szülők beszámolói alapján- az állapotrosszabbodás elkerülése miatt. Ha az IBD tüneteinek fölerősödésétől való félelem jelentős, a betegek evési magatartását a restriktív irányába mozdíthatja el.

Stoleru és munkacsoportja (115) több mint 1500 IBD diagnózisú betegre irányuló vizsgálatában, az evészavarban érintettek körében a női nem, a testsúllyal való elégedetlenség és az IBD-hez kapcsolódó sebészeti beavatkozás szignifikánsan nagyobb számban fordult elő. Egy serdülő korosztályt vizsgáló kutatás (116) eredményei alapján a nagyobb szorongás és a diagnózis óta eltelt idő növekedése fokozhatja a zavart étkezési magatartás rizikóját.

Egy svéd vizsgálatban (117) a gyermekkori kezdetű IBD-vel diagnosztizált betegeket és egy illesztett kontrollcsoportot követtek nyomon, átlagosan 10 éven keresztül. Az IBD diagnózisú betegek között a pszichiátriai betegségek és az evészavarok kockázata szignifikánsan nagyobb volt, mint a kontrollcsoportban. Az IBD diagnózist követő egy évben mindegyik pszichiátriai zavar rizikója megháromszorozódott. Érdekes eredmény továbbá, hogy a 6 éves kor alatti IBD diagnózis, a gyulladós bélbetegség kapcsán történő sebészeti beavatkozás, továbbá a hozzátartozók pszichiátriai betegsége szintén növelte az evészavar előfordulását.

A szakirodalomban fellelhető közlemények leggyakrabban az anorexia nervosa és a Crohn-betegség komorbiditását említik (118) melyek együttjárása nagyon kedvezőtlen prognózist eredményez. Tidselbak Larsen (119) AN és Crohn-betegség komorbiditására irányuló vizsgálatában az AN növelte a későbbi IBD kialakulásának valószínűségét, míg fordítva ezt nem tudták kimutatni. A gyulladásos bélbetegségek és az evészavarok lehetséges kapcsolatának pontos etiopatogenezise még nem ismert, az autoimmunitással összefüggő folyamatokat kutatják (120). A klinikai gyakorlatban a komorbiditás mielőbbi felismerése rendkívül fontos.

1.1.6. A krónikus betegek életminőségének általános kérdései

Az életminőség (Quality of Life, QOL) fogalma az 1960-as évektől vált -több más terület mellett- a medicina egyik fontos és azóta is sokat vizsgált témakörévé. Ehhez elengedhetetlen volt az is, hogy az egyén szubjektív megélése fajsúlyos és elismert információforrássá vált a vonatkozó kutatások által (121, 122). Az életminőség holisztikus fogalom, magában foglalja az étellel való elégedettség érzését, a személynek a saját helyzetével, céljaival kapcsolatos elképzeléseit a bio-pszicho-szociális területekre kiterjedően, az illető saját kulturális közegében (121, 123, 124). Az egészségügyben -részben a gyógyítás folyamatának követése, részben a beteg szempontjainak megértése céljából- az egészséggel kapcsolatos életminőség (Health Related Quality of Life, HRQOL) mérése terjedt el, mely a betegség, valamint az alkalmazott terápia hatását vizsgálja az egyén jóllétére, magában foglalva a betegség objektív tényezői mellett a betegek szubjektív nézőpontját is (122). A betegség kihat nem csupán a fizikai állapotra vonatkozó életminőségre, hanem a pszichés, szociális területeket is korlátozhatja, ami negatívan befolyásolhatja a szomatikus hogylétet (125). A HRQOL csupán részben függ a beteg aktuális fizikai állapotától, emellett a szubjektív tényezők is markáns hatással bírnak rá, például a személy érzelmi állapota, kognitív stílusa (122, 126). Megkülönböztetünk generikus és betegség specifikus kérdőíveket a HRQOL mérésében. Az előbbivel több betegség is összehasonlítható válik, míg az utóbbi részletesebb képet ad egy-egy betegség specifikumairól (122, 127).

A serdülőkorban bekövetkező számtalan változás hatása tetten érhető az életminőség területén is. Ennél a korosztálynál az egészséggel kapcsolatos életminőség csökkenését írták le, mely leginkább a lányokat érintő változás (128, 129).

Gyermek- és serdülőkorban -minél kisebb a gyermek, annál inkább igaz, hogy- a szülői (proxy) életminőség pontszám ugyancsak hasznos információforrás lehet az QOL vagy HRQOL mérésében (130, 131). Érdekes kutatási eredmény, hogy a szülők alacsonyabbnak ítélik meg gyermekük életminőségét klinikai mintán, míg magasabbnak a nem klinikai mintán (132). A proxy életminőség is tartalmaz szubjektív tényezőket, befolyásolhatja például a szülő pszichés állapota, stressz- szintje (133). Goldbeck és Melches (134) szívfejlődési rendellenességgel diagnosztizált gyerekekre és szüleikre vonatkozó vizsgálata alapján a a szülő saját életminősége moderálja a gyermek életminősége és a proxy életminőség közötti kapcsolatot. Részben az előbbieknél, részben a gyermek és serdülőkor életkori sajátosságainak is tulajdonítható, hogy a gyerekek és a szülők proxy életminőség pontszáma között csak gyenge vagy közepes együttjárást mutattak ki a legtöbb vizsgálatban (135, 136, 137).

1.1.6.1. Életminőség és 1-es típusú diabétesz

Bár a T1DM diagnózissal élő gyerekek és serdülők életének számos területét érinti a krónikus betegség, több kutatási eredmény alapján az általános életminőségük megközelítőleg hasonló egészséges társaikhoz (138, 139). A betegséggel kapcsolatos életminőség-területek ettől függetlenül jelen vannak és hatnak a fiatalok jóllétére, amelyet befolyásol az aktuális fizikai állapot, a betegségből adódó korlátozottság érzés is.

Varni és munkacsoportja (140) tíz betegcsoportot hasonlított össze életminőségük tekintetében. A T1DM-mel élő gyerekek és serdülők életminősége bizonyult a legjobbnak az összes krónikus betegcsoport közül. A fentebb említett kutatásokkal ellentétben ebben a vizsgálatban valamennyi betegcsoport alacsonyabb életminőséggel rendelkezett az egészséges kortársaikhoz képest.

A T1DM diagnózissal élők gyermekekkel és serdülőkkel kapcsolatban is léteznek kutatási eredmények arra vonatkozóan, hogy a lányok, a nagyobb serdülők (139), az egyszülős és alacsonyabb bevétellel rendelkező családok gyerekei rosszabb életminőséggel rendelkeznek (110, 141). Gampelaere és munkacsoportja vizsgálata

alapján (142) a T1DM-mel diagnosztizált gyerekek szülei alacsonyabbra értékelték gyermekük életminőségét mint az egészséges gyerekek szülei, ugyanakkor ebben a vizsgálatban a 8-12 éves diabéteszes gyerekek jobbnak találták életminőségüket egészséges társaikhoz képest. A némiképp egymásnak ellentmondó eredmények háttérében kutatómódszertani okok is állhatnak. Az egészséges gyerekekkel megközelítően azonos vagy jobb életminőség a T1DM diagnózisú gyerekeknél pedig akár az állapotuk elfogadásával, a betegséghez való alkalmazkodással is összefüggésbe hozható és egyes esetekben kapcsolatban lehet a betegség kapcsán megélt pozitív pszichés változásokkal, a poszttraumás növekedés jelenségével is (143).

1.1.6.2. Életminőség és gyulladós bélbetegség

A szülők és a kamaszok beszámolója alapján egyaránt alacsonyabb életminőség jellemzi az IBD diagnózisú serdülőket az egészséges fiatalokhoz képest több kutatás eredménye szerint (28, 144, 145). Az IBD diagnózisú fiatalok testi egészségre vonatkozó életminősége rosszabb egészséges kortársaikhoz képest (146). Serdülőkorú IBD-vel diagnosztizált fiatalok esetén az alacsonyabb HRQOL több egészségügyi ellátás igénybevételét jósolta be gyermek- és serdülőkorban (147). A kor szerepet játszik az IBD diagnózisú gyerekek és kamaszok életminőségében: a 8-12 év közötti gyermekek életminősége jobb serdülő betegtársaiknál (148).

Greenley és munkatársai (76) által készített metaanalízis eredményei szerint a proxy életminőség alacsonyabbnak bizonyult más krónikus beteg fiatalok szülei által adott értékekhez és az egészséges serdülőkhez képest is. Az IBD-vel diagnosztizált fiatalok saját életminőségüket alacsonyabbnak ítélték meg egészséges kortársaikhoz képest, viszont más krónikus betegekhez viszonyítva némileg magasabbnak. Engelman és munkacsoportja (149) vizsgálata szerint a pszichiátriai komorbiditás és a betegségaktivitás alacsonyabb életminőséget eredményez IBD diagnózisú serdülők körében. Gray és munkatársai (83) eredményei alapján az internalizációs tünetek részlegesen mediálták a kapcsolatot a betegségaktivitás és az életminőség között. Ugyanebben a vizsgálatban a betegség aktivitása HRQOL varianciájából csak a 20%-át magyarázott. Egy felnőttekre vonatkozó longitudinális kutatás eredményei (150) szerint ugyan a betegségaktivitás negatív hatással volt az életminőségre, a betegség hatása a pszichés működésre akkor is fennáll, amikor a beteg épp remisszióban van.

Beese és kutatócsoportja review tanulmányukban (74) a testkép szerepét vizsgálták IBD-vel élő felnőttek életminőségében. A testtel való elégedetlenség érzése rosszabb életminőséget eredményezett.

1.2. A kognitív érzelemszabályozás

1.2.1. Az érzelemszabályozás meghatározása és folyamata

Az érzelmek adaptív szabályozása, mely az adott emocionális élményt vagy az aktuális helyzetet uralhatóbbá, kezelhetőbbé teszi, kulcsfontosságú a környezeti tényezőkhöz való mindennapi alkalmazkodásban (151, 152, 153, 154). Az érzelemszabályozás azon intrinsic- és extrinsic folyamatokat takarja, amelyek által a személy módosíthatja egy adott érzelmi válasz kiváltódását, intenzitását, minőségét és időtartamát (152, 155). Gross folyamatmodellje (156) alapján az érzelemszabályozás körét a személy által vágyott érzelmi állapot és az aktuális érzelmi állapota közötti diszkrepancia érzése indítja el. Ebben a helyzetben a lehetséges stratégiák közül valamelyik kiválasztásra kerül, a stratégia specifikus módon végrehajtódik, majd megtörténik a ciklus figyelemmel kísérése az érzelemszabályozás sikere érdekében. Az alkalmazott stratégiák lehetnek tudatosak és tudattalanok egyaránt (157), továbbá a negatív és pozitív érzelmek ugyancsak szabályozhatók általuk (158). Gross (154) öt csoportba osztja az érzelem szabályozási stratégiákat: a szituáció szelekció (1) révén érzelemszabályozási céllal az adott helyzethez közelíthet vagy távolodhat a személy. A szituáció módosításával (2) és figyelve irányításával (3) (pl. figyelem elterelés, rumináció) ugyancsak szabályozhatja emócióit. Kognitív változtatást (4) is eszközölhet (pl. átkeretezés, elfogadás) a szabályozás érdekében. Majd a válaszközpontú stratégiák (5) segítségével a kimenetel megváltoztatása szintén egy lehetséges alternatíva (154). John és Gross (159) az érzelmek elnyomását -mely több depressziós tünettől és kisebb étellel való elégedettséggel jár együtt- mint maladaptív stratégiát határozta meg, az átértékelést pedig adaptív stratégiaként. Az érzelemszabályozás szorosan összefügg az interocepcióval, mely a

testből érkező jelek, érzések (pl. éhség, fájdalom, szívverés, stb.) együttese. Ezeknek a belső érzeteknek a feldolgozása eredményezi az interoceptív tudatosságot, ami a testi érzések, kognitív folyamatok és érzelmek integrációjának fontos összetevője. A folyamatos stressznek való kitettség csökkent interoceptív tudatossághoz vezethet (160), az interoceptív tudatosság nehézségei pedig számos pszichés problémával mutatnak kapcsolatot (161, 162).

1.2.2. Az érzelemszabályozás fejlődése

Holodynski és Friedlmeier (163) öt szakaszra osztja az érzelemszabályozás fejlődését. Az *első két év* fő feladata, hogy a csecsemő, majd kisgyermek felépítsen egy differenciált érzelmi repertoárt a legszűkebb gondozói környezetébe ágyazottan. A csecsemőkorban még hiányzó, fejletlen érzelmi tartalmakat a szülők pótolják ki azáltal, hogy némiképp eltúlzott módon visszatükrözik gyermekük érzelmi állapotát, ami a csecsemő érzelmi eszköztárának bővüléséhez fog vezetni. A differenciált érzelmek kifejlődése elengedhetetlen ahhoz, hogy a gondozó megfelelő módon elégítse ki gyermeke szükségleteit a későbbiekben. Az anya és gyermek egy ko-regulációs rendszerként működnek ebben a kezdeti időszakban, mely során a szülő érzelmi hangulódása gyermekére elengedhetetlen (164). A gyermek függ a közte és anyja között meglévő interperszonális szabályozó rendszertől, nem képes kontrollálni érzéseit, késleltetni szükségleteit (163). Mindezek tükrében érthető, hogy az érzelemszabályozás szoros kapcsolatban áll a kötődéssel (165) is. A biztonságos kötődés a jobb féltekei szabályozó funkciók hatékonyságának elősegítésével hozzájárul a negatív emóciók szabályozásához. A következő fázis a *3-6 éves kor közötti időszakot* öleli föl, mely alatt a gyermek intraperszonális síkon is képessé válik érzelmi szabályozásra. Fontos tényezője ennek az szakasznak a gyermek saját akarata, mellyel tetteit vezérli és az olyan önértékelő érzések megjelenése, mint a büszkeség, szégyen, büntudat, amelyek a kulturális normák, szabályok elsajátítását is lehetővé teszik. A *6 éves kortól* fejlődő harmadik fázisban a beszéd fejlettsége lehetővé teszi az intraperszonális szabályozás további előrelépését. Kamaszkorban (4. szakasz) a kisebb életkorra jellemző külső, viselkedéses coping

stratégiák egyre inkább a belső, kognitív technikák felé mozdulnak el. Ehhez hozzájárul a kognitív fejlődés azon sajátossága, amely által a serdülők egyre inkább képessé válnak az absztrakt gondolkodásra, jövőbeli tervezésre, mások szempontjainak figyelembevételére és a történésekkel kapcsolatban alternatív magyarázatok, értelmezések kigondolására (166, 167, 168). Már nem csupán a jelent és közeljövőt figyelembevéve történik meg a viselkedés és az érzelmek regulációja, hanem képessé válik a serdülő a távoli jövőre nézve is a szabályozásra. Egyre finomabb dekódolása történik meg az érzelmeknek és egyre tisztábban a szelf részeként jelennek meg az egyes emocionális élmények. A kortársak érzelmi állapotának dekódolása is fejlődik, továbbá a kognitív fejlődéssel párhuzamosan a szabályozási képesség sokkal adaptívabb érzelemszabályozó stratégiák alkalmazását teszi lehetővé (163, 169). Bár serdülőkorban a kortársak befolyása megnő, a szülők (különösen az anyák) jelentős hatással bírnak az érzelemszabályozásra (170). Az erre az időszakra jellemző hatalmas fejlődés mellett számos olyan mentális zavar megjelenése is ekkorra tehető, melyek háttérében komoly érzelemszabályozási deficit azonosítható (171, 172). A serdülőkori fejlődési ív elvezet az ötödik fázishoz, a felnőttkorhoz. Ekkorra ideális esetben fejlett, változatos adaptív érzelemszabályozó stratégiák állnak rendelkezésre.

A felnövekvés során mindvégig fontos szerepet játszik a szülők érzelemszabályozása a gyermekek érzelemszabályozásának fejlődésében. A szülői érzelmi melegség, támogatás és emocionális érzékenység magasabb szintű érzelemszabályozással és jobb pszichoszociális alkalmazkodással jár együtt (170, 172). Morris és kollégái (173) kidolgoztak egy háromrétű modellt amelyben az érzelemszabályozás fejlődésének három összekapcsolódó folyamatát írják le: a szülői érzelemszabályozás megfigyelése (pl. modellkövetés által), az érzelmekkel kapcsolatos szülői viselkedés, valamint a család érzelmi légköre (szülői stílus, kötődés, az érzelmek kifejezése és a családi kapcsolatok) együttesen meghatározóak. A szerzők kiemelik, hogy kétirányú folyamatról van szó, melyben a gyermek is hat a szülőkre, temperamentuma, örökölt jellemzői által. Ez utóbbi Kiel és Buss (164) kutatásában is alátámasztásra került, ugyanis a gyermekük szabályozatlan félelmére túlvédéssel reagáló szülők gyermekeit később óvodásként egyértelműen nagyobb fokú társas visszahúzódás jellemezte. Bariola és munkatársai (174) 9-19 év közötti gyermekek és kamaszok valamint szüleik érzelemszabályozása közötti kapcsolatot vizsgálták. Eredményeik alapján a serdülő korosztályban -hasonlóan

a kisebbekhez- az anyai érzelem-elnyomás prediktívnek bizonyult a gyerekek elnyomás stratégiájára vonatkozóan. Összességében elmondható, hogy a jobb érzelemszabályozással rendelkező anyák gyermekei kevesebb internalizációs tünettől és ugyanacsak jobb érzelemszabályozással rendelkeznek. Az externalizáló tünetek esetén viszont kevésbé egyértelműek az eredmények Zimmer-Gembeck és munkacsoportja (175) metaanalízise alapján.

Az újabb kutatások nyomán egyértelművé vált, hogy a szülők érzelmi, nevelési hatása a kamaszkorú gyermekekre nézve is jelentős és összefüggésben áll a serdülő pszichés jólétével. Rothenberg és munkatársai (176) vizsgálata alapján például a szülői melegség kultúrafüggetlen protektív tényezőnek bizonyult a serdülők internalizációs és externalizációs tüneteinek kialakulása szempontjából.

1.2.3. A kognitív érzelemszabályozás

Az emóciók szabályozására alkalmazott tudatos gondolkodási és figyelmi folyamatokat tekintjük kognitív érzelemszabályozó stratégiáknak (177). A kognitív coping és a kognitív érzelemszabályozás egymástól elkülönülő fogalmak, míg az első gondolkodási és viselkedési komponenseket egyaránt magában foglal, addig az aktuálisan tárgyalt kognitív érzelemszabályozás tisztán a kognitív folyamatokra vonatkozik (178). Garnefski és munkacsoportja (177, 178) az alábbi – öt adaptív, illetve négy maladaptív-kognitív érzelemszabályozó stratégiákat különíti el:

- A pozitív átértékelés az egyik legtöbbet tanulmányozott stratégia (171). Ez az érzelemszabályozási típus az adott, érzelmileg telített helyzet újragondolására, átfogalmazására irányul, amely által az adott helyzet érzelmi jelentése megváltozik. A szituáció pozitív vetületeinek átgondolása magában foglalhatja a személyes fejlődés lehetőségét is. A stratégiára irányuló kutatások alapján az átértékelés képes a negatív érzést nem csupán a szubjektív megélést illetően, hanem a fiziológiai mutatók tekintetében is csökkenteni (179, 180). A pozitív átértékelés akkor lehet igazán adekvát stratégia, ha az érzelmet okozó helyzet nem kontrollálható (181).

- pozitív fókuszváltás: a figyelem kellemes dolgokra történő irányítása a kellemetlen, megterhelő esemény helyett. Rövid távon hasznosnak tekinthető, azonban később akadályozhatja az adaptív helyzetmegoldást.
- tervezés: a helyzet megoldásán, annak kezelésén való gondolkodás, lépések kigondolása. Együtt jár az önbizalommal, optimizmussal, negatívan korrelál a szorongással (177).
- perspektívába helyezés: a helyzet keltette negatív emóciók csökkentése azáltal, hogy az illető saját korábbi élményeivel vagy mások élményeivel veti össze a tapasztaltakat.
- elfogadás: a történetek elfogadása, az abba való beletörődés.
- önvád: a személy a negatív életesemények bekövetkezéséért önmagát teszi felelőssé.
- rumináció: az átélt eseményeken, annak lehetséges okain és következményein való repetitív, terméketlen gondolkodás.
- mások hibáztatása: a felelősség áthelyezése kívülre.
- katasztrofizálás: a személy felnagyítja a történetek negatívumait és negatív következményeit.

A kognitív érzelemszabályozó stratégiák alkalmazásában nemi különbségeket is leírtak. Zlomke és Hahn (182) felnőttekre irányuló vizsgálata alapján a nők szignifikánsan nagyobb mértékben alkalmazzák a ruminációt és a perspektívába helyezést, míg a férfiak többször használják a mások hibáztatása stratégiát.

1.2.4. A kognitív érzelemszabályozás és a mentális betegségek kapcsolata

Az aktuális kutatási eredmények alapján az érzelemszabályozási problémák transzdiagnosztikus tényezőknek tekinthetők a pszichés betegségek kialakulása szempontjából, ezért a negatív emóciók adaptív szabályozása kulcsfontosságú a mentális egészség megőrzését illetően (2, 3, 154, 170, 183). Garnefski és munkacsoportja (177) felnőtt egészséges személyek és pszichiátriai betegek csoportjait hasonlította össze a kognitív érzelemszabályozó stratégiák tekintetében. Az önvád és katasztrofizáció

stratégiák a klinikai csoport esetében fordultak elő szignifikánsan nagyobb mértékben, míg a pozitív átkeretezés az egészséges mintában. A kognitív érzelemszabályozó stratégiák kapcsolatát számos mentális betegséggel összefüggésben igazolták, például depresszió, szorongásos betegségek, addikció, PTSD, evészavarok, személyiségzavarok (184, 185, 186, 187, 188). Izgalmas és intenzíven kutatott terület, hogy az egyes kognitív érzelemszabályozó stratégiák erősebben kapcsolódnak-e össze bizonyos típusú pszichiátriai betegségekkel (2, 3). Jelen irodalmi összefoglalónkban a depresszióval, szorongással és evészavarral kapcsolatos legfontosabb eredményeket tekintem át. A depresszióval való összefüggésben az egyik leggazdagabban kutatott kognitív érzelemszabályozó stratégia a rumináció (189, 190, 191), melynek ugyanakkor a szorongással való kapcsolatáról is születtek releváns eredmények (192, 193). Sajátos önfenntartó kör a rumináció és a negatív érzelmek egymást erősítő hatása (194). A rumináció bejósolja az újonnan induló depressziós epizódot, valamint a szorongásos tüneteket és különösen jellemző a kevert szorongásos és depressziós tünetekkel rendelkező személyeknél (193). A nemek között 12 éves kortól írtak le különbséget a rumináció gyakoriságában. Ez részben magyarázhatja a depresszió magasabb arányát nőknél, ami már 13 éves kortól fennáll (195). A depresszió szempontjából rizikócsoportba tartozó serdülők esetében magasabb szintű ruminációt írtak le (196).

Fiatal felnőtteknél a depressziót az önvád, rumináció, katasztrófizáció, elfogadás és az alacsony pozitív átértékelés jósolta be, nemtől függetlenül. A szorongás esetében az önvád, rumináció, katasztrófizáció és az alacsony szintű pozitív átértékelés bizonyult prediktívnek, míg a stresszt az önvád, rumináció és az alacsony pozitív átértékelés jósolta be (197). Gyermek és serdülők esetén az önvád, a rumináció és a pozitív átkeretezés állt összefüggésben az internalizációs problémákkal (198). Egy magyar kutatás eredménye szerint a depressziót az önvád, katasztrófizálás, pozitív átértékelés és pozitív fókuszváltás jósolta be legerősebben 12 és 21 év közötti serdülők esetében (199). Ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy számos módszertani probléma is nehezíti a pontos beazonosítást, pl. az egymást átfedő zavarok gyakori előfordulása (200).

1.2.4.1. A kognitív érzelemszabályozás és evészavarok

Az evészavarban szenvedő betegekre jellemző az alexithymia mint személyiségjegy, vagyis az érzelmek azonosításának, a testi érzetek és az emocionális arousal

megkülönböztetésének, valamint az emóciók külvilág felé történő kommunikációjának a nehézsége (96, 201). Az alexithymia indirekt módon az érzelemszabályozáson keresztül vesz részt számos pszichopatológia kialakulásában (202) (203). Preece és munkacsoportja (151) a magas alexithymia pontszámmal rendelkező egyének esetében több maladaptív és kevesebb adaptív érzelemszabályozó stratégiát azonosított. Az érzelmek felismerésének nehézsége egy hároméves prospektív vizsgálat eredménye szerint rossz prognosztikai jegynek mutatkozott anorexia nervosával diagnosztizált páciensek körében (204). Kutatásunkban (205) a mentalizációs bizonytalanságot (mások mentális állapotának, érzéseinek értékelésében való nehézség) mediátor tényezőként azonosítottuk akötődés és az evészavartünetek kapcsolatában.

Az evészavarban érintett nőkre az érzelmek elkerülése jellemzőbb az evészavarban nem érintettekhez képest (206). Több kutatás igazolta, hogy az érzelemszabályozási problémák egyaránt lehetnek az evészavarok kiváltó és fenntartó tényezői is, továbbá, hogy a diszfunkcionális evési magatartás maladaptív stratégiaként is értelmezhető a különböző, érzelmileg megterhelő helyzetek szabályozásában (200, 207, 208). Mindemellett az evészavartünetek a mindennapokban is eszközül szolgálnak a pozitív emóciók előidézésének és a negatív érzések mérséklésének (209). A diszfunkcionális érzelemszabályozás és az evészavartünetek közötti kapcsolatot serdülő mintán is igazolták, fiúknál és lányoknál egyaránt (210), továbbá -egy a serdülőket és szüleiket egyszerre vizsgáló kutatás- a szülők érzelemszabályozása és evészavartünetei, valamint a serdülők és szüleik diszfunkcionális érzelemszabályozása között is együttjárást mutattak ki (211).

Racine és Wildes (212) egyéves követéses vizsgálatuk során megállapították, hogy az alacsony érzelmi diszreguláció a betegekben az anorexiás tünetek csökkenését eredményezi, míg a jelentős érzelemszabályozási problémák prediktívnek bizonyultak az anorexiás tünetek súlyosbodását illetően intenzív terápia mellett is. Ugyanezen vizsgálatban az anorexiás tünetek súlyossága nem bizonyult prediktívnek az érzelemszabályozás változása tekintetében. Az előbbi eredmények a BMI-től és a depressziós tünetektől függetlenek és az anorexia restriktív és purgáló altípusára egyaránt igaznak bizonyultak. Ígéretesnek tűnnek az érzelemszabályozásra irányuló neurobiológiai vizsgálatok, akár az evészavarok prognózisát illetően is: Steward és munkacsoportja (213) például a kognitív átértékelés alkalmazása közben csökkent

dorzolaterális prefrontális aktivitást és ezen területnek az amygdalával való csökkent funkcionális kapcsolatát írta le. Ez az eltérés prediktívnek bizonyult a betegek későbbi súlygyarapodására és az érzelemszabályozási diszfunkcióira nézve. Az önvádra vonatkozó figyelemreméltó eredmény, hogy a kezdeti önvád bejósolja a terápia hosszútávú kimenetelét (214, 215).

Vizsgálatok irányulnak az egyes evészavartípusokban előforduló érzelemszabályozási stratégiákra. Az anorexia nervosában érintett betegek esetében sokkal kevesebb adaptív érzelemszabályozó stratégiát találtak, mint például a bulimiások esetében, amit az alacsony testsúllyal és az alexithymiával is összefüggésbe hoztak (216). Egy másik vizsgálat eredménye szerint mind az anorexia nervosában, mind a bulimia nervosában több maladaptív és kevesebb adaptív stratégiát használnak az egészséges kontrollcsoporthoz képest (208). Nandrino és munkacsoportja (217) anorexia nervosa diagnózisú nőket egészséges kontroll csoporttal összehasonlítva az alábbi kognitív érzelemszabályozó stratégiák tekintetében írtak le szignifikáns különbséget: önvád, pozitív fókuszváltás, pozitív átkeretezés, elfogadás, perspektívába helyezés és rumináció. Az előbbi nem adaptív stratégiákat az anorexiában szenvedő csoport szignifikánsan többet alkalmazza, míg az adaptívakat kevesebbet. A legnagyobb hatásméretet az önvád esetében írták le.

Falászavarban érintett emberek között az önvád és katasztrófizáció magasabb mértékű, mint az egészségeseknél. A katasztrófizáció önmagában az evészavar pszichopatológia súlyosságával függött össze esetükben. A falászavarral diagnosztizált betegek több maladaptív stratégiát alkalmaznak és kevesebb adaptívot (218). Obezitásban érintett serdülőket összehasonlítva egészséges társaikkal (219), az elfogadás, pozitív fókuszváltás, és pozitív átkeretezés stratégiákban alacsonyabb pontot értek el. Ugyanebben a vizsgálatban a rumináció és az önvád nagyobb BMI-vel járt együtt.

Harrison és munkacsoportja (220) vizsgálatának eredménye alapján az evészavarból való felépülést követően az érzelemszabályozási nehézségek el is tűnhetnek.

1.2.5. A kognitív érzelemszabályozás szerepe a krónikus betegségekhez való alkalmazkodásban és az életminőségben

A krónikus betegségekben érintett emberek számos stresszorzal szembesülnek testi tüneteik, állapotuk, illetve annak következményei révén, mely negatív érzésekkel járhat, fokozottan igénybeveheti az egyén érzelemregulációs kapacitását (221). Serdülőkorban, a fejlődésből adódóan jellemzőbbek az érzelmi hullámzások és a negatív hangulat szabályozási nehézségei (222). A krónikus beteg fiatalok fejlődési feladatai összetettebbek egészséges kortársaikhoz képest, számukra az önállósodás, szülőkről való leválás a betegségükkel szervesen összefonódva történik és a labilis pszichés állapot gyakran adherencia problémákkal és a testi tüneteik súlyosbodásával jár együtt (1, 11). A helyzet összetettségéhez hozzájárul az is, hogy a krónikus beteg gyermeket gondozó szülők saját -a betegséggel kapcsolatos- érzéseik mellett- gyermekük testi- és érzelmi állapotának szabályozásában is részt vesznek, amely hatalmas igénybevételt jelent számukra (223). Az érzelemszabályozás és krónikus betegségek kapcsolatára irányuló kutatások kiemelik, hogy a diszfunkcionális érzelemszabályozás nem csupán a pszichés problémák megjelenésének esélyét növeli, hanem a krónikus betegségekhez való alkalmazkodást is rontja (1, 224), ily módon a téma relevanciája több aspektusból is indokolt. IBD diagnózisú felnőttek esetében nagyobb mértékű alexithymiát írtak le, az egészséges kontroll csoporthoz viszonyítva, mely bár nem klinikai szintű, azonban a betegségből is adódó stresszhelyzetek és egyes pszichés tényezők hatására az érzelmek felismerését tovább ronthatja (225).

Kraaij és Garnefski (226) több krónikus betegségre kiterjedő kutatásukban a kognitív érzelemszabályozó stratégiákat kiemelkedően fontosnak írták le depresszióban, kiemelve az önvád, rumináció és katasztrófizáció szerepét. Serdülőkorú T1DM-ben érintett kamaszok kognitív és viselkedési copingját vizsgálva Kraaij és kollégái (227) számos kognitív érzelemszabályozó stratégia szignifikáns kapcsolatát írták le depresszióval (rumináció, katasztrófizáció, önvád, mások hibáztatása, elfogadás, pozitív fókuszváltás, pozitív átkeretezés), míg a viselkedési coping stratégiák esetében nem találtak szignifikáns kapcsolatot. A szerzők kiemelik a kognitív stratégiák fejlesztésének fontosságát T1DM diagnózisú serdülők körében. Van der Zaag-Loonen és munkatársai (228) IBD-vel diagnosztizált serdülők esetében az elkerülő coping stratégia alkalmazását

gyakoribbnak találták, amit a betegség nehezen bejósolható lefolyásával és annak szociális vonatkozásaival magyaráztak.

Krónikus betegek körében viszonylag gazdagon kutatott terület a fájdalom-katasztrófizáció jelensége, mely esetén a fájdalommal kapcsolatos élmények előtérbe kerülnek, a katasztrófizálásra hajlamos személy erős szorongás esetén fokozottabb fájdalmat él meg. A katasztrófizáláshoz társuló rumináció a fájdalommal kapcsolatos gondolatokat előtérbe helyezi és felerősítheti (229, 230, 231, 232).

Bogdan és Gherasim-Diaconu (233) daganatos beteg kamaszokat vizsgálva a kognitív érzelemszabályozó stratégiákat prediktorként írják le a pszichés jóllét, valamint a betegséghez való alkalmazkodás tekintetében. A pozitív átkeretezés a pszichés jóllétet pozitívan, míg a rumináció és mások hibáztatása a betegséghez való alkalmazkodást negatívan jósolta be. A diabétesz distressz csökkentésében is ígéretesnek tűnik az érzelemszabályozás fejlesztése, ugyanakkor a maladaptív érzelemszabályozás a diabétesz distresszt fokozza (234).

Az életminőség és az érzelemszabályozás kapcsolata is izgalmas és egyre többet kutatott témakör (235, 236). Felnőtt, nem krónikus beteg mintán vizsgálva a pozitív átértékelés -mint adaptív érzelemszabályozó stratégia- bejósolta a jobb életminőséget, az érzelmek elnyomása pedig negatívan befolyásolta azt (237).

Garnefski és munkatársai (224) juvenilis idiopathiás arthritis-szel diagnosztizált kamaszok esetében a katasztrófizációt és a ruminációt találták az életminőség legerősebb prediktorának. Reed és kutatócsoportja (238) gyulladós bélbetegségben érintett serdülők életminőségét vizsgálva a katasztrófizáció jelentőségét emelik ki. Saját, korábbi vizsgálatunk eredménye alapján (239) az önvád, katasztrófizáció és a pozitív átértékelés szignifikáns prediktora az IBD és T1DM diagnózisú serdülők életminőségének.

Felnőtt populációban Tombini és munkatársai (240) epilepsziás betegek érzelemszabályozását, depressziós tüneteit és életminőségét vizsgálták. Eredményeik szerint a depressziós tünetek és az érzelmi diszreguláció között kétirányú kapcsolat áll fenn, továbbá mindkettő magasabb szintje szignifikáns együttjárást mutat a rosszabb életminőséggel. Bahrami és munkatársai (241) daganatos betegséggel küzdő felnőttek érzelemszabályozásának vizsgálatakor a pozitív fókuszváltás, pozitív átkeretezés, perspektívába helyezés szignifikáns pozitív kapcsolatban állt az életminőséggel, míg mások hibáztatása szignifikáns negatív kapcsolatban állt vele. Az életminőséget illetően

bejósoló értékűnek egyedül a pozitív átkeretezés bizonyult. Van De Ven és munkatársai (242) asthma diagnózisú serdülőket vizsgálva ugyancsak a pozitív átértékelés jobb életminőséggel való együttjárását írta le.

1.3. A szakirodalmi adatok összefoglalása

A fentebb részletesen ismertetett kutatási eredmények alapján a krónikus betegséggel diagnosztizált gyermekek és serdülők, valamint családjaik pszichés megsegítésének szükségessége több oldalról is alátámasztásra került. Egyrészt a betegek számának növekedése is felhívja a figyelmet a minél komplexebb és hatékonyabb ellátásra, másrészt a pszichés tünetek (például evészavartünetek), zavarok jelenléte rövid- és hosszútávon negatív hatással lehet a krónikus betegségekre, ami a betegek életminőségét és az egészségügyi ellátókkal való együttműködést is rontja. A pszichés szűrés, támogatás, gondozás rendkívül időigényes folyamat, az erőforrások pedig végesek, így érdemes olyan beavatkozási pontokat is vizsgálni, amelyek egyszerre több nehézség kezeléséhez is adekvátak lehetnek. A kognitív érzelemszabályozó stratégiák összefüggése számos pszichiátriai zavarral kapcsolatban bizonyított, ily módon transzdiagnosztikus tényezőkné tekinthetők. Az evészavartünetek és a diszfunkcionális érzelemszabályozás közötti kapcsolatot serdülőkorban mindkét nem esetén leírták. Az anorexia nervosa diagnózisú nők az önvád, pozitív fókuszváltás, pozitív átkeretezés, elfogadás, perspektívába helyezés és rumináció tekintetében különböztek az egészséges kontroll csoporttól. További fontos és a doktori kutatásom szempontjából releváns eredmény, hogy a serdülők és szüleik diszfunkcionális érzelemszabályozása között pozitív együttjárás mutatkozott (211).

A kognitív érzelemszabályozás szerepe az életminőségben krónikus betegek körében ugyancsak izgalmas és a pszichológiai intervenciók megalapozását elősegítő kérdéskör. Krónikus beteg serdülők esetén az önvád, katasztrófizáció rosszabb életminőséget jósol be, míg a pozitív átértékelés jobb életminőséghez járul hozzá.

Jelen kutatásban a kognitív érzelemszabályozásnak a krónikus betegségben érintett serdülők evészavartüneteivel és az életminőségével való kapcsolatára koncentrálok,

abból a célból, hogy szélesítsem a meglévő ismereteket a T1DM és IBD diagnózissal élő fiatalok és családjaik rendszerszemléletű komplex ellátásához. Ismeretem szerint ez az első olyan kutatás, amely e két betegcsoportra irányulón vizsgálja a kognitív érzelemszabályozás szerepét, továbbá beemeli a szülők kognitív érzelem-regulációját is az evészavartünetekkel és az életminőséggel való összefüggésben.

2. CÉLKITŰZÉSEK ÉS HIPOZÉZISEK

A kutatás két vizsgálatra tagolódik.

Az 1. vizsgálat 14 és 18 év közötti IBD és T1DM diagnózisú fiatalok körében tanulmányozza a kognitív érzelemszabályozás szerepét egyes evészavartünetekben és az életminőségben, testileg egészséges fiatalokkal és anorexia nervosával diagnosztizált serdülőkkel összehasonlítva őket. Célkitűzései és hipotézisei:

1. a kognitív érzelemszabályozó stratégiák vizsgálata a négy csoportban. Hipotézisem alapján az egyes adaptív és nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiákat illetően a négy vizsgálati csoport különbözik egymástól. Feltételeztem, hogy a krónikus betegek közül az IBD csoport kevesebb adaptív stratégiát és több maladaptív stratégiát alkalmaz, mint a T1DM diagnózisú csoport, tekintettel a betegség kiszámíthatatlan, hullámzó lefolyására. Feltételeztem továbbá, hogy a testileg egészséges csoport alkalmazza a legtöbb adaptív stratégiát mindhárom másik csoporthoz képest, míg az anorexiás csoport a legtöbb a maladaptív stratégiát.
2. Az evészavartünetek vizsgálata a négy csoportban. Feltételeztem, hogy az AN csoportnak lesznek legmagasabbak az evészavar pontszámaik, továbbá azt, hogy a krónikus betegek magasabb evészavar értékeket érnek el a testileg egészséges kamasz csoporthoz képest.
3. Annak vizsgálata, hogy a betegcsoportokban a kognitív érzelemszabályozó stratégiáknak szerepe van az evészavartünetekben. Feltételeztem, hogy a vizsgált krónikus betegcsoportokban a testileg egészséges csoporttól eltérő kognitív érzelemszabályozás indirekt módon kapcsolatban áll az evészavartünetekkel, vagyis a krónikus betegek -a testileg egészséges csoporthoz képest- feltételeztem több evészavartünetében szerepet játszanak egyes kognitív érzelemszabályozó stratégiák.
4. Az életminőség vizsgálata az egyes csoportokban. Hipotézisem alapján a négy vizsgált csoport között különbség van az általános életminőség tekintetében. Feltételeztem, hogy a T1DM diagnózisú csoport jobb életminőséggel rendelkezik,

mint az IBD diagnózisú csoport, ugyanakkor nem különbözik a testileg egészséges csoporttól. Hipotézisem alapján az AN diagnózisú csoport alacsonyabb életminőséggel rendelkezik a testileg egészséges csoporthoz képest.

5. Az életminőségben szerepet játszó kognitív érzelemszabályozó stratégiák vizsgálata. Feltételeztem, hogy a krónikus beteg csoportokban a testileg egészséges csoporttól eltérő adaptív és nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák indirekt módon kapcsolatban állnak az életminőséggel.

A 2. vizsgálat 14 és 18 év közötti IBD és T1DM diagnózisú serdülők és szüleik kognitív érzelemszabályozását helyezi a fókuszba. Célkitűzései és hipotézisei:

1. az érzelemszabályozó stratégiák mediátor szerepének vizsgálata a serdülők evészavartüneteit illetően. Feltételeztem, hogy a szülők negatív kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak kapcsolata a serdülők evészavartüneteivel a gyermek negatív érzelemszabályozó stratégiáin keresztül valósul meg, míg a szülők pozitív érzelemszabályozó stratégiáin keresztül nem áll fenn ez a hatás.
2. A szülő-gyerek párosok közötti hasonlóság, különbség vizsgálata az életminőség tekintetében. Hipotézisem alapján a serdülők és szülők életminőségre vonatkozó pontszámai mérsékelt együttjárást mutatnak. Feltételeztem, hogy a serdülők életminőség pontszáma és a szüleik által adott proxy életminőség pontszám szignifikánsan különbözik egymástól: a szülők rosszabbnak ítélik meg gyermekük életminőségét.
3. A serdülők és szülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak szerepe az életminőségben. Feltételeztem, hogy a serdülők életminőségét saját- és egyes szülői kognitív érzelemszabályozó stratégiák egyaránt prediktálják. Hipotézisem szerint a serdülők esetén az önvád, katasztrófizáció és a pozitív átértékelés szignifikánsan bejósolja az életminőséget.

3. MÓDSZEREK

3.1. Első vizsgálat: a kognitív érzelemszabályozás szerepe az evészavartünetekben és az életminőségben. Krónikus betegséggel élő serdülők, testileg egészséges serdülők és anorexia nervosa diagnózisú serdülők összehasonlító vizsgálata

3.1.1. Eljárás és minta

A mintát 14-18 év közötti, a Semmelweis Egyetem (I. sz.) Gyermekgyógyászati Klinikán IBD, T1DM és AN diagnózissal kezelt három klinikai csoport és Magyarország négy fővárosi, illetve vidéki középiskolájának diákjai alkották. Az utóbbiak esetében rákérdeztem a testi betegségek meglétére és kizárásra kerültek azon serdülők, akiknek van krónikus szomatikus betegségük. Vizsgálatomba ép értelmű, 14 és 18 év közötti serdülőket vontam be. A krónikus testi beteg klinikai csoportokba azon fiatalok kerülhettek be, akik legalább fél éve kapták meg IBD vagy T1DM diagnózisukat. Az AN csoportba a kezelőorvos által diagnosztizált, anorexia nervosa vagy atípusos anorexia nervosa diagnózisú serdülők kerültek. A Gyermekgyógyászati Klinika betegköre a fenti betegcsoportok esetében a fővárosra és vidéki településekre egyaránt kiterjed.

A keresztmetszeti vizsgálat során papír formátumú kérdőívcsomagot alkalmaztam, melynek kitöltése kb. 30–40 percet vett igénybe. Az iskolák igazgatóitól levélben engedélyt kértem a vizsgálat lefolytatásához. A kutatásban való részvétel passzív szülői beleegyezéssel és a résztvevők informált hozzájárulásával történt. Az adatgyűjtés előtt két héttel kiküldtem a szülőknek a tájékoztató levelet emailben az osztályfőnökön keresztül, melyben kértem, jelezzék az osztályfőnökök felé, ha nem szeretnék gyermekük részvételét a kutatásban. A kérdőív kitöltésének napján a serdülők is kaptak szóbeli és írásos (1. melléklet) tájékoztatást is a kutatásról és eldönthették, hogy részt kívánnak-e venni az anonim vizsgálatban vagy sem. A szóbeli tájékoztatás fő elemei az alábbiak voltak: a kutatásban való részvétel önkéntességének és anonimitásának hangsúlyozása, annak kiemelése, hogy a részvétel visszautasítása semmilyen következménnyel nem jár,

továbbá, hogy amennyiben valaki kényelmetlenül érzi magát a kérdőív kitöltése során, jelezze, és hagyja abba a kérdőív kitöltését.

A klinikai minta esetében az ambuláns vagy fekvőbeteg ellátásra érkező IBD, T1DM vagy AN diagnózisú serdülőket és szüleiket vontam be. Szóbeli és írásbeli tájékoztatást kaptak mind a gyerekek, mind a szülők (2-3. melléklet), valamint írásos beleegyezést kértem a szülőktől és a serdülőtől egyaránt. A vizsgálatban szereplő, betegséggel kapcsolatos szomatikus paraméterek a klinikai betegadminisztrációs rendszerből származnak. A továbbiakban a betegek kódot kaptak és az adatvédelmi irányelveknek megfelelően kérdőíveik, valamint a beleegyezéshez szükséges személyes adataik külön tároltam, ez utóbbiakat zárható szekrényben.

A vizsgálati protokoll a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (SE – RKEB 243/2018) engedélyével, a Helsink Deklaráció szerint zajlott. Az adatgyűjtés 2019 és 2022 között történt.

Az egészséges mintából hét szülő jelezte az osztályfőnök részére, hogy nem szeretné gyermeke részvételét a vizsgálatban. A klinikai mintában a T1DM diagnózisú serdülők közül 17-en, az IBD diagnózisúak közül 24-en, az AN csoportból 4-en nem kívántak részt venni a vizsgálatban. Az iskolai kitöltők közül 20 főt kizárásra került szomatikus betegség megléte miatt. Hiányos kitöltés (pl. átlapozott egy vagy több oldalt, nem fejezte be, a sok válaszhiány miatt nem lehetett kiértékelni) 29 esetben fordult elő a testileg egészséges mintában, továbbá a magasabb osztályfokú iskolások közül 13-an betöltötték a 19. életévüket. Ők szintén kikerültek a mintából. A klinikai mintában 17 hiányos kitöltés fordult elő (7 T1DM, 8 IBD, 2 AN), mely kérdőíveket ugyancsak kivettem a mintából.

Az elemzések tárgyát képező minta 300 főből állt, átlagéletkoruk 15,67 év (szórás: 1,36). 157 fő egészséges serdülő (a minta 52,3%-a), 51 fő IBD diagnózisú serdülő (a minta 17%-a), 61 fő T1DM diagnózisú serdülő (a minta 20,3%-a) és 31 fő AN diagnózisú serdülő (10,3%) alkotta a teljes mintát, melynek további demográfiai jellemzői az 1. táblázatban található.

1. táblázat. Az 1. minta demográfiai jellemzői ($N = 300$)

	<i>n</i> (%)		<i>n</i> (%)
Serdülő neme		Lakhely	
<i>leány</i>	220 (73,3)	<i>Budapest</i>	102 (34)
<i>fiú</i>	80 (26,7)	<i>más város</i>	141 (47)
Iskola típusa		<i>község, tanya</i>	55 (18,3)
<i>gimnázium</i>	196 (65,4)	<i>válaszhiány</i>	2 (0,7)
<i>szakközépiskola, technikum</i>	77 (25,7)		
<i>általános iskola</i>	21 (7)		
<i>egyéb</i>	6 (2)		
Anya legmagasabb végzettsége		Apa legmagasabb végzettsége	
		<i>szakmunkásképző vagy</i>	
<i>szakmunkásképző vagy kisebb</i>	36 (12)	<i>kisebb</i>	63 (21)
<i>érettségi</i>	83 (27,7)	<i>érettségi</i>	81 (27)
<i>felsőfokú</i>	180 (60,3)	<i>felsőfokú</i>	151 (50,3)
<i>válaszhiány</i>	1 (0,3)	<i>válaszhiány</i>	5 (1,7)

Megjegyzés: $N =$ a minta elemszáma, $n =$ az alcsoportok elemszáma, % = a minta hány százalékát jelenti.

A vizsgálatban szereplő csoportok jellemzői

Testileg egészséges serdülő csoport: összesen 157 fő, átlagéletkoruk 15,73 év ($SD = 1,35$), testtömeg-index átlaguk¹ (BMI) 21,48 kg/m² ($SD = 3,94$; terjedelem: 15,37-35,26) volt. 115 lány (73,2%) és 42 fiú (26,8%) alkotta a csoportot.

IBD diagnózisú csoport: 51 fő, átlagéletkoruk: 16,04 év ($SD = 1,3$), testtömeg-index átlaguk: 20,08 kg/m² ($SD = 2,84$; terjedelem: 13,76-29,24) volt. 30 lány (58,8%) és 21 fiú (41,2%) alkotta a csoportot. A diagnózisuk óta eltelt idő átlaga 3,73 év volt ($SD = 3,6$; terjedelem: 0,5-16). 13 fő rendelkezett 2. diagnózissal, 3 fő pedig 3. diagnózissal is. 27

¹ Gyermekek- és serdülőkorban a klinikumban a percentil értékeket vesszük figyelembe.

243. Túry F, Szumska I, Pászthy B, Purebl G. Irányelvek és ajánlások az evészavarok kezelésében. *Psychiatr Hung.* 2017;32(4):397-413.

A részletesebb elemzésekben nem terveztem ezen antropometriai adatokkal dolgozni, így tájékozódó jelleggel BMI-t számoltam.

fő (52,9%) Crohn-betegséggel diagnosztizált, 13 fő (25,5%) colitis ulcerosával, 11 fő (21,6%) IBD-U diagnózissal rendelkezett. 15 főnél (29,4%) aktív volt a betegség a vizsgálat ideje alatt, 36 főnél (70,6%) pedig remissziót dokumentáltak kezelőik a betegadminisztrációs rendszerben.

T1DM diagnózisú csoport: 61 fő, átlagéletkor: 15,34 év ($SD = 1,44$), testtömeg-index átlaguk $21,65 \text{ kg/m}^2$ ($SD = 3,96$; terjedeleme: 14,84-34,58) volt. 44 lány (72,1%) és 17 fiú (27,9%) alkotta a csoportot. A diagnózisuk óta eltelt idő átlaga az alábbiak szerint alakult: 7,47 év ($SD = 4,02$; terjedeleme: 0,5-14). A HbA1c értékeik átlaga $8,18 \text{ mmol/l}$ ($SD = 1,89$; terjedeleme: 5,2-14) volt.

AN diagnózisú csoport: 31 fő, átlagéletkor: 15,39 év ($SD = 1,26$), 3 fő esetében atípusos anorexia nervosa állt fenn, jelentős súlyvesztés mellett a testsúlyuk még normál tartományban volt, azonban a klinikai kép az anorexia nervosának megfelelt.

A csoport testtömeg-index átlaga $16,06 \text{ kg/m}^2$ ($SD = 1,78$; terjedeleme: 13,27-21,1). A betegség jellegéből adódóan csak lányok alkották a csoportot. 26-an (83,87%) az AN restriktív típusába tartoztak, 5-en (16,13%) a purgáló altípusba.

A csoportok további összehasonlítása az eredmények részben fog szerepelni.

3.1.2. Mérészközök

A kutatási kérdőívben rákérdeztem az alábbi szociodemográfiai jellemzőkre: nem, kor, iskola típusa, lakhely, az anya és apa legmagasabb iskolai végzettsége. Az antropometriai adatok feltérképezése a kitöltők testmagasságára, testsúlyára vonatkozott. Rákérdeztem továbbá arra, hogy a kitöltők szerint van-e pszichés problémájuk, illetve az aktuális pszichés megsegítés meglétére, valamint az elmúlt három hónapban és egy évben bekövetkezett életeseményekre (4. melléklet). A betegadminisztrációs rendszerből rögzítettem a betegségekkel kapcsolatos változókat.

Az alábbiakban a vizsgálatban alkalmazott kérdőíveket mutatom be.

Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ)

A CERQ-t Garnefski és munkatársai (244) fejlesztették ki. A kérdőív a nehéz élethelyzetek kezelésére alkalmazott kognitív érzelemszabályozó stratégiák használatát térképezi fel. A 36 itemből álló kérdőív 9féle érzelemszabályozó mechanizmus beazonosítását teszi lehetővé, melyek közül öt adaptív (pozitív fókuszváltás, tervezés, pozitív átértékelés, perspektívába helyezés, elfogadás), négy nem adaptív (önvád, mások hibáztatása, rumináció, katasztrofizáció). Minden kognitív érzelemszabályozó stratégia felmérésére 4 item szolgál a kérdőívben, melyeket 5 fokú Likert-skálán (1 = szinte soha, 5 = szinte mindig) értékeli a válaszadó. A nagyobb pontszám a kognitív stratégia gyakoribb használatára utal.

A CERQ kérdőív mind serdülő, mind felnőtt mintán jó pszichometriai mutatókkal rendelkezik (244). Miklósi Mónika végezte validálását és adaptálását (245). A mérőeszköz magyar mintán is megbízható mérőeszköznek bizonyult (Cronbach-alfa: 0,68-0,88). Jelen vizsgálatban a CERQ ugyancsak jó belső konzisztenciával rendelkezik, a Cronbach-alfa értékek 0,62 és 0,86 között változnak, előbbi az Elfogadás, utóbbi az Önvád skálán. A CERQ összes adaptív skálájára nézve 0,891 a Cronbach-alfa, míg a nem adaptív skáláé 0,85.

Pszichopatológiai Tünetlista Gyermek és Serdülők Számára (Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti; SAFA)

A SAFA Cianchetti és Fascello által (246) pszichés problémák feltérképezésére kifejlesztett, 8-18 éves gyerekek körében alkalmazható önkitöltős kérdőív. Akár egyesével is felvehető skálákból tevődik össze, melyek az alábbiak: Szorongás, Depresszió, Táplálkozási zavarok, Kényszeres zavar, Szomatikus tünetek és hipochondria, Fóbiák. A 8-10 éves korosztály számára külön kérdőívek készültek, továbbá a Szorongás mérésére a 11-13 éves korosztály részére is külön kérdőív áll rendelkezésre. A vizsgálatban a Táplálkozási zavarok (SAFA-T), Depresszió (SAFA-D), Szorongás (SAFA-SZ) 14-18 éves korosztályt lefedő kérdőívei kerültek alkalmazásra. A kitöltők az „igaz”, „hamis”, „kettő között” lehetőségek közül választják ki a rájuk leginkább jellemzőt. Mindegyik skála további alszálákra oszlik. Vizsgálatomban a főszálák összpontszámait használtam föl, mely a jelen kutatásban legtöbbször alkalmazott

Táplálkozás főskála esetében a bulimia, anorexia, saját test elfogadása alskálákat továbbá a pszichológiai tényezők (felnőtté válástól való félelem, perfekcionizmus, inadekvátság érzése) alskálákat foglalja magában. Ez utóbbiak nagyon hasonlóak a lentebb részletezett Evési Zavar Kérdőívhez (EDI), azonban az EDI esetében nem számolható összpontszám.

A kérdőív magyarországi adaptálását és validálását Kő Natasa és munkacsoportja végezte (246). A teszt belső konzisztenciája megfelelő, Cronbach alfa: 0,86 és 0,92 közötti. Saját vizsgálatunkban az egyes alskálák Cronbach-alfa értékei jónak mondhatók: 0,73 (Irritabilitás) és 0,86 (Szomorúság és Saját test elfogadása) között alakultak, kivéve a Perfekcionizmus alskálát, melynek Cronbach-alfa értéke 0,55.

Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory; EDI)

A Garner és munkatársai (247) által kidolgozott evészavar tüneteket mérő önkitöltős kérdőív 64 tételből áll. Három, speciálisan evészavarokra vonatkozó alskálája van, továbbá öt másik alskála evészavarral összefüggésben álló pszichés jegyeket, személyiségvonásokat mér. Hazai adaptációját Túry Ferenc és munkatársai (248) végezték el. A válaszadók hatfokú Likert-skálán (1 = soha, 6 = mindig) jelölik, hogy az adott viselkedés vagy emóció mennyire jellemző rájuk. A szükséges tételek megfordítása, majd az eredeti pontok 0-1-2-3-as pontozásra konvertálása és összeadása után a tételek nyolc alskálába sorolhatók: Karcúság iránti késztetés, Bulimia, Testtel való elégedetlenség, Elégtelenség érzése, Perfekcionizmus, Interperszonális bizalmatlanság, Interoceptív tudatosság és Félelem a felnőtté válástól. Az első három alskála esetén rendelkezésre állnak a kóros tartományt jelölő küszöbértékek: a Karcúság iránti késztetés és Bulimia esetén 14 pont, a Testtel való elégedetlenség esetén 21 pont. A magyar adaptáció során a reliabilitás jónak bizonyult, a Cronbach-alfa értékek 0,71 és 0,93 között helyezkedtek el. Saját vizsgálatomban a Cronbach-alfa értékek 0,64 és 0,93 között variálódtak, előbbi a Félelem a felnőtté válástól alskálán, utóbbi a Karcúság iránti késztetés alskálán.

Életminőség Kérdőív (Inventar Lebensqualität Kindern und Jugendlichen; ILK)

Az Inventar Lebensqualität Kindern und Jugendlichen 7 itemből álló életminőség kérdőív, melyet Mattejat és Remschmidt fejlesztettek ki (249). A kérdőív 6 és 18 év közötti gyermekek életének főbb területeire kérdez rá, gyermek, serdülő és szülői

változattal rendelkezik. A kérdőívben 5 fokú Likert-skálán zajlik a válaszadás, melyekből az 1-es a legjobb-, 5-ös a legrosszabb életminőséget takarja. Az életminőség összpontszám kiszámítása úgy történik, hogy az összeadott pontokat kivonjuk 35-ből, így 0 és 28 közé eső értékeket kapunk. A magasabb pont jobb életminőséget takar. Az ILK validálása németországi átlagpopuláción és pszichiátriai mintán történt, a belső konzisztencia gyermekek és serdülők esetében a vizsgált populációtól függően 0,55-0,63 között alakult (249). Magyarországi adaptálása és validálása Kiss Enikő és munkacsoportja által történt (250). A kérdőív validitása és reliabilitása megfelelő (Cronbach-alfa: 0,78). Vizsgálatomban a serdülők által kitöltött ILK szintén jó belső konzisztenciával rendelkezik: Cronbach alfa: 0,82.

3.1.3. Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzések elvégzéséhez az SPSS Statistics (Version 28) programot használtam (251). Először a skálák eloszlását vizsgáltam meg a Kolmogorov-Smirnov és a Shapiro-Wilk tesztek segítségével. Vizsgálatban minden skála esetében sérült a normalitás, ezért nem-paraméteres eljárásokat alkalmaztam. A kategoriális demográfiai jellemzők összefüggését a serdülők diagnózisával Khí-négyzet próbával elemeztem. A dichotóm demográfiai jellemzők és a vizsgált skálák kapcsolatát Mann-Whitney U próbával vizsgáltam, míg a többi kategoriális változó és a skálák összefüggését Kruskal-Wallis próbával ellenőriztem. A skála típusú változók egymással való kapcsolatát Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltam. A statisztikai elemzések során Bonferroni korrekciót végeztem ($\alpha = 0,05/n$, $n =$ próbák száma).

A mediáció tesztelésére a Process v4.2 4-es modelljét használtam (252, 253). Bemeneti változónak a serdülők diagnózisát választottam. Bár sérült a normalitás feltétele, mivel a skálák ferdesége és csúcossága -1 és +1 értéket vett fel (254), ezért a mediáció tesztelhető volt. A minta elemszáma is megfelelt az elemzés elvégzéséhez, valamint a skálák között multikollinearitás sem állt fenn. Mivel a gyermek diagnózisa négy értéket vehet fel (0 = testileg egészséges, 1 = IBD, 2 = T1DM, 3 = AN), indikátor kódolást használtam, amiben a referencia kategória a testileg egészséges csoport volt. Így

a mediátor elemzéseket hozzájuk hasonlítva kell értelmezni. A kimeneti változó a SAFA Táplálkozás skála összpontszáma volt. Négy olyan kognitív érzelemszabályozó stratégia (rumináció, katasztrofizáció, önvád és pozitív átkeretezés) mediátor szerepét vizsgáltam, amelyek a szakirodalmi adatok- és előzetes vizsgálataim alapján együttjárnak az evészavartünetekkel. Az elemzést nemre és korra, valamint a pszichés probléma megléte változóra kontrolláltam.

Az életminőség mediátor-tényezőinek vizsgálatára ugyancsak mediációs elemzést végeztem, a fenti módszerrel. Kimeneti változónak az ILK összpontszámát választottam, bemeneti változónak a serdülők diagnózisát (indikátor kódolással). A serdülők adaptív és nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiai képezték a mediátor változókat. Az elemzést nemre, korra és a három hónapon belüli életesemények számára kontrolláltam.

A hatásméretet korrelációs vizsgálatokban korrelációs együtthatókkal, Mann-Whitney U próbáknál r , Kruskal-Wallis próbák esetében ϵ^2 , míg Khí-négyzet próba használatakor ϕ segítségével kerülnek közlésre. Korrelációs együtthatók esetében a 0,3 alatti értékeket tekintettem gyenge korrelációnak, míg a 0,3 és 0,5 közötti kapcsolatokat közepes erősségűnek, és a 0,5 feletti korrelációk erősek voltak. Mann-Whitney U próba esetében a hatásméretet mutató (r) 0,5 alatti érték esetében volt kicsi, 0,5 és 0,8 között közepes erősségű és 0,8 felett erős. Kruskal-Wallis próbák esetében a hatásméret mutatók (ϵ^2) 0,06 alatt gyenge kapcsolatot, 0,06 és 0,14 között közepes erősségű összefüggést, míg 0,14 fölött magas hatást jeleztek. Khí-négyzet próba esetében a ϕ 0,3 alatt gyenge kapcsolatot, míg 0,3 és 0,5 között közepes erősségű kapcsolatot, 0,5 felett erős összefüggést jelzett (255).

3.2. Második vizsgálat: a krónikus beteg serdülők és szüleik kognitív érzelemszabályozásának szerepe az evészavartünetekben és az életminőségben

3.2.1. Eljárás és minta

A második vizsgálatban IBD és T1DM diagnózisú serdülők és szüleik vettek részt. A mintát 14-18 év közötti (életkori átlag: 15,66 év, $SD = 1,41$) IBD ($n = 51$) és T1DM ($n = 61$) diagnózisú betegek és az őket kísérő szülők ($n = 112$) alkották. A serdülők megegyeztek az 1. vizsgálat IBD és T1DM diagnózisú mintájával. A bevonási kritérium, a tájékoztatás és a beleegyezés, valamint az eljárás betegekre vonatkozó része az 1. vizsgálatéval megegyező. A szülők beleegyezése gyermekük- és saját részvételükre egyaránt vonatkozott. Gyermekükhöz hasonlóan ők is papír formátumú kérdőívet töltöttek ki, mely kb. 15-20 percet vett igénybe. A szülők átlagéletkora 45,9 év volt ($SD = 4,24$, terjedelem: 36-62 év). A 2. minta további demográfiai jellemzőit a 2. táblázat mutatja be.

2. táblázat. A második vizsgálat mintájának demográfiai jellemzői ($N=112$)

	n (%)		n (%)
Serdülő neme		Szülő	
leány	74 (66,1)	anya	98 (87,5)
fiú	38 (33,9)	apa	14 (12,5)
Iskola típusa		Anya legmagasabb végzettsége	
gimnázium	61 (54,5)	szakmunkásképző vagy kisebb	20 (17,9)
szakközépiskola, technikum	29 (25,9)	érettségi	32 (28,6)
általános iskola, egyéb	22 (19,6)	felsőfokú	60 (53,6)
Lakhely		Apa legmagasabb végzettsége	
Budapest	27 (24,1)	szakmunkásképző vagy kisebb	32 (28,6)
más város	60 (53,6)	érettségi	31 (27,7)
község, tanya	24 (21,4)	felsőfokú	46 (41,1)
válaszhiány	1 (0,9)	válaszhiány	3 (2,7)

Megjegyzés: N = a minta elemszáma, n = az alcsoportok elemszáma, % = a minta hány százalékát jelenti.

3.2.2. Méréseszközök

A kutatás mérőeszközei egyrészt megegyeztek az első vizsgálatával (SAFA-T, CERQ, ILK), másrészt kiegészültek a szülők által saját magukra nézve kitöltött CERQ kérdőívvel és a gyermekük életminőségére vonatkozóan kitöltött kérdőívvel (ILK proxy) továbbá rákérdeztem a szülők nemére és korára.

3.2.3. Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzések elvégzéséhez az IBM SPSS Statistics (Version 28) programot használtam (251). Először a skálák eloszlását vizsgáltam meg Kolmogorov-Smirnov és a Shapiro-Wilk tesztek segítségével. A második vizsgálatban néhány skála esetében teljesült a normális eloszlás, ezért nem-paraméteres és paraméteres eljárásokat is használtam az adott skála eloszlásának megfelelően. A kategoriális demográfiai jellemzők összefüggését a gyermekek diagnózisával Khí-négyzet próbával vizsgáltam. A dichotóm demográfiai jellemzők és a vizsgált normális eloszlású skálák kapcsolatát Kétmintás t-próbával elemeztem, míg a dichotóm változók és a nem normális eloszlású skálák kapcsolatát Mann-Whitney U próbával vizsgáltam. A kategoriális változók és a normális eloszlású skálák összefüggését egyszempontos varianciaanalízissel-, a nem normális eloszlású skálák és kategoriális változók kapcsolatát Kruskal-Wallis próbával ellenőriztem. A skála típusú változók egymással való kapcsolatát normális eloszlás esetében Pearson korrelációval, míg a normalitás sérülésekor Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltam. A statisztikai elemzések során Bonferroni korrekciót végeztem ($\alpha = 0,05/n$, $n =$ próbák száma).

Ezt követően mediációs elemzéseket alkalmaztam, melyhez a Process v4.2 4-es modelljét használtam (252, 253). Bemeneti változónak a szülők negatív és pozitív kognitív érzelemszabályozó stratégiáit választottam, kimenetnek a SAFA Táplálkozás skála összpontszámát, mediátornak a serdülők adaptív és nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiáit. Diagnózisra, nemre, korra kontrolláltam az elemzést.

A szülők gyermekükre vonatkozó életminőség értékelését (ILK proxy) és a serdülők saját életminősége közötti abszolút egyezés mértékét intraklassz korrelációs együtthatóval (ICC) vizsgáltam. A szülők (serdülőkre) és a fiatalok (saját) életminőségre vonatkozó értékelésének különbségét páros Wilcoxon-féle előjeles rangpróbával vizsgáltam.

A serdülők életminőség prediktoraira vonatkozóan lineáris regresszió elemzést végeztem. Független változónak az ILK összpontszámot választottam, a prediktorok számát a minta nagyságához igazítottam. Mivel a diagnózisra kontrolláltam az elemzést, a minta mérete hat darab, -az ILK-kel legerősebben korreláló kognitív érzelmszabályozó stratégia- prediktor szerepének vizsgálatát engedte meg (önvád, pozitív fókuszváltás, pozitív átértékelés, katasztrófizáció, rumináció, szülői önvád). A lineáris regresszió elemzés feltételeit előzetesen ellenőriztem, minden skála ferdesége és csúcsossága mínusz egy és egy közötti értéket vett fel és egyik sem tartalmazott kiugró (outlier) értéket (254). A skálák egymással való maximális korrelációja sem haladta meg a multikollinearitást okozó korrelációs értéket. A multikollinearitást a toleranciamutatóval ($TOL < 0,10$) és a varianciainflációs tényezővel ellenőriztem ($VIF > 10$) és rendben találtam. A reziduálisok függetlensége is teljesült.

4. EREDMÉNYEK

4.1. Első vizsgálat

4.1.1. A demográfiai változók és a skálák kapcsolata

A könnyebb áttekinthetőség kedvéért csak a szignifikáns eredményeket részletezem. A lányok szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a SAFA szorongás főskáláján, táplálkozás főskáláján, az EDI Karcsúság iránti késztetés alskáláján, Testtel való elégedetlenség, Interoceptív tudatosság és Félelem a felnőtté válástól alskáláján. A hatásméret mutató mindegyik esetben kicsi. A szignifikáns eredményeket részletesen a 3. táblázat tartalmazza.

3. táblázat. Szignifikáns különbségek a vizsgált skálákban a gyermekek neme alapján (Mann-Whitney U próbák eredménye)

	SAFA- SZ	SAFA- T	EDI Karcs.	EDI Test.	EDI Interoc.	EDI Félelem
Mann-Whitney U	6037	5524	5810,5	6123,5	6476	7553
Z	-4,16	-4,93	-4,63	-4,05	-3,53	-1,88
r	0,24	0,28	0,27	0,23	0,2	0,11
Medián fiúk	24	12,5	0	3	2	5
Medián lányok	36	19,5	3	7	4	6

Megjegyzés. $N = 300$. A könnyebb érthetőség miatt a táblázatban csak a szignifikáns összefüggéseket tüntetem fel. A Bonferroni korrekciót követő szignifikancia-szint: 0,002 (0,05/24). Vízszintes fejléc rövidítései: SAFA = Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, SAFA-SZ = SAFA szorongás, SAFA-T = SAFA táplálkozás, EDI = Eating Disorder Inventory, EDI karcs. = EDI karcsúság iránti késztetés, EDI test. = EDI testtel való elégedetlenség, EDI interoc. = EDI interoceptív tudatosság, EDI félelem = EDI félelem a felnőtté válástól.

A lakóhely demográfiai változónak csak a CERQ perspektívába helyezés stratégiával mutatkozott szignifikáns kapcsolata ($\chi^2(3) = 15,304, p < 0,001, \varepsilon^2 = 0,05$). A post hoc elemzés alapján a városban élők (rangszámok átlaga = 167,61) szignifikánsan többet ($p < 0,001$) alkalmazták ezt az érzelemszabályozó stratégiát a községekben vagy tanyán élőkhez képest (rangszámok átlaga = 115,96), továbbá szignifikánsan többet alkalmazták ($p = 0,025$) a fővárosban élőkhez képest (rangszámok átlaga = 142,6) is.

A pszichés problémájuk esetleges meglétének jelölésén túl a serdülők meg is nevezhették azokat. Serdülőkoraal összefüggő nehézségek, családi problémák, pszichoszomatikus tünetek és pszichiátriai zavarok egy-egy esetben egyaránt megnevezésre kerültek. A pszichés problémát jelzők esetében szignifikánsan magasabbak voltak az alábbi CERQ skálák értékei: Önvád, Rumináció, Nem adaptív stratégiák. A Pozitív fókuszváltás pedig szignifikánsan alacsonyabb. Az ILK összpontszám szignifikáns kapcsolatban állt a pszichés probléma változóval, a pszichés problémát jelzők életminősége rosszabb. (A hatásméret mindegyik esetben kicsi.) A szignifikáns különbségeket az 4. táblázat mutatja be részletesen.

4. táblázat. Szignifikáns különbségek a CERQ és ILK skálákban a gyermekek pszichés problémája alapján (Mann-Whitney U próbák eredménye)

	Önvád	Rumináció	Pozitív fókuszváltás	CERQ Nem adaptív	ILK
Mann-Whitney U	3898,5	5853	5876	5310	3250
Z	-6,909	-3,823	-3,789	-4,67	-7,927
r	0,4	0,22	0,22	0,27	0,46
1. medián	14	13	9	43	17
2. medián	10	11	12	38	23

Megjegyzés. $N = 292$. A Bonferroni korrekciót követő szignifikancia-szint: 0,002 (0,05/24). Vízszintes fejléc rövidítései: CERQ = Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, ILK = Életminőség Kérdőív. Függőlegesen: 1. medián = pszichés problémát jelzők medián értékei, 2. medián = pszichés problémát nem jelzők medián értékei.

A SAFA depresszió, szorongás és táplálkozás főskáláiban szignifikánsan magasabb pontszámmal rendelkeznek a pszichés probléma meglétéről beszámolóknak. Az EDI alskálákban a Karcsúság iránti késztetés, Testtel való elégedetlenség, Interperszonális bizalmatlanság és Interoceptív tudatosság tekintetében kaptam szignifikáns eredményeket (a hatásméret kicsi), melyek az 5. táblázatban találhatóak.

5. táblázat. Szignifikáns különbségek a SAFA és az EDI skálákban a serdülők pszichés problémája alapján (Mann-Whitney U próbák eredménye)

	SAFA- D	SAFA- SZ	SAFA- T	EDI Karcs.	EDI Test.	EDI Elégt.	EDI Interp.	EDI Interoc.
Mann-Whitney U	3261	3335,5	3699,5	4897	4505	3395	5729	4634,5
Z	-7,892	-7,776	-7,205	-5,466	-5,969	-7,761	-4,04	-5,786
r	0,46	0,45	0,42	0,32	0,34	0,45	0,23	0,33
1. medián	55	48	27	8	12	10	5	8
2. medián	33	27	15	1	4	2	3	2

Megjegyzés. $N = 292$. A könnyebb érthetőség miatt a táblázatban csak a szignifikáns összefüggéseket tüntetem fel. A Bonferroni korrekciót követő szignifikancia-szint: 0,002 (0,05/24). Vízszintes fejléc rövidítései: SAFA = Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, SAFA-D = depresszió, SAFA-SZ = szorongás, SAFA-T = táplálkozás, EDI = Eating Disorder Inventory, EDI karcs. = Karcsúság iránti késztetés, EDI test. = Testtel való elégedetlenség, EDI elégt. = Elégtelenség érzése, EDI interp = Interperszonális bizalmatlanság, EDI interoc. = Interoceptív tudatosság.

A 3 hónapon és 12 hónapon belüli életesemények száma gyenge pozitív kapcsolatban állt a SAFA depresszió- ($r = 0,32$ mindkettő esetben,) és az ILK skálákkal (rendre $r = 0,32$ és $0,35$) ($p < 0,002$). A közel hasonló eredmény miatt a 3 hónapon belüli életesemény változót használtam fel a vizsgálat későbbi részében, tekintettel arra, hogy az életminőség értékelése a jelenre, közelmúltra vonatkozik.

A vizsgálatban a továbbiakban felhasznált skálák együttjárását a 6. táblázat tartalmazza.

6. táblázat. A SAFA-T, CERQ és ILK skálák interkorrelációi (Spearman-féle korreláció)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. SAFA-T	–	0,48*	-0,07	0,395*	-0,184*	-0,054	-0,167**	0,02	0,299*	0,103	-0,12	0,481*	-0,544*
2. CERQ önvád	–	–	0,229*	0,567*	-0,228*	0,151*	-0,117	0,05	0,324*	0,116	-0,002	0,744*	-0,492*
3. CERQ elfogadás	–	–	–	0,284*	0,260*	0,274*	0,295	0,318*	0,07	0,056	0,531*	0,232*	0,062
4. CERQ rumináció	–	–	–	–	-0,006	0,264*	0,097	0,15	0,372*	0,217*	0,192*	0,781*	-0,344*
5. CERQ pozitív fókuszváltás	–	–	–	–	–	0,372*	0,545*	0,414*	0,006	0,099	0,727*	-0,081	0,383*
6. CERQ tervezés	–	–	–	–	–	–	0,618*	0,416*	0,06	0,086	0,719*	0,182*	0,139
7. CERQ pozitív ártértekülés	–	–	–	–	–	–	–	0,584*	0,00	0,072	0,851*	-0,012	0,35*
8. CERQ perspektívába helyezés	–	–	–	–	–	–	–	–	0,016	–	0,756*	0,067	0,112
9. CERQ katasztrofizáció	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,433*	0,024	0,706*	-0,326*
10. CERQ hibázatarás	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,075	0,528*	-0,103
11. CERQ adaptív stratégiák	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,079	0,295
12. CERQ nem adaptív stratégiák	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	-0,491
13. ILK	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Megjegyzés. $N = 300$

Rövidítések függőlegesen: SAFA = Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, SAFA-T = SAFA táplálkozás kérdőív, CERQ = Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, ILK = Életminőség Kérdőív.

* = szignifikáns eredmény, a Bonferroni korrekciót követő szignifikancia-szint: 0,004 (0,05/13).

4.1.2. A négy vizsgált csoport összehasonlítása a demográfiai változók mentén

A csoportok nem különböztek szignifikánsan lakhelyüket illetően, továbbá az anyák és apák iskolai végzettségét illetően sem. A szignifikáns különbségeket a csoportok között részletesen a 7. táblázat tartalmazza. Az AN-val diagnosztizált csoportot a betegség jellegéből adódóan csak lányok alkották, ami magyarázza a nemre vonatkozó szignifikáns különbséget. Az IBD, T1DM és AN csoportokban több az egyéb (egyéni tanrend, általános iskola) típusú iskolába járó serdülő, mint az egészséges csoportban, továbbá az AN csoportban több a gimnazista. Az egészséges csoportban kevesebb (14,93%) a pszichés problémát jelző serdülő, míg az AN csoportban -érthető módon- több (87,1%). A pszichés problémát jelzők közül az egészséges csoportban kevesebben járnak terápiára (69,57%), míg az AN csoportba tartozók közül majdnem mindenkinek van valamilyen rendszerességű terápiája. A testileg egészséges csoportot párossával összehasonlítottam Khí-négyzet próba segítségével az IBD csoporttal és a T1DM csoporttal. A T1DM csoport sem a pszichés probléma változó ($\chi^2(1) = 1,012, p = 0,314$), sem a pszichés segítség terén ($\chi^2(1) = 1,491, p = 0,222$) nem különbözött az egészséges csoporttól. Az IBD csoport viszont több pszichés problémáról számol be ($\chi^2(1) = 6,005, p = 0,014$) és több pszichés megsegítést is vesz igénybe ($\chi^2(1) = 4,174, p = 0,041$) testileg egészséges kortársaikhoz képest. Az IBD és a T1DM csoportot ugyancsak Khí-négyzet próba segítségével összehasonlítva nem különböztek egymástól szignifikánsan a pszichés probléma változót illetően ($\chi^2(1) = 1,386, p = 0,239$), és a pszichés megsegítés tekintetében sem ($\chi^2(1) = 0,406, p = 0,816$).

7. táblázat. A kategoriális demográfiai változók összefüggése a diagnózissal (KHI-négyzet próba)

	χ^2	df	p	ϕ	Alcsoportok	Csoportok elemszáma				
						TE	IBD	T1DM	AN	Összesen
nem	16,809	3	0,001	0,24	fiú	42	21	17	0	80
					lány	115	30	44	31	220
					Összesen	157	51	61	31	300
iskola	47,319	9	<0,001	0,40	gimnázium	68	23	21	19	131
					6, 8 osztályos					
					gimnázium	43	8	9	5	65
					szakközépiskola,					
					szakiskola	46	13	16	2	77
					egyéb	0	7	15	5	27
				Összesen	157	51	61	31	300	
pszichés probléma	70,668	3	<0,001	0,49	igen	23	15	12	27	77
					nem	131	34	46	4	215
					Összesen	154	49	58	31	292
terápia rendszeressége	29,123	9	0,001	0,31	pár alkalom	6	5	8	9	28
					kevesebb mint					
					fél éve	4	4	4	12	24
					több mint fél éve	6	5	5	7	23
				Összesen	16	14	17	28	75	

Megjegyzés. A könnyebb érthetőség miatt a táblázatban csak a szignifikáns összefüggéseket tüntetem fel. A Bonferroni korrekciót követő szignifikancia-szint: 0,007 (0,05/7). Rövidítések: vízszintes fejléc rövidítései: TE = testileg egészséges csoport, IBD = gyulladós bélbetegség diagnózisú csoport, T1DM = 1-es típusú diabétesz diagnózisú csoport, AN = anorexia nervosa diagnózisú csoport.

Nem mutatkozott szignifikáns különbség a csoportok között az életkori átlagban, a három hónapon és egy éven belül bekövetkezett életesemények számában. Az egészséges csoport és az IBD, valamint T1DM csoport nem különbözött szignifikánsan a BMI tekintetében egymástól, az AN csoport viszont mindegyik csoporttól különbözött. A

serdülők összes diagnózisának számát illetően a T1DM csoport szignifikánsan különbözött a másik két csoporttól, több diagnózissal rendelkeznek a cukorbeteg gyerekek. A vizsgálati csoportba kerülést indokló betegség hosszát illetően mindhárom betegcsoport szignifikánsan különbözik egymástól. A szignifikáns eredmények részletesen láthatók a 8. táblázatban.

8. táblázat. A skála típusú demográfiai változók összefüggése a diagnózissal (Kruskal-Wallis próba)

	χ^2	df	p	összehasonlítás	U	korrigált p	hatásméret ϵ^2
BMI	67,3	3	<0,001				0,22
				AN vs IBD	5,21	<0,001	
				AN vs TE	7,72	<0,001	
				AN vs T1DM	7,44	<0,001	
				IBD vs TE	2,01	0,265	
				IBD vs T1DM	-2,4	0,108	
				TE vs T1DM	-0,8	1	
összes diagnózisok száma	61,3	2	<0,001	IBD vs T1DM	-0,4	1	0,2
				IBD vs AN	-0,5	1	
				T1DM vs AN	-0,2	1	
fő diagnózis hossza	61,3	2	<0,001	AN vs IBD	3,58	0,002	0,2
				AN vs T1DM	7,64	<0,001	
				IBD vs T1DM	-4,6	<0,001	

Megjegyzés. A könnyebb érthetőség miatt a táblázatban a próbák közül csak a szignifikáns eredményeket tüntettem fel. A Bonferroni korrekciót követő szignifikancia-szint: 0,008 (0,05/6). Rövidítések: TE = testileg egészséges csoport, IBD = gyulladósos bélbetegség diagnózisú csoport, T1DM = 1-es típusú diabétesz diagnózisú csoport, AN = anorexia nervosa diagnózisú csoport. Függőlegesen: BMI = body mass index, összes diagnózisok száma = a beteg csoportok összes diagnózisainak száma, fő diagnózis hossza = a csoportba kerülési diagnózisok (IBD, T1DM, AN) hány éve áll fenn.

4.1.3. A vizsgált csoportok közötti különbségek a skálák tekintetében

A vizsgálat során alkalmazott CERQ skálák átlagai az egyes csoportokban a 9. táblázatban található, a csoportok közötti különbségek részletes eredményeit a 10. táblázat szemlélteti. Az adaptív stratégiákat illetően szignifikáns különbséget találtam a csoportok között. A legmagasabb átlagpontszámmal a T1DM diagnózisú csoport és a testileg egészséges csoport rendelkezik. Az IBD és az AN diagnózisú serdülők szignifikánsan kevesebb adaptív stratégiát alkalmaznak a testileg egészséges csoporthoz képest. A legtöbb nem adaptív érzelmszabályozó stratégia pontszámmal az AN diagnózisú csoport rendelkezik, azonban szignifikánsan nem különbözik a testileg egészséges csoporttól. A T1DM csoport és az IBD csoport szignifikánsan nem különbözik egymástól a maladaptív érzelmszabályozó stratégiák alkalmazását illetően. Mindkét szomatikusan beteg csoport szignifikánsan kevesebb nem adaptív stratégiát használ a testileg egészséges- és az AN diagnózisú csoporthoz képest.

A Bonferroni korrekciót követően nem volt szignifikáns különbség a csoportok között az alábbi kognitív érzelmszabályozó stratégiákat illetően: elfogadás ($\chi^2(3) = 7,874, p = 0,049$), tervezés ($\chi^2(3) = 15,131, p = 0,002$), perspektívába helyezés ($\chi^2(3) = 7,993, p = 0,046$), katasztrófizáció ($\chi^2(3) = 5,172, p = 0,16$). Az önvád tekintetében szignifikáns, nagy különbség mutatkozott a csoportok között. Az AN diagnózisú csoportnak lett a legmagasabb átlaga, mindhárom másik csoporttól szignifikánsan különbözik. A T1DM csoport -amely a legalacsonyabb önvád pontszámot érte el- szignifikánsan különbözik a testileg egészséges csoporttól. A rumináció alszáján az AN és a testileg egészséges csoport nem különbözött egymástól. A két szomatikus beteg csoport szignifikánsan ugyancsak nem különbözött egymástól, azonban a két másik csoporthoz képest mindkettő kevésbé alkalmazza a ruminációt. Pozitív fókuszváltást az AN csoport a testileg egészséges csoporthoz és a T1DM diagnózisú csoporthoz képest is szignifikánsan kevesebbet alkalmazza. A pozitív átértékelést az AN és az IBD diagnózisú csoport szignifikánsan kevesebbet alkalmazza a testileg egészségesekhez képest. A mások hibáztatása stratégiát a testileg egészséges csoport mindhárom másik csoporthoz képest szignifikánsan többet alkalmazza.

9. táblázat. A CERQ skáláinak leíró jellemzői az egyes csoportokban

	TE	IBD	T1DM	AN	Összes
	átlag	átlag	átlag	átlag	átlag
	(SD)	(SD)	(SD)	(SD)	(SD)
Adaptív	66,81	58,47	64,03	57,81	63,90
stratégiák	(13,32)	(13,67)	(15,02)	(11,38)	(14,08)
Nem adaptív	41,20	36,25	34,44	43,97	39,27
stratégiák	(10,20)	(11,18)	(10,80)	(7,78)	(10,73)
Önvád	11,16	10,41	9,41	15,45	11,12
	(3,73)	(4,49)	(3,81)	(3,59)	(4,18)
Elfogadás	13,15	12,45	13,36	11,77	12,93
	(3,22)	(3,07)	(3,58)	(2,51)	(3,23)
Rumináció	12,63	10,27	9,98	12,97	11,73
	(4,12)	(4,47)	(4,40)	(3,09)	(4,31)
Pozitív	11,94	10,59	12,1	8,68	11,41
fókuszváltás	(3,97)	(4,26)	(4,23)	(3,50)	(4,15)
Tervezés	14,87	12,92	13,15	13,97	14,09
	(3,86)	(3,80)	(3,71)	(3,23)	(3,49)
Pozitív	13,85	11,23	13,18	11,55	13,03
átkeretezés	(3,98)	(3,55)	(4,31)	(3,73)	(4,80)
Perspektívába	13,00	11,27	12,25	11,84	12,43
helyezés	(3,87)	(3,72)	(4,41)	(4,24)	(4,03)
Katasztrofizáció	8,82	8,18	7,79	8,52	8,47
	(3,49)	(3,46)	(3,36)	(3,49)	(3,46)
Mások	8,60	7,39	7,26	7,03	7,96
hibáztatása	(3,09)	(3,28)	(3,01)	(3,16)	(3,17)

Megjegyzés. vízszintes fejléc rövidítései: TE = testileg egészséges csoport, IBD = gyulladáscélós bélbetegség diagnózisú csoport, T1DM = 1-es típusú diabétesz diagnózisú csoport, AN = anorexia nervosa diagnózisú csoport, SD = standard szórás.

10. táblázat. Különbségek a serdülők kognitív érzelemszabályozásában a csoportok között a Kruskal-Wallis próbák alapján (N = 300)

	$\chi^2(3)$	p	összehasonlítás	U	korrigált p	hatásméret ϵ^2
Adaptív	20,998	<0,001				0,07
			AN vs TE	58,03	0,004	
			IBD vs TE	51,55	0,001	
Nem adaptív	28,562	<0,001				0,09
			T1DM vs TE	55,73	<0,001	
			T1DM vs AN	-81,76	<0,001	
			IBD vs TE	37,58	0,043	
			IBD vs AN	-63,61	0,008	
Önvád	43,482	<0,001				0,15
			T1DM vs TE	42,41	0,007	
			T1DM vs AN	-123,49	<0,001	
			IBD vs AN	-97,96	<0,001	
			TE vs AN	-81,08	<0,001	
Rumináció	26,346	<0,001				0,08
			T1DM vs TE	54,52	<0,001	
			T1DM vs AN	-63,9	0,005	
			IBD vs TE	46,63	0,005	
			IBD vs AN	-56,01	0,027	
Pozitív fókuszváltás	21,34	<0,001				0,07
			AN vs TE	72,22	<0,001	
			AN vs T1DM	74,33	0,001	
Pozitív átértékelés	20,826	<0,001				0,07
			IBD vs TE	55,877	<0,001	
			AN vs TE	49,68	0,021	
Mások hibáztatása	16,565	0,001				0,05
			AN vs TE	47,57	0,03	
			T1DM vs TE	39,18	0,015	
			IBD vs TE	36,78	0,048	

Megjegyzés. Megjegyzés. vízszintes fejléc rövidítései: TE = testileg egészséges csoport, IBD = gyulladáscélus bélbetegség diagnózisú csoport, T1DM = 1-es típusú diabétesz diagnózisú csoport, AN = anorexia nervosa diagnózisú csoport. A Bonferroni korrekciót követő szignifikancia-szint: <0,002 (0,05/24). Terjedelmi okokból csak a csoportok közötti szignifikáns különbségek szerepelnek.

A SAFA Depresszió főskáláját illetően az AN csoport értékei voltak a legmagasabbak és az összes csoporttól szignifikánsan különbözött. A T1DM diagnózisú serdülők szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el a Depresszió skálán a testileg egészséges serdülőkhez viszonyítva. A Szorongás és Táplálkozás skála tekintetében az AN csoport szignifikánsan magasabb értékekkel rendelkezett a többi csoporthoz képest. Az EDI esetében a várankozásoknak megfelelően szignifikáns magasabb értékeket ért el az AN csoport a többiekhez képest a Karcsúság iránti késztetés, Testtel való elégedetlenség, Elégtelenség érzése és Interoceptív tudatosság alszállákban. Az AN csoportra és a testileg egészséges csoportra szignifikánsan magasabb szintű perfekcionizmus jellemző a T1DM csoporthoz képest. Nem mutatkozott szignifikáns különbség a csoportok között a Bulimia ($\chi^2(3) = 0,472, p = 0,925$), Interperszonális bizalmatlanság ($\chi^2(3) = 14,025, p = 0,003$), és a Félelem a felnőtte válástól ($\chi^2(3) = 2,968, p = 0,397$) skálák tekintetében. Az ILK összpontszámot illetően az AN és IBD diagnózisú csoport életminősége a legalacsonyabb, mindkettő szignifikánsan különbözik a T1DM diagnózisú serdülőkötől és a testileg egészséges csoporttól.

A SAFA, EDI és az ILK skálákra vonatkozó eredmények a 11-12. táblázatban található.

11. táblázat. A SAFA főskálák és EDI alskálák, valamint az ILK átlagai és szórásai az egyes csoportokban.

	TE átlag (SD)	IBD átlag (SD)	T1DM átlag (SD)	AN átlag (SD)	Összes átlag (SD)
SAFA-D	37,76 (15,11)	36,41 (21,98)	31,25 (17,77)	59,00 (19,35)	38,40 (18,87)
SAFA-SZ	33,58 (16,07)	33,25 (16,65)	31,20 (12,79)	47,55 (16,08)	37,49 (16,14)
SAFA-T	18,70 (10,48)	17,00 (11,62)	15,80 (9,62)	32,71 (9,18)	19,27 (11,36)
EDI karcs.	3,79 (5,30)	4,24 (6,63)	4,31 (5,78)	15,06 (5,94)	5,14 (6,61)
EDI bul.	1,67 (3,00)	1,61 (3,32)	1,46 (2,38)	1,61 (3,39)	1,61 (2,97)
EDI test.	6,16 (6,62)	7,39 (6,94)	5,72 (6,90)	16,97 (7,07)	7,40 (7,51)
EDI elégt.	4,69 (6,14)	6,61 (6,79)	4,15 (5,29)	11,94 (7,11)	5,64 (6,58)
EDI perf.	6,13 (4,25)	5,04 (4,25)	3,97 (3,15)	6,68 (4,18)	5,56 (4,13)
EDI interp.	3,98 (3,95)	4,67 (3,85)	3,26 (3,46)	7,03 (5,61)	4,27 (4,15)
EDI inter.	5,54 (6,39)	4,61 (5,84)	3,74 (4,66)	11,13 (6,98)	5,59 (6,35)
EDI félel.	7,10 (4,78)	6,20 (4,24)	5,85 (3,52)	7,35 (4,82)	6,72 (4,48)
ILK	21,38 (4,30)	18,94 (4,76)	21,33 (5,03)	16,16 (4,12)	20,42 (4,81)

Megjegyzés. vízszintes fejléc rövidítései: TE = testileg egészséges csoport, IBD = gyulladós bélbetegség diagnózisú csoport, T1DM = 1-es típusú diabétesz diagnózisú csoport, AN = anorexia nervosa diagnózisú csoport, SD = standard szórás. Függőlegesen: SAFA = Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, SAFA-D = SAFA depresszió, SAFA-SZ = SAFA szorongás, SAFA-T = SAFA táplálkozás, EDI = Evészavar Kérdőív, EDI karcs. = Karcsúság iránti késztetés, EDI test. = Testtel való elégedetlenség, EDI elégt. = Elégtelenség érzése, EDI perf. = Perfekcionizmus, EDI interp. = Interperszonális bizalmatlanság, EDI interoc. = Interoceptív tudatosság, EDI félel. = Félelem a felnőtté válástól, ILK = Életminőség Kérdőív.

12. táblázat. Különbségek a serdülők SAFA, EDI és ILK pontszámaiban a csoportok között a Kruskal-Wallis próbák alapján (N = 300)

	$\chi^2(3)$	<i>p</i>	összehasonlítás	U	korrigált <i>p</i>	ϵ^2
SAFA	40,717	<0,001	TE vs AN	-4,89	<0,001	0,16
Depresszió			T1DM vs TE	2,85	0,026	
			T1DM vs AN	-6,31	<0,001	
			IBD vs AN	-4,79	<0,001	
SAFA	19,978	<0,001	TE vs AN	-4,12	<0,001	0,08
Szorongás			T1DM vs AN	-4,15	<0,001	
			IBD vs AN	-3,64	0,002	
SAFA	45,863	<0,001	TE vs AN	-5,67	<0,001	0,17
Táplálkozás			T1DM vs AN	-6,36	<0,001	
			IBD vs AN	-5,84	<0,001	
EDI	53,398	<0,001	IBD vs AN	-6,15	<0,001	0,26
Karcsúság iránti készlettség			TE vs AN	-7,13	<0,001	
			T1DM vs AN	-5,98	<0,001	
EDI	44,181	<0,001	IBD vs AN	-4,72	<0,001	0,19
Testtel való elégedetlenség			T1DM vs AN	-6,08	<0,001	
			TE vs AN	-6,31	<0,001	
EDI	34,242	<0,001	IBD vs AN	-3,55	0,002	0,12
Elégtelenség érzése			T1DM vs AN	-5,07	<0,001	
			TE vs AN	-5,6	<0,001	
EDI	15,525	0,001	T1DM vs TE	3,4	0,004	0,05
Perfekcionizmus			T1DM vs AN	-3,06	0,013	
EDI	30,61	<0,001	T1DM vs AN	-5,3	<0,001	0,1
Interoceptív tudatosság			IBD vs AN	-4,62	<0,001	
			TE vs AN	-4,46	<0,001	
ILK	37,34	<0,001	IBD vs T1DM	-2,81	0,03	0,13
Életminőség Kérdőív			AN vs TE	5,4	<0,001	
			AN vs T1DM	4,83	<0,001	
			IBD vs TE	3,28	0,006	

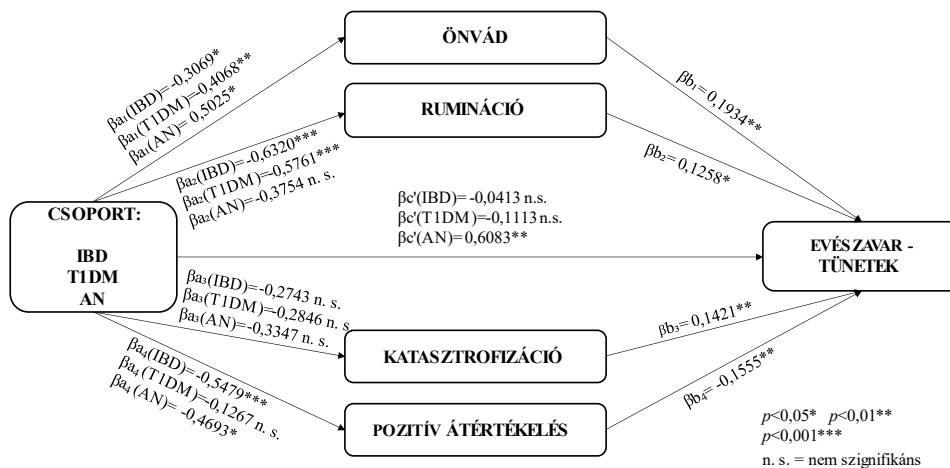
Megjegyzés. Rövidítések: SAFA = Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, EDI = Evészavar Kérdőív, ILK = Életminőség Kérdőív. TE = testileg egészséges csoport, IBD = gyulladáscsökkentő bélbetegség diagnózisú csoport, T1DM = 1-es típusú diabétesz diagnózisú csoport, AN = anorexia nervosa diagnózisú csoport. ϵ^2 = hatásméret mutató. A Bonferroni korrekciót követő szignifikancia-szint: 0,002 (0,05/24). Az utóelemzésben csak a szignifikáns eredményeket tüntettem fel.

4.1.4. Az evészavartünetekre vonatkozó mediációs elemzés

Három mediációs elemzést végeztem azon célból, hogy megvizsgáljam, a krónikus betegségek és az evészavartünetek összefüggéseit mediálják-e a kognitív érzelemszabályozó stratégiák a testileg egészséges csoporthoz képest. Bemeneti változónak a fiatalok diagnózisát választottam. A kimeneti változó a SAFA Táplálkozási skála volt (továbbiakban evészavartünetek). A CERQ Önvád, Rumináció, Katasztrófizáció és Pozitív átkeretezés skálákat vontam be mediátornak. A vizsgált modell az 1. ábrán látható. Az elemzéseket kontrolláltam a serdülő nemére, korára és a pszichés probléma fennállására (saját megítélésük alapján). A nem és a pszichés probléma szignifikáns összefüggést mutattott az előzetes vizsgálatok alapján a függő változóval. Az életkor változót azért kontrolláltam, mert a korábbi kutatási eredmények alapján a gyermek- és serdülőkor az érzelem-reguláció fejlődésében fontos és eseményteli időszak.

Mint ahogy azt korábban már láthattuk, a csoportok között eltérés található az evészavartünetek tekintetében. A testileg egészséges serdülőkhöz képest a T1DM diagnózisú serdülőknek szignifikánsan kevesebb az evészavartünete a testileg egészséges serdülőkhöz képest ($\beta_{c(T1DM)}$) míg az AN diagnózisú serdülők a -evidensen-szignifikánsan több evészavartünettel rendelkeznek ($\beta_{c(AN)}$), az IBD diagnózis esetében pedig nincs szignifikáns különbség ($\beta_{c(IBM)}$). Vizsgáltam, hogy ez a hatás mennyire a csoportok eltérő érzelemszabályozási stratégiáin (önvád, rumináció, katasztrófizáció és pozitív átkeretezés) keresztül valósul meg. Azt tapasztaltam, hogy míg az önvád (β_{b1}), a rumináció (β_{b2}), és a katasztrófizáció (β_{b3}) is mindhárom csoportban szignifikánsan megnöveli az evészavartünetek előfordulási valószínűségét, a pozitív átkeretezés (β_{b4}) szignifikánsan csökkenti azt. A testileg egészséges csoporthoz képest az IBD-re ($\beta_{a1(IBM)}$) és T1DM-re ($\beta_{a1(T1DM)}$) kevesebb önvád jellemző, míg az AN ($\beta_{a1(AN)}$) diagnózisú serdülőkre több. A testileg egészséges serdülőkhöz képest az IBD és T1DM diagnózisok esetén kevesebb rumináció jellemző ($\beta_{a2(IBM)}$, $\beta_{a2(T1DM)}$), az AN diagnózis esetén nincs szignifikáns különbség ($\beta_{a2(AN)}$). A katasztrófizáció tekintetében egyik csoport sem különbözött a testileg egészséges csoporttól ($\beta_{a3(IBM)}$, $\beta_{a3(T1DM)}$, $\beta_{a3(AN)}$). Az IBD ($\beta_{a4(IBM)}$), és AN ($\beta_{a4(AN)}$) diagnózis kevesebb pozitív átértékelést prediktál a testileg egészséges csoporthoz képest, míg a T1DM esetén nincs szignifikáns különbség ($\beta_{a4(T1DM)}$). A direkt és indirekt hatásokat áttekintve a direkt hatás csak az AN diagnózis esetén bizonyult

szignifikánsnak ($\beta c'_{(AN)}$). Az IBD és a T1DM diagnózis nem közvetlenül hat az evészavartünetekre, hanem indirekt úton, mely az IBD esetében a rumináción és a pozitív átértékelésen keresztül valósul meg, a T1DM diagnózis esetén pedig a rumináción és az önvádon keresztül. Az indirekt hatás dinamikája abban áll, hogy az IBD csoportban a testileg egészséges csoporthoz képest kisebb mértékű rumináció és nagyobb mértékű pozitív átértékelés figyelhető meg, és a rumináció csökkenésének, illetve a pozitív átértékelés növekedésének eredménye az alacsonyabb mértékű evészavartünet. A T1DM csoport esetén a testileg egészséges csoporthoz képest kisebb mértékű rumináció és önvád kevesebb evészavartünettel jár együtt. Az AN diagnózisú serdülőknél az önvádon és a pozitív átértékelésen keresztül jön létre indirekt hatás a direkt hatás mellett (1. ábra).



Indirekt hatás:

csoport → önvád → evészavar

$\beta_{a1b1}(IBD) = -0,0594 [-0,1424 - 0,0030]$
 $\beta_{a1b1}(T1DM) = -0,0787 [-0,1553 - -0,0172]$
 $\beta_{a1b1}(AN) = 0,0972 [0,0090 - 0,2229]$

csoport → katasztrófizáció → evészavar

$\beta_{a3b3}(IBD) = -0,0390 [-0,1048 - 0,0093]$
 $\beta_{a3b3}(T1DM) = -0,0409 [-0,1020 - 0,0010]$
 $\beta_{a3b3}(AN) = -0,0476 [-0,1331 - 0,0159]$

Teljes hatás:

$\beta c'(IBD) = -0,2192$ n. s.
 $\beta c'(T1DM) = -0,3033^*$
 $\beta c'(AN) = 0,6107^{**}$

csoport → rumináció → evészavar

$\beta_{a2b2}(IBD) = -0,0795 [-0,1782 - -0,0089]$
 $\beta_{a2b2}(T1DM) = -0,0725 [-0,1624 - -0,0076]$
 $\beta_{a2b2}(AN) = -0,0472 [-0,1270 - 0,0043]$

csoport → pozitív átértékelés → evészavar

$\beta_{a4b4}(IBD) = 0,0852 [0,0290 - 0,1729]$
 $\beta_{a4b4}(T1DM) = 0,0197 [-0,0290 - 0,0794]$
 $\beta_{a4b4}(AN) = 0,0730 [0,0030 - 0,1702]$

1. ábra A mediációs modell az egyes diagnózisok és az evészavartünetek kapcsolatában (saját ábra)

4.1.5. Az életminőségre vonatkozó mediációs elemzés

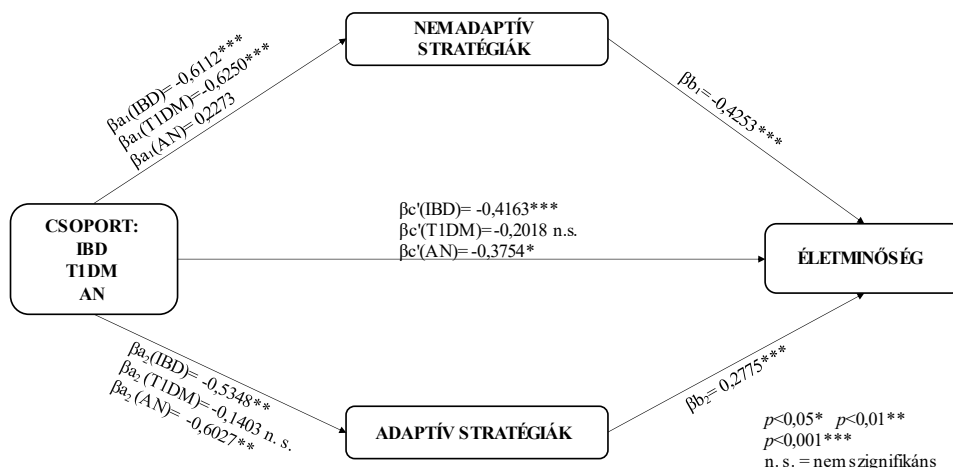
Mediációs elemzést végeztem (2. ábra) azt megvizsgálva, hogy az adaptív és nem-adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák mediálják-e az IBD és T1DM diagnózissal élő serdülők életminőségét a testileg egészséges csoporthoz képest. Bár kutatásom fókusza a testi beteg serdülőkre irányul, az elemzésbe bevettem az AN diagnózissal csoportot is. Mivel a 2. vizsgálatban részletesen foglalkozom az egyes kognitív érzelemszabályozó stratégiák szerepével az életminőségben, ebben az elemzésben összességében vizsgáltam az adaptív és nem adaptív stratégiákat.

Bemeneti változónak a fiatalok diagnózisát választottam. A kimeneti változó az ILK összpontszáma volt. A CERQ adaptív és nem adaptív stratégiák összpontszámait vontam be mediátor változóként, nemre, korra, a három hónapon belüli negatív életeseményekre és a pszichés probléma meglétére (saját megítélés szerinti) kontrolláltam a vizsgálatot, mivel ezen változók előzetes vizsgálataim és a szakirodalmi adatok alapján összefüggést mutatnak a kimeneti változóval.

Az IBD ($\beta_{C(IBM)}$) diagnózissal serdülők és az AN ($\beta_{C(AN)}$) diagnózissal serdülők szignifikánsan rosszabb életminőséggel rendelkeznek a testileg egészséges társaikhoz képest, míg a T1DM diagnózissal serdülők nem különböznek tőlük szignifikánsan ($\beta_{C(T1DM)}$). Vizsgálatom arra irányult, hogy ez vajon mennyire a nem adaptív és az adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiákon keresztül valósul meg. Elmondható, hogy a negatív stratégiák mindegyik csoportban szignifikánsan rontják az életminőséget (β_{b1}), az adaptív stratégiák viszont növelik (β_{b2}).

Míg az IBD ($\beta_{a1(IBM)}$) és T1DM ($\beta_{a1(T1DM)}$) diagnózissal serdülők szignifikánsan kevesebb negatív érzelemszabályozó stratégiával rendelkeznek a testileg egészséges serdülőkhez képest, az AN diagnózissal serdülők nem különböznek tőlük ($\beta_{a1(AN)}$). Az adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák tekintetében az IBD ($\beta_{a2(IBM)}$) és AN diagnózissal serdülőkre ($\beta_{a2(AN)}$) kevesebb adaptív stratégia használata jellemző, mint a testileg egészséges társaikra. A T1DM diagnózissal serdülők ($\beta_{a2(T1DM)}$) adaptív stratégiáikat illetően nem különböznek szignifikánsan a testileg egészséges csoporttól. Az IBD közvetlen úton is csökkenti az életminőséget, azonban indirekt út is érvényesül esetükben. Az IBD diagnózissal serdülőknél a kevesebb nem adaptív stratégia használata növeli az életminőséget, azonban a kevesebb adaptív stratégia alkalmazása csökkenti azt.

Az AN diagnózisú betegeknél szintén szignifikáns a direkt út és emellett a kevesebb adaptív stratégia indirekt módon is csökkenti az életminőségüket. Mind az IBD, mind az AN diagnózis esetében a direkt út erősebbnek bizonyult az indirekthez képest. A T1DM diagnózisú serdülők betegsége közvetlenül nem csökkentette szignifikánsan az életminőséget, ugyanakkor a kevesebb nem adaptív stratégia alkalmazása életminőség-növelő esetükben (2. ábra).



Teljes hatás:

$\beta_c(\text{IBD}) = -0,3047^*$
 $\beta_c(\text{T1DM}) = 0,0251$ n. s.
 $\beta_c(\text{AN}) = -0,4460^*$

Indirekt hatás:

csoporthatás->nem adaptív->életminőség

$\beta_{a1b1}(\text{IBD}) = 0,2599$ [0,1260 - 0,4096]
 $\beta_{a1b1}(\text{T1DM}) = 0,2658$ [0,1348 - 0,4043]
 $\beta_{a1b1}(\text{AN}) = 0,0967$ [-0,0613 - 0,2570] n.s.

csoporthatás->adaptív->életminőség

$\beta_{a2b2}(\text{IBD}) = -0,1484$ [-0,2573 - -0,0585]
 $\beta_{a2b2}(\text{T1DM}) = -0,0389$ [-0,1340 - 0,0469] n.s.
 $\beta_{a2b2}(\text{AN}) = -0,1672$ [-0,2954 - -0,0527]

2. ábra Az egyes diagnózisok és az életminőség kapcsolatának mediációs modelljei (saját ábra)

4.2. Második vizsgálat

4.2.1. Az alkalmazott skálák leíró jellemzői

A második vizsgálatban 112 krónikus beteg serdülő és az őket kísérő szülők képezték a mintát. Az alkalmazott mérőeszközök reliabilitás-mutatóit az 13. táblázat tartalmazza.

13. táblázat. A 2. vizsgálat skáláinak reliabilitás-mutatói

	Cronbach- α serdülő	Cronbach- α szülő
SAFA-Táplálkozás	0,71	
ILK Életminőség Kérdőív	0,71	0,70
CERQ Önvád	0,67	0,69
CERQ Elfogadás	0,67	0,69
CERQ Rumináció	0,67	0,68
CERQ Rozitív fókuszváltás	0,68	0,69
CERQ Tervezés	0,67	0,68
CERQ Pozitív átértékelés	0,67	0,68
CERQ Perspektívába helyezés	0,67	0,68
CERQ Katasztrófizáció	0,68	0,69
CERQ Hibáztatás	0,68	0,68
CERQ Adaptív	0,67	0,69
CERQ nem adaptív	0,65	0,68

Megjegyzés. Rövidítések függőlegesen: SAFA = Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, CERQ = Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív

Az első vizsgálatban is szereplő skála típusú változók deskriptív jellemzőit, és ezek diagnózisonkénti különbségei már szemléltetésre kerültek korábban, így arra most nem térek ki. Az IBD és a T1DM diagnózisú csoport szülei között nem volt szignifikáns

különbség az életkort illetően ($t = 0,315$, $p = 0,753$). A szülői skálák leíró jellemzői és a próbastatisztika értékek a 14. táblázatban találhatóak. A két csoport szülei között csak az életminőség tekintetében volt különbség, a hatásméret mutató igen kicsi (Cohen $d = 0,05$).

14. táblázat. A szülői ILK proxy és a szülői CERQ skálák leíró jellemzői és próbastatisztika értékei (Kétmintás t-próba vagy Mann-Whitney próba)

	IBD csoport		T1DM csoport		t/U	p
	szülő		szülő			
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás		
ILK proxy	20,1	3,85	22,1	4,17	1094	0,007
Önvád	9,14	2,74	9,26	3,62	1500	0,744
Elfogadás	12,55	2,86	12,87	3,23	1488,5	0,694
Rumináció	10,88	3,43	9,7	3,19	1312,5	0,153
Pozitív f.	10,84	3,58	11,25	3,73	1626,5	0,677
Tervezés	15,16	3,18	14,75	3,42	0,64	0,523
Pozitív átért.	13,2	3,46	13,43	3,98	-0,323	0,747
Perspektívába h.	11,75	3,52	12,54	3,85	1348,5	0,225
Katasztrófizáció	7,47	2,67	7,02	2,77	1375,5	0,289
Mások hibázt.	5,94	1,89	5,84	2,15	1445,5	0,505
Adaptív	63,49	11,32	64,84	13,18	-0,573	0,568
Nem adaptív	33,43	8,26	31,82	8,66	1,002	0,319

Megjegyzés. $N = 112$, $n_{IBD} = 51$, $n_{T1DM} = 61$. Rövidítések címben: CERQ = Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, ILK proxy = Életminőség Kérdőív – gyerekükre vonatkozó szülői változat. Vízszintesen: IBD = gyulladósos bélbetegség diagnózisú csoport, T1DM = 1-es típusú diabétesz diagnózisú csoport. Függőlegesen: Pozitív f. = pozitív fókuszváltás, Pozitív átért. = pozitív átértékelés, Perspektívába h. = perspektívába helyezés, Mások hibázt. = mások hibáztatása

4.2.2. A szülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak és a krónikus beteg serdülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak szerepe a serdülők evészavartüneteiben

A vizsgálatot megelőzte az adaptív és nem adaptív stratégiák (CERQ) együttjárásának valamint a SAFA evészavartünetekkel való együttjárásának vizsgálata. A serdülő és szülői érzelemszabályozó stratégiák közül a nem adaptív stratégiák között közepes pozitív kapcsolat áll fenn. A SAFA Táplálkozás skála szignifikáns, közepes negatív kapcsolatban áll a serdülők nem adaptív kognitív érzelemszabályozásával és a szülők nem adaptív kognitív érzelemszabályozásával (15. táblázat).

15. táblázat. A CERQ adaptív és nem adaptív serdülő és szülői skáláinak, valamint a SAFA-T skáláinak korrelációi

	1.	2.	3.	4.
1. serdülő adaptív stratégiák		0,087	0,037	-0,03
2. serdülő nem adaptív stratégiák	0,087	-	0,095	0,333*
3. szülői adaptív stratégiák	0,037	0,095	-	-0,181
4. szülői nem adaptív stratégiák	-0,03	0,333*	-0,181	-
5. SAFA-T	-0,124 ^a	0,429* ^a	-0,052 ^a	0,306* ^a

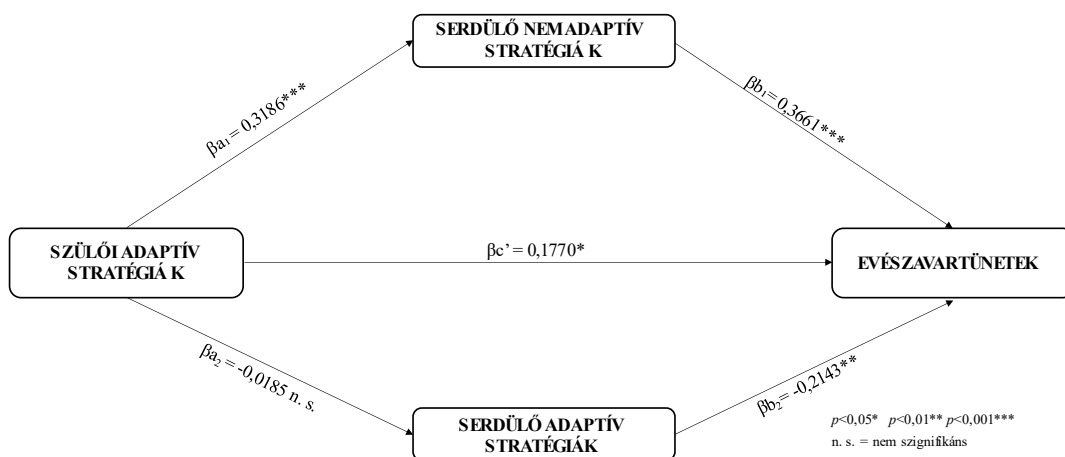
Megjegyzés. $N = 112$. Rövidítések: CERQ = Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív, SAFA-T = Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti, Táplálkozás skála * = szignifikáns eredmény, a Bonferroni korrekciót követő szignifikancia-szint: 0,01(0,05/5).

^a = Spearman-féle rangkorreláció, a nem jelölt esetekben Pearson korreláció.

Mediációs elemzéseket végeztem azt megvizsgálva, hogy a szülői adaptív és nem adaptív, illetve a serdülői adaptív, valamint nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák hogyan jelzik előre az evészavartüneteket (3. ábra). Bemeneti változónak az egyik vizsgálatban a szülők nem adaptív stratégiáit, míg a másikban az adaptív stratégiáit választottam, a kimeneti változó a SAFA Táplálkozás skálája lett (továbbiakban evészavartünetek). A serdülők adaptív és nem adaptív stratégiáit vontam be mediátorként az elemzésbe, melyet kontrolláltam a diagnózisra, nemre és korra. A szülői adaptív

stratégiák esetében nem bizonyult szignifikánsnak sem a direkt út ($\beta c' = -0,1119$; $p = 0,17$), sem az indirekt nem adaptív út ($\beta a_1 b_1 = 0,0463$, $[-0,0373 - 0,1328]$), sem az indirekt adaptív út ($\beta a_2 b_2 = -0,0063$, $[-0,0528 - 0,0369]$).

A szülői nem adaptív stratégiák esetén elmondható, hogy szignifikánsan növelik az evészavartünetek előfordulási valószínűségét (βc). Megvizsgáltam, hogy ez a hatás mennyiben a serdülők adaptív vagy nem adaptív stratégiáin keresztül valósul meg. Míg a serdülők nem adaptív stratégiái növelik (βb_1) az evészavartünetek előfordulását, az adaptívak csökkentik azt (βb_2). A szülői nem adaptív stratégiák több nem adaptív stratégiát prediktálnak a serdülőkre vonatkozóan (βa_1), azonban a serdülők adaptív stratégiáival nem találtam szignifikáns kapcsolatot (βa_2). Összességében elmondható, hogy vizsgálatomban a szülői nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák direkt úton és -a serdülők nem adaptív stratégiáin keresztül- indirekt úton is növelik a fiatalok evészavartüneteit. A serdülők adaptív stratégiái tekintetében az indirekt út nem bizonyult szignifikánsnak. A mediációs elemzést a 3. ábra szemlélteti.



Teljes hatás: $\beta c = 0,2976^{***}$

Indirekt hatás:

szülői nem adaptív → **serdülő nem adaptív** → **evészavar**

$\beta a_1 b_1 = 0,1167$ $[0,0437 - 0,2192]$

szülői nem adaptív → **serdülő adaptív** → **evészavar**

$\beta a_2 b_2 = 0,0040$ $[-0,0419 - 0,0474]$ n. s.

3. ábra. A szülői nem adaptív kognitív érzelemszabályozás és az evészavartünetek mediációs modelljei (saját ábra)

4.2.3. Az életminőségre vonatkozó vizsgálatok

A serdülők és a szülők életminőség pontszámainak együttjárását intra-class korrelációval vizsgáltam, mely mérsékelt együttjárást eredményezett (ICC = 0,50, 95% konfidencia intervallum: 0,35-0,63). A páros Wilcoxon-féle előjeles rangpróba alapján a szülők szignifikánsan jobbnak értékelték ($p = 0,02$, $Z = -2,36$) gyermekük életminőségét (Medián= 21,5), mint a serdülők (Medián = 21), bár a hatásméret mutató alapján a különbség kismértékű ($\eta^2 = 0,05$).

A serdülők és a szülők CERQ skáláinak, valamint az ILK skálák korrelációinak eredménye az 16. táblázatban található.

16. táblázat. Az ILK skála és a CERQ serdülői és szülői skálák interkorrelációi (Spearman-féle korrelációs együtthatók).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ILK	—									
2. önvád	-0,44*	—								
3. elfogadás	0,15	0,26	—							
4. rumináció	-0,24	0,54*	0,26	—						
5. pozitív fókuszváltás	0,35*	-0,2	0,30*	0,02	—					
6. tervezés	0,20*	0,16	0,42*	0,21	0,44*	—				
7. pozitív átértékelés	0,42*	-0,02	0,35*	0,07	0,63*	0,55*	—			
8. perspektívába helyezés	0,19	0,13	0,34*	0,17	0,43*	0,40*	0,52*	—		
9. katasztrófizáció	-0,33*	0,34*	-0,01	0,43*	-0,11	-0,01	-0,14	-0,02	—	
10. hibáztatás	-0,19	0,31*	0,05	0,26	0,06	0,21*	0,12	0,03	0,39*	—
11. szülői önvád	-0,26	0,25	0,07	0,29	-0,01	0,04	-0,03	0,03	0,12	0,16
12. szülői elfogadás	-0,05	0	-0,12	-0,21	-0,13	0	-0,09	-0,15	0,02	0,03
13. szülői rumináció	-0,16	0,19	-0,06	0,22	-0,05	-0,02	-0,09	-0,02	0,2	0,12
14. szülői pozitív fókuszváltás	0,05	-0,04	-0,01	-0,08	0,04	-0,04	-0,02	0,02	0,11	0,02
15. szülői tervezés	-0,06	0,14	0,06	0,06	0	0,14	0,03	0,08	-0,03	0,21
16. szülői pozitív átértékelés	-0,02	0,14	0,13	-0,03	0,02	0,1	0,15	0,1	-0,06	0,22
17. szülői perspektívába helyezés	-0,09	0,13	0,06	0,02	0,02	0	0,06	0,05	0,14	0,07
18. szülői katasztrófizáció	-0,13	0,13	-0,11	0,17	-0,01	-0,03	0,05	-0,01	0,330*	0,11
19. szülői hibáztatás	-0,09	0,29	0,14	0,33*	-0,01	0,03	-0,08	0,1	0,23	0,23

Megjegyzés: N = 224. ILK = Életminőség Kérdőív. Bonferroni korrekciót követő szignifikancia-szint: 0,003 (0,05/19).

Többszörös lineáris regresszió-elemzést végeztem arra vonatkozóan, hogy mely kognitív érzelemszabályozó stratégiák prediktálják a krónikus beteg serdülők életminőségét. Mivel a mintát két betegcsoport alkotta, a diagnózis változót is beemeltem az elemzésbe. Mindkét modell szignifikánsnak bizonyult, a részletes eredmények a 20. és a 21. táblázatban láthatók. A T1DM diagnózis az első modellben szignifikánsan jobb életminőséget jelez előre, míg a második modellben, -a kognitív érzelemszabályozó stratégiák belépésével- ez a hatás már nem bizonyult szignifikánsnak. Vizsgálatomban legerősebb prediktornak az önvád mutatkozott, mely csökkenti az életminőséget, azonban nem sokkal kisebb a hatása a pozitív átértékelésnek, mely életminőséget növelő hatású. A serdülők katasztrófizációjától -a prediktor hatásának erősségét illetően- a szülői önvád kismértékben maradt el. Mindkettő csökkenti a serdülők életminőségét. A rumináció és a pozitív fókuszváltás nem bizonyult szignifikáns prediktornak. A négy szignifikáns kognitív érzelemszabályozó stratégia együttesen 43%-ot magyaráz meg az életminőségből.

17. táblázat. A lineáris regresszió mutatói (ILK)

Modell száma	A modell mutatói				A változás mutatói				
	R	R ²	Korrigált R ²	Standard hiba	R ²	F	df1	df2	p
1	0,237	0,056	0,048	4,91	0,056	6,572	1	110	0,012
2	0,656	0,43	0,392	3,92	0,374	11,388	4	104	< 0,001

Megjegyzés. N = 112. ILK = Életminőség Kérdőív.

18. táblázat. Az ILK prediktorai

Mod.	Standardizáltlan együtthatók		Standardizált együtthatók			Kollinearitás		
	B	Hiba	β	t	p	Tol.	VIF	
1	Konstans	16,554	1,511		10,956	<,001		
	Diagnózis	2,387	0,931	0,237	2,564	0,012	1	1
2	Konstans	22,081	2,224		9,927	<,001		
	Diagnózis	1,122	0,772	0,112	1,454	0,149	0,929	1,077
	Önvád	-0,402	0,113	-0,331	-3,545	<,001	0,629	1,59
	Pozitív fókuszváltás	0,024	0,119	0,02	0,202	0,84	0,534	1,874
	Pozitív átértékelés	0,383	0,124	0,311	3,084	0,003	0,539	1,856
	Katasztrófizáció	-0,277	0,123	-0,187	-2,252	0,026	0,797	1,254
	Rumináció	-0,013	0,107	-0,012	-0,124	0,902	0,622	1,607
	Szülői önvád	-0,245	0,12	-0,157	-2,038	0,044	0,918	1,089

Megjegyzés. N = 112. ILK = Életminőség Kérdőív. Mod. = modell, Tol. = tolerancia, VIF

= variancia-inflációs tényező.

5. MEGBESZÉLÉS

5.1. Első vizsgálat

5.1.1. A kognitív érzelemszabályozó stratégiák a négy vizsgált csoportban

A kutatás első célja az volt, hogy a két krónikus szomatikus betegcsoport (IBD, T1DM), valamint a testileg egészséges serdülők és az anorexia nervosával diagnosztizált serdülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáit összehasonlítsa. Először az adaptív és nem adaptív stratégiákat vizsgáltam. A testileg egészséges serdülők csoportja és a T1DM csoport nem különbözött szignifikánsan az adaptív stratégiák használatában. Az IBD és az AN diagnózisú csoport ugyanakkor mindkét másik csoporthoz képest szignifikánsan kevesebb adaptív stratégiát alkalmaz, egymástól viszont szignifikánsan nem különböznek. Az AN csoport esetén ez az eredmény egybevág korábbi szakirodalmi adatokkal (208, 217), ugyanakkor gyulladáson alapuló bélbetegségekre vonatkozóan sajnos ismereteim szerint nem állnak rendelkezésre kognitív érzelemszabályozásra vonatkozó vizsgálati eredmények. Graff és munkacsoportja (256) felnőtt IBD-ben érintett személyeket és egészséges egyéneket hasonlított össze aktív és elkerülő megküzdés szempontjából. Mindkét coping típust gyakrabban alkalmazták a gyulladáson alapuló bélbeteg diagnózisú emberek. Serdülőkre vonatkozóan nem találtam vizsgálatot.

A T1DM és az IBD betegcsoport közötti szignifikáns különbséget tekintve az adaptív stratégiákat illetően, felmerülhet, hogy mennyiben állhatnak a betegségből adódó tényezők a háttérben. Míg a diabétesz a megfelelő előírások betartásával a legtöbb esetben jól egyensúlyban tartható, addig a gyulladáson alapuló bélbetegség esetén az ismételt fellángolás lehetősége folyamatosan fennáll, kevésbé kontrollálható az érintett serdülők számára (73). Az IBD sajátosságainak az adaptív érzelemszabályozásra gyakorolt esetleges hatása longitudinális kutatási módszerekkel lenne alaposabban megismerhető. Azonban ebben a betegcsoportban az adaptív stratégiák fejlesztése különösen fontos hozzáadékkal járhat, hiszen azok a szakirodalmi adatok alapján kevésbé kontrollálható események kapcsán fellépő érzések regulációjában adekvát segítséget jelentenek (181).

A maladaptív stratégiák tekintetében az AN csoport és a testileg egészséges csoport meglepő módon nem különbözik egymástól szignifikánsan. Mindkét krónikus betegcsoport kevesebb maladaptív stratégiát használ hozzájuk képest, ugyanakkor egymástól nem különböznek. A nem adaptív stratégiák eredményei számos kérdést felvetnek, ezért a csoportok közötti különbségek részleteinek alaposabb megismerése céljából az egyes stratégiákat külön-külön is megvizsgáltam. Ez alapján az önvád tekintetében volt tapasztalható a legmarkánsabb különbség a vizsgálati csoportok között: az AN diagnózisú csoportot a szakirodalmi adatokkal egybehangzóan magas szintű önvád jellemezte a többi csoporthoz képest (214, 215, 217). Némiképp meglepő eredmény, hogy a ruminációt illetően az AN és a testileg egészséges csoport nem különül el egymástól. Bár a korábbi vizsgálatok a rumináció magas szintjét írták le anorexia nervosában (194, 257), ez inkább az evéssel, alakkal, testsúllyal kapcsolatban jellemző. A CERQ ugyanakkor nem tartalmaz specifikus kérdéseket ezen témákra vonatkozóan, így elképzelhető, hogy a korábbi vizsgálatokban -más eszközökkel mért- ruminációra vonatkozó különbség itt nem tudott megmutatkozni. Nandrino és munkacsoportja (217) vizsgálatában -mely CERQ-t alkalmazott felnőtt nők körében- bár az anorexia nervosa diagnózisú személyek szignifikánsan többet alkalmazzák a ruminációt, az egészséges kontrollcsoporthoz képest, a hatásméret csekélynek bizonyult. Mindemellett jelen kutatás alapján felmerülhet a kérdés, hogy a két krónikus betegcsoport miért használ kevesebbet ebből a stratégiából, valamint a mások hibáztatása stratégiából a testileg egészséges társaikhoz képest. Az egyik lehetséges magyarázat, hogy a mintavételből is adódhat ez a különbség. A vizsgálatba bevont iskolákból kettő kimondottan erős, a középiskolák országos élvonalába tartozó volt. Elképzelhető, hogy a vizsgált testileg egészséges csoport némiképp terheltebb pszichésen. A mások hibáztatása stratégiával kapcsolatban felmerülhet az a magyarázat is, hogy serdülőkorban a normál fejlődés részeként felerősödő egocentrikus gondolkodás a testileg egészséges serdülők esetében nagyobb mértékben van jelen. Az IBD, T1DM és AN diagnózisú fiataloknál elképzelhető, hogy a serdülés betegségükkel összefüggésben másként, lassabban zajlik (11, 19, 258).

Az adaptív stratégiák egyenként történő vizsgálatakor egyedül a pozitív átértékelés terén különböznek szignifikánsan az IBD diagnózisú serdülők a T1DM csoporttól és a testileg egészséges társaiktól. Ez az eredmény kapcsolódik egy -felnőtt- gyulladáso- bélbetegekre vonatkozó- vizsgálat eredményéhez (259), amelyben szintén a pozitív

átkeretezés kisebb mértékű használatát írták le az egészséges kontroll csoporthoz képest. Megemlítendő ugyanakkor, hogy kutatásomban tendenciaszinten a pozitív fókuszváltást is kevésbé alkalmazzák az IBD-vel élő serdülők. Ugyancsak tendenciaszintű eredmény, hogy mindkét krónikus betegséggel élő csoport kisebb mértékben alkalmazza a tervezést az egészséges társaikhoz képest, amely a testi betegséghez kapcsolódó sajátosságokkal, bejósolhatatlan eseményekkel is kapcsolatban állhat.

Mindezek alapján az 1/1-es hipotézis részben teljesült. Az IBD diagnózisú csoport nem alkalmaz kevesebb adaptív stratégiát a T1DM diagnózisú csoporthoz képest, azonban a testileg egészséges serdülőkhez képest igen. Az adaptív stratégiákat illetően bár a legnagyobb átlagpontszáma a testileg egészséges csoportnak van, szignifikánsan nem különül el a T1DM csoporttól. A nem adaptív stratégiák tekintetében a két krónikus betegcsoport nem különbözik egymástól, a testileg egészséges csoport és az anorexia nervosa diagnózisú csoport viszont több maladaptív stratégiát alkalmaz hozzájuk képest. Az önvád stratégia alkalmazása tekintetében az AN csoport markánsan kiemelkedik. A csoportok között tapasztalt különbségek több kérdést is felvetnek, melyeket további vizsgálatokkal lenne érdemes megválaszolni.

5.1.2. Az evészavartünetek vizsgálata az egyes csoportokban és a kognitív érzelemszabályozás mediátor szerepének vizsgálata az evészavartünetekben

Bár kutatásom fókuszában nem az evészavartünetek előfordulásának felmérése állt -a minta nagysága alapján és a mintavétel módja alapján sem vállalkozhattam erre- mégis fontosnak tartottam feltérképezni az egyes evészavartünetek csoportok közötti különbségeit. Az elemzések alapján az 1/2. hipotézis nem teljesült, ugyanis a krónikus beteg csoportok és a testileg egészséges csoportok között nem találtam különbséget sem a SAFA összpontszámában, sem az EDI karcsúság iránti késztetés, testtel való elégedettség, elégtelenség érzése és interoceptív tudatosság skáláiban. Ezekben az AN csoport hipotézisemnek megfelelően szignifikánsan magasabb értékeket ért el, a másik három csoport evészavartüneteiben viszont nem mutatkozott különbség. A bulimia alskálán a csoportok nem különböztek egymástól szignifikánsan, az AN diagnózisú

serdülők több mint 80%-a a jelen mintában a restriktív típusba tartozik. A félelem a felnőtté válástól és az interperszonális bizalmatlanság alskála terén sem tapasztaltam szignifikáns különbséget a négy csoport között, bár ez utóbbiban tendencia szinten magasabb értéket ért el az AN diagnózisú csoport. Felmerül a kérdés, hogy más korábbi kutatásokhoz hasonlóan (100, 101, 117) a jelen vizsgálatban miért nem mutatkozott szignifikáns különbség a krónikus beteg- és a testileg egészséges csoport között. Egyrészt magyarázhatják ezt a már fentebb említett módszertani okok, másrészt fontos megemlíteni, hogy általános evészavartünetekre kérdeztem rá, az inzulinnal való manipulációra vonatkozóan például nem tettem fel kérdéseket. Igaz, a korábbi kutatási eredmények alapján az általános evészavar-kérdőívek inkább fölémérik az evészavartüneteket (100) a diagnózis-specifikus kérdőívekhez képest. Továbbá fontos megemlíteni, hogy létezik olyan vizsgálati eredmény is, amely az anorexia nervosa esetében nem talált különbséget a krónikus betegek és a kontrollcsoport között, míg a bulimia nervosa esetében igen (104). Bár mind az anorexia nervosára, mind a bulimia nervosára igaz, hogy egyre fiatalabb életkorban indul a betegség (260), a bulimia nervosa indulása inkább a késői serdülőkorra tehető, ily módon a mintám életkori tartományába ők kevésbé eshettek bele (261).

Vizsgálatom egyik fő kérdéscélje, hogy az IBD és T1DM csoportokban - összehasonlítva az AN diagnózisú csoporttal- milyen hatással bírnak az egyes kognitív érzelemszabályozó stratégiák az evészavartünetekre a testileg egészséges csoporthoz képest. Az önvád, kataszrofizáció és rumináció alkalmazása egyértelműen több evészavartünettel jár együtt, míg a pozitív átértékelés kevesebb evészavartünetet prediktál. Ezeknek a stratégiáknak a beazonosítása, mérséklése vagy fejlesztése a krónikus betegek körében rendkívül fontos és preventív jelentőségű lehet. Yilmaz és munkacsoportja (262) vizsgálata alapján az érzelmi diszregulációval jellemezhető T1DM diagnózisú serdülők körében 8,5-szer nagyobb az esélye az evészavarok kialakulásának. Jelen eredmények alapján mind a T1DM, mind az IBD csoportban elmondható, hogy nem volt kimutatható a betegség közvetlen hatása az evészavartünetekre, ugyanakkor a T1DM esetében az önvádon és rumináción keresztül, az IBD csoportban pedig a rumináción és pozitív átértékelésen keresztül létrejött indirekt hatás. Az, hogy a T1DM diagnózisú serdülők kevésbé alkalmazzák az önvádat és a ruminációt a testileg egészséges társaikhoz képest, esetükben kevesebb evészavartünethez vezet, ami a ruminációra vonatkozóan az

IBD diagnózisú serdülőkre is elmondható. Ez utóbbi csoport esetében azonban a pozitív átértékelés kisebb mértékű alkalmazása közvetve növeli az evészavartüneteiket. Az AN csoportban a pozitív átértékelés kisebb mértékű használata és az önvád nagyobb mértékű alkalmazása indirekt módon hozzájárult az evészavartünetek növeléséhez. Ezen eredmények alapján elmondható, hogy az önvád szerepe rendkívül fontos és prediktív azokban a csoportokban, ahol jellemzően nem áll fenn evészavar, és hangsúlyos tényező a már anorexia nervosával küzdő betegcsoportban is. Az utóbbiak körében korábbi kutatások szerint a betegség kezdetén mért önvád képes bejósolni a terápia hosszútávú kimenetelét (214, 215).

1/3. hipotézisem részben teljesült. A feltételezett több evészavartünet nem igazolódott a krónikus betegcsoportokban, azonban az önvád, katasztrofizáció, rumináció és a pozitív átkeretezés indirekt úton hozzájárult az evészavartünetek csökkenéséhez vagy növeléséhez. A diagnózis és az evészavartünetek közötti közvetlen út az IBD és T1DM diagnózisú csoportokban nem bizonyult szignifikánsnak, ugyanakkor a krónikus betegségekből adódó speciális tényezők (diéta betartása, inzulin adagolás stb.) figyelembevétele és vizsgálata a klinikumban feltétlenül szükséges a jelenség teljesebb megértéséhez.

5.1.3. Az életminőség vizsgálata az egyes csoportokban, a kognitív érzelemszabályozó stratégiák mediátor szerepének vizsgálata az életminőségben

Arra vonatkozó feltételezésem (1/4.), miszerint a T1DM diagnózisú serdülők jobb életminőséggel rendelkeznek az IBD diagnózisú társaikhoz képest, és az AN diagnózisú csoport életminősége alacsonyabb a testileg egészséges csoporthoz képest, egyaránt teljesült. Érdekes eredmény, hogy a gyulladással járó bélbetegségben szenvedő fiatalok és az evészavarral küzdő serdülők általános életminősége jelen vizsgálatban nem különbözik egymástól. Vizsgálatomban a T1DM diagnózisú serdülők és a testileg egészséges serdülők életminősége sem különbözik, ami kapcsolódik más, általános életminőséget mérő kutatások eredményeihez (138, 139). Varni és munkacsoportja (140) HRQOL-re vonatkozó vizsgálata alapján a diabéteszben érintett betegek életminősége jobbnak

bizonyult a vizsgált többi krónikus beteghez képest, igaz, az 1-es és 2-es típusú cukorbeteg gyerekek egy mintát alkottak és a vizsgált korosztály is fiatalabb volt. Jelen kutatásban az IBD diagnózisú fiatalok egészséges társaikhoz képest mért rosszabb életminősége egybeesik más vizsgálatok eredményeivel (28, 76, 145), azonban fontos szem előtt tartani, hogy ezen betegcsoportban a betegség aktivitása és ezáltal a hullámozó erősségű testi tünetek is kihatással vannak az életminőségre (149), amelyek szerepére jelen vizsgálat nem terjedt ki.

Vizsgálatom másik kérdésfeltevése az életminőséget mediáló kognitív érzelemszabályozó stratégiákra vonatkozott az egyes betegcsoportokban. Eredményeim alapján elmondható, hogy az adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák szignifikánsan javítják, a nem adaptívak pedig rontják az általános életminőséget a teljes mintára vonatkozóan, mely eredmények összhangban állnak más érzelemszabályozásra vonatkozó (224, 238, 263) vizsgálati eredményekkel. Egy érdekes, részben kapcsolódó kutatás alapján (264) a sebészeti beavatkozás előtt kevesebb maladaptív coping stratégiával jellemezhető gyulladós bélbetegek életminősége jobbnak bizonyult a sebészeti beavatkozás után.

A fenti eredmények tükrében mindkét stratégia-típusra érdemes figyelmet fordítani az intervenciókban, bár a maladaptív stratégiák hatása erősebb lehet. Az IBD diagnózisú csoportban maga a diagnózis is hat az életminőségre, rontja azt, azonban mind az adaptív, mind a nem adaptív stratégiákon keresztül megvalósuló közvetett út is szignifikáns. Az IBD diagnózisú serdülők jelen vizsgálatban testileg egészséges társaikhoz képest kevesebb maladaptív stratégiával rendelkeznek, ami javítja az életminőségüket, ugyanakkor az adaptív stratégiákból is kevesebbet birtokolnak, ami pedig negatív hatással van életminőségükre. A T1DM diagnózisú serdülők esetén a diagnózis közvetlen hatása az általános életminőségre nem szignifikáns, ugyanakkor a testileg egészséges serdülökhöz képest a kevesebb negatív stratégia alkalmazása indirekt módon hozzájárul az életminőségük növeléséhez. Az AN diagnózisú csoport esetén a diagnózis ugyancsak életminőség-csökkentő, továbbá esetükben a kevesebb adaptív stratégia használata is rontja az életminőséget a testileg egészséges társaikhoz képest.

Az eredmények alapján a vizsgált krónikus testi betegségek közül az IBD diagnózis önmagában is negatívan hat az általános életminőségre a testileg egészséges csoporthoz képest, azonban ezt a hatást a kognitív érzelemszabályozó stratégiák tompíthatják vagy

akár fel is erősíthetik. Ily módon a kognitív érzelemszabályozó stratégiákra irányuló intervenciók ígéretesek lehetnek az életminőség javításában a krónikus betegek körében.

5.2. Második vizsgálat

5.2.1. A szülők és serdülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak szerepe a krónikus beteg serdülők (IBD, T1DM) evészavartüneteiben

A második vizsgálatban azt elemeztem, hogy a szülők kognitív érzelemszabályozó stratégiái a serdülők evészavartüneteire milyen módon hatnak, mediálják-e azt a krónikus beteg serdülők kognitív érzelemszabályozó stratégiái.

Eredményeim alapján, a szülői adaptív stratégiák esetén egyik út sem bizonyult szignifikánsnak, vagyis a serdülők evészavartüneteivel való kapcsolatot nem sikerült igazolni.

A szülők nem adaptív stratégiái esetében mind a direkt, mind a serdülők nem adaptív stratégiáinak megnövelésén keresztül megvalósuló indirekt út szignifikánsnak bizonyult. Ily módon 2/1. hipotézis csak részben igazolódott, mivel a serdülők pozitív stratégiái nem bizonyultak mediáló tényezőnek. Ismeretem szerint ez az első vizsgálat krónikus testi beteg serdülő mintán a szülői maladaptív stratégiák közvetlen és a serdülői kognitív érzelemszabályozó stratégiák közvetett szerepére vonatkozóan a serdülők evészavartüneteiben. Ezen eredmények összhangban állnak az egészséges serdülőkre vonatkozó kutatási eredményekkel (210, 211). Korábbi vizsgálatok alapján (200) a negatív érzelemszabályozó stratégiák szerepe az egyes pszichés zavarokban sokkal erősebb a pozitív stratégiákhoz képest, ami részben magyarázhatja azt az eredményt, hogy a szülői adaptív stratégiák esetén egyik út sem bizonyult szignifikánsnak. A szülők diszfunkcionális érzelemszabályozásának hatása a gyermekük evészavartüneteire (direkt út) számos módon megnyilvánulhat. Egyrészt az evészavarral küzdő serdülők szüleinél nagyobb arányban jellemző a korábbi szubklinikai vagy klinikai evészavar fennállása (265), ami már a korai időszakról kezdve hatással tud lenni a gyermek táplálására,

fejlettségi állapotának megítélésére is (266, 267). Tekintettel arra, hogy az evészavarban érintett anyák többet aggódnak gyermekük súlya miatt, jobban monitorozzák étkezésüket, a krónikus betegséggel kapcsolatos fokozott aggodás vagy a diétás előírások, tápszerhasználat, stb. nem megfelelő betartása esetén a rejtett szülői evészavartünetekre is érdemes lehet gondolni (268). Mindemellett evészavar-érintettség nélkül is fennállhat maladaptív érzelemszabályozás a szülőknél, amely fokozott rizikót jelenthet evészavar vagy más pszichés betegség kialakulása szempontjából (175). A fenti kutatási eredmények arra is felhívják a figyelmet, hogy bár a serdülők egyre több önállóságot kapnak, szüleikkel még továbbra is szorosan összekapcsolódó rendszert alkotnak. Ennek sajátosságait, továbbá a kamaszok pszichés nehézségei mellett bizonyos mértékig a szülők pszichés állapotát, terhelhetőségét is fontos ismerni ahhoz, hogy hatékony, komplex ellátás tudjon megvalósulni a krónikus betegek számára.

5.2.2. Az életminőséggel kapcsolatos vizsgálatok

5.2.2.1. *A proxy életminőség és a serdülők életminősége közötti kapcsolat*

Ebben a vizsgálatban összehasonlításra került a szülők által gyermekükre vonatkozó (proxy) életminőség a serdülők saját értékelésével. Az eredmények korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan közepes mértékű együttjárást mutattak a serdülökre vonatkozó életminőség értékelésében a serdülők és szülők között. Ahhoz kapcsolódó feltételezésem, miszerint a szülők némiképp alulértékelik gyermekük életminőségét a serdülőkhöz képest, nem igazolódott (2/2. hipotézis). Bár csak kismértékű különbség áll fenn a hatásméret mutató alapján, elmondható, hogy jelen vizsgálatban pozitívabb a szülők értékelése. Fontos megemlíteni, hogy az általam választott ILK mérőeszköz általános életminőséget mér, így a konkrét betegséggel kapcsolatos jellemzőkre vonatkozó szubjektív serdülői és szülői értékelést nem tartalmazza. Továbbá azt is érdemes figyelembe venni, hogy a betegség kezdete óta eltelt idő növekedésével javulhat a gyerekek életminősége és a szülők értékelése gyermekük életminőségére vonatkozóan is (135, 269). Az általam vizsgált mintában a serdülők több mint 80%-a minimum egy éve volt érintett a betegségben és a betegséghossz átlaga 5,7 év volt, tehát a betegséghez való alkalmazkodás folyamatában már előrébb tarthatnak. Összességében elmondható, hogy

bár gyermekkorban hasznos információforrásként szolgálhatnak a proxy életminőség kérdőívek, a doktori kutatás 14 és 18 év közé eső mintájában jelentős eltérés nem volt tapasztalható a szülői és a serdülői általános életminőség értékek között.

5.2.2.2. A serdülők és szülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak prediktív szerepe a serdülők életminőségében

Vizsgálatomban IBD és T1DM betegekből és szüleikből álló mintán elemeztem az életminőség prediktorait. A serdülők egyes kognitív érzelemszabályozó stratégiáin túl a szülői önvád is bekerült a végső modellbe. Mivel két betegcsoportból állt a minta, első lépésként a diagnózis szerepét vizsgáltam az életminőségben. Az első modellben szignifikáns prediktorként jelent meg a diagnózis, azonban a második modellben -a kognitív érzelemszabályozó stratégiák beemelésekor- ez már nem állt fenn, a megmagyarázott variancia viszont jelentősen nőtt, ami az önvád, katasztrófizáció, pozitív átértékelés és szülői önvád érzelemszabályozó stratégiák fontos szerepére világít rá az életminőségben. A serdülők életminőségére vonatkozó eredmények hipotézisemnek megfelelően alakultak (2/3.) és a katasztrófizáció, valamint a pozitív átértékelés tekintetében összhangban vannak más vizsgálatok eredményeivel (224, 237, 238). Érdekes kapcsolódó eredmény, hogy IBD diagnózisú gyerekek esetében a fájdalom-katasztrófizáció erősebben összefügg az életminőséggel (270) mint a colitis ulcerosa súlyossága vagy a distressz.

Az önvád szerepét a korábbi kutatások leginkább az életmóddal összefüggő krónikus betegségek esetén és a betegség kezdetéhez kapcsolódóan elemezték (271, 272, 273). Vizsgálatomban a serdülők önvád stratégiája mellett a szülőké is prediktívnek bizonyult. Az önvád több jelenség részeként járulhat hozzá a rosszabb életminőséghez. Egyrészt depresszióban is fennállhat ez a kognitív érzelemszabályozó stratégia, azonban más pszichés betegségekben is jelen lehet (274) és a pszichés betegségben érintett vagy arra veszélyeztetett serdülők életminőségére negatívan hathat, melyet a szülők hasonló nehézségei ugyancsak ronthatnak. A krónikus beteg gyerekekkel és szüleikkel foglalkozó szakembereknek azonban arra is érdemes figyelemmel lenniük, hogy az önvádra hajlamos egyéneknél a betegség kialakulásával kapcsolatban is megjelenhet és

fennmaradhat önhibáztató folyamat. A betegség diagnosztizálásakor az edukáció részévé érdemes tenni ezt a témát és fontos teret adni a szülők és fiatalok aggodalmainak. Egy felnőttkorú gyulladásoz bélbetegekre irányuló kutatás szerint a betegséggel kapcsolatos önvád elkerülő megküzdéssel jár együtt és a betegséghez való alkalmazkodást rontja (275). Amennyiben tehát azt észlelik a kezelők, hogy a gyermekben vagy a szülőben a kezdeti önvád nem oldódik, pszichológiai konzultáció válhat szükségessé.

5.3. A vizsgálatok limitációi

A kutatás korlátait feltétlenül szem előtt kell tartani és későbbi vizsgálatok tervezésekor érdemes figyelembe venni azokat.

Bár a Gyermekgyógyászati Klinika betegei az ország bármely pontjáról érkehetnek és a testileg egészséges csoport vidéki és fővárosi iskolák diákjaiból egyaránt állt, a kutatás egyik fontos korlátja, hogy a mintája nem reprezentatív. A jövőben érdemes lenne reprezentatív mintavétellel és még több betegcsoporton megvizsgálni hipotéziseket, mely az eredmények általánosíthatóságát növelné. További limitációt képez a vizsgált minta nemi összetétele, amely mind a serdülők, mind a szülők esetében a nők irányába tolódott el. A serdülőknél ez a lányok nagyobb részvételi hajlandóságával magyarázható. A szülői kérdőívet kitöltők, anyák és apák egyaránt lehettek, ugyanakkor többnyire az anyák kísérték gyermekeiket az orvosi vizsgálatokra, így jelentős részét alkották a mintának. Mindezt és a minta elemszámát figyelembe véve, külön-külön elemzéseket a szülőkre vonatkozóan nem tudtam végezni. Érdekes és fontos későbbi kutatási téma lehet az anyák és apák kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak külön történet vizsgálata.

Kutatásom további sajátossága és korlátja, hogy mindkét vizsgálat keresztmetszeti elrendezésű, mely ok-okozati összefüggések felállítását nem teszi lehetővé. A kognitív érzelemszabályozó stratégiák és az evészavartünetek összefüggéseinek pontosabb feltérképezését legadekvátábban longitudinális vizsgálat által lehetne megvalósítani.

További jellemzője, de egyben limitációja is a vizsgálatnak, hogy -az egyes csoportok összehasonlítását helyezte fókuszba és az általános evészavartünetekre irányult, így az egyes krónikus betegségekre jellemző speciális evészavartüneteket (pl. inzulinnal való

manipuláció) nem vizsgálta. Ezek felmérése és az egyes betegségcsoportokon belül a kognitív érzelemszabályozó stratégiákkal való kapcsolataik vizsgálata ugyancsak hasznos eredményekkel járhatna.

A gyermek- és serdülőkorban használatos magyar nyelvű mérőeszközök korlátozottan elérhetők. Az evészavar mérésére legáltalánosabban elterjedt kérdőív az EDI, ezért is választottam be a módszerek közé, azonban a részletesebb elemzésekhez a SAFA Táplálkozási kérdőívet vettem alapul, mely az általam vizsgált korosztályra vonatkozóan magyar nyelvre is adaptált, validált mérőeszköz. A SAFA esetében azonban megemlítendő, hogy alkalmazását illetően kevés nemzetközi vizsgálat fellelhető.

5.4. Klinikai implikációk

A krónikus betegséggel élő serdülők körében a pszichés tünetek jelenléte a testi betegségekre is markánsan visszahat. A betegséghez társuló megterhelő helyzetek (pl. a diagnózis elfogadása, állapotromlás, fájdalomtünetek, a betegség miatti korlátozottság érzése, kontrollvesztés-élmény) a pszichés egyensúlyt veszélyeztethetik, az életminőséget ronthatják. Mindezek tükrében és a doktori disszertáció eredményeit is figyelembe véve az alábbi klinikai implikációkat tartom érdemesnek kiemelni:

1. A pszichológiai szűréseket a krónikus beteg gyerekek és serdülők ellátásának részévé szükséges tenni. (276). Ez átfogóan sajnos nagyon kevés helyen tud megvalósulni hazánkban, holott ahol sikerül a pszichés szűrést és az intervenció lehetőségét a kezdetektől bevezetni, a visszajelzések nagyon pozitívak (277). A nemzetközi irányelvek is javasolják már a krónikus betegség diagnosztizálásakor elindítani a pszichológiai szűrővizsgálatokat és szükség szerint konzultációkat vagy intervenciót biztosítani (14, 276, 278, 279). Az Amerikai Diabétesz Társaság ajánlása alapján (14) az evészavarok szűrése 10-12 éves kortól már javasolt a T1DM diagnózisú betegek körében. Betegség-specifikus evészavar kérdőívek validálása (103), adaptálása a testi betegséghez kapcsolódó sajátos evészavartünetek felmérését is lehetővé tenné. Az IBD európai irányelvekben (280, 281) bár megjelennek a pszichoszociális nehézségek, és a hangulatzavar

lehetőségének hangsúlyozása, konkrét ajánlás a mentális zavarok – köztük az evészavarok- szűrésére vonatkozóan, nem szerepel. Fontosnak tartom, hogy az IBD-vel és a T1DM-mel foglalkozó multidiszciplináris team tagjai, gyermekgyógyászok, dietetikusok, stb. is szem előtt tartsák az evészavar vagy evészavartünet fennállásának lehetőségét és gondoljanak rá a betegek adherencia problémája, az evéssel, diétával kapcsolatos túlzott foglalkozás vagy az étrendi javaslatok be nem tartása esetén. Érdeemes lenne a gyermekgyógyászati kontrollok részévé tenni egy-két, az általános pszichés helyzetre vonatkozó kérdést is. Például a kutatásunkban alkalmazott nagyon egyszerű, „jelenleg van-e pszichés problémád vagy nehézséged” kérdés együttjárást mutatott több skálával, (evészavartünetek, kognitív érzelemszabályozó stratégiák).

2. A markáns szülői stressz, aggodás megjelenése, a nagyobb családi életesemények és a szülő labilis pszichés állapota kihathat a serdülők testi betegségére is, mely állapotromlás pszichológiai intervenciót igényelhet. A gyermekekkel foglalkozó szakemberek számára elengedhetetlen, hogy a szülői alrendszer pszichés állapotára is némiképp rálássanak. Ehhez természetesen szükséges a bizalom a család részéről a kezelők felé. Amennyiben a pszichológust a betegek és szüleik kezdetektől mint az ellátó team tagját ismerhetik, bátrabban fordulhatnak felé segítségért. A rendszerszemléletű megközelítés részeként a családra is kiterjedő pszichoszociális szűrést a nagyobb (pl. éves) orvosi kontrollok részévé lenne érdemes tenni. Fontosnak tartom megemlíteni, hogy a Semmelweis Egyetem (I. sz.) Gyermekgyógyászati Klinikán lassan egy évtizede van jelen pszichológus a diabétesz kezelő team-ben. Szűréseket végez, egyéni és családi konzultációkat biztosít és a diagnózisközléstől bekapcsolódik a munkába. Az orvosok és nővérek a rendszerszemléletet is alkalmazzák a munkájuk során. Az intézmény szoros kapcsolatban áll a Szurikáta Alapítvánnyal, amely által a családok további segítséget kaphatnak előadásokon, információs anyagokon, támogató csoportokon keresztül. Ily módon komplex ellátás tud megvalósulni, amely valamilyen módon talán szerepet játszhat a T1DM csoport vizsgálatban tapasztalt a testileg egészséges csoporthoz hasonló (némely tekintetben jobb) eredményeiben.

3. A disszertáció eredményeiből -a korábbi kutatásokkal szinkronban- egyértelműen látszik, hogy a kognitív érzelemszabályozó stratégiák felmérése, transzdiagnosztikus mivoltukból adódóan ígéretes a krónikus betegséggel élő serdülők körében is. Jelen kutatás az evészavartünetekre irányult, azonban számos pszichés probléma háttérében meghúzódnak érzelemszabályozási nehézségek (282). Az irodalmi összefoglalóban részleteztem a serdülőkorra jellemző fejlődési sajátosságokat és kitértem arra, hogy számos mentális zavar ebben az időszakban indul. A krónikus betegséghez való alkalmazkodás egyik kulcstényezője a serdülők megfelelő önszabályozásának kialakulása (38, 283), melyhez a minél adaptívabb kognitív érzelemszabályozás elősegítése is hozzájárulhat. Mindezek alapján a kognitív érzelemszabályozás fejlesztését preventív céllal is javaslom a krónikus beteg serdülők körében. A csoportos módszer előnyeit kiaknázva több fiatalt lehet egyszerre elérni és kiaknázhatók a társas támogatás jótékony hatásai is. Figyelembe véve a családi rendszert, hasznos lenne mindezt kiterjeszteni a szülőkre is, részben közösen gyermekeikkel, mely intervenció-formát autizmus spektrum zavarban érintett fiatalokra és szüleikre vonatkozóan már eredményesnek bizonyult (284). Vizsgálati eredményeim alapján az önvád, katasztrofizáció, rumináció és a pozitív átkeretezés stratégiákat érdemes az intervenciók középpontjába állítani, de természetesen a többi stratégia fejlesztésére is fontos figyelmet fordítani. Korábbi kutatások alapján (285) az érzelemszabályozás fejlesztése krónikus betegek körében ígéretes, de a serdülők körében még kidolgozásra váró terápiai potenciált rejt magában.
4. A krónikus beteg serdülők érzelemszabályozásának fejlesztésébe konkrét technikák (pl. kognitív átkeretezés) mellett érdemes lehet bevenni a rezilienciát, pszichés rugalmasságot, elfogadást növelő konstruktumokat is. Az önegyüttérzés például a negatív emóciókat és a stresszt csökkenti és hozzájárul pozitív érzések, valamint az adaptív érzelemszabályozás létrejöttéhez (286, 287). Bár az önegyüttérzés és az érzelemszabályozás kapcsolatának kutatása még viszonylag újkeletűnek tekinthető, ígéretesnek tűnik a szomatikus betegségekhez való alkalmazkodás pszichológiai eszköztárába beépíteni más, tudatos jelenlét alapú módszerekkel együtt (288).

6. KÖVETKEZTETÉSEK

A doktori értekezés két vizsgálatot mutatott be, melyek célja a kognitív érzelemszabályozó stratégiák evészavartünetekkel és életminőséggel való összefüggéseinek elemzése volt IBD és T1DM diagnózissal élő serdülők körében.

Az 1. vizsgálat célkitűzéseiben az alábbi témákra fókuszáltam:

1. a két krónikus beteg csoportot testileg egészséges- és AN diagnózisú fiatalokkal hasonlítottam össze a kognitív érzelemszabályozó stratégiáik tekintetében. Hipotézisem -mely szerint a csoportok különböznek egymástól a fentiekben- teljesült. Az adaptív stratégiákat a testileg egészséges csoport és a T1DM csoport hasonló mértékben alkalmazza, míg a nem adaptív stratégiákat mindkét krónikus beteg csoport kevesebbet használja a testileg egészséges csoporthoz képest. Az AN diagnózisú serdülők kevesebb adaptív stratégiát alkalmaznak az egészséges csoporthoz képest, és az egyes nem adaptív stratégiák tekintetében kiemelkedő náluk az önvád jelenléte.

2. Megvizsgáltam az evészavartüneteket a négy csoportban. Feltételezésem -miszerint az AN csoport evészavar pontszámai lesznek a legmagasabbak- a főbb skálák tekintetében igazolódott, ugyanakkor a krónikus betegek -hipotézisemtől eltérően- nem értek el magasabb evészavar értékeket a testileg egészséges kamasz csoporthoz képest.

3. Ismereteim szerint nemzetközi szinten is először vizsgáltam a T1DM és az IBD diagnózisú serdülők körében a kognitív érzelemszabályozó stratégiák szerepét az evészavartünetekben mediációs elemzéssel. Feltételezésem, -mely szerint a testileg egészséges csoporthoz képest a krónikus beteg csoportokban egyes kognitív érzelemszabályozó stratégiák hatással vannak az evészavartünetekre- igazolódott. Az IBD csoportban a rumináción és a pozitív átértékelésen-, a T1DM csoportban pedig az önvádon és a rumináción keresztül jött létre szignifikáns direkt hatás az evészavartünetekre a testileg egészséges csoporthoz képest. Ezeknek a stratégiáknak a fejlesztése ígéretes a krónikus beteg serdülők evészavartüneteinek megelőzésében is.

4. Felmértem az általános életminőséget az egyes csoportokban. A négy vizsgált csoport között különbséget feltételeztem, mely igazolódott. A T1DM diagnózisú csoport általános életminősége jobb az IBD diagnózisú csoporthoz képest. Az AN diagnózisú

csoport pedig alacsonyabb életminőséggel rendelkezik a testileg egészséges csoporthoz képest. Az IBD és az AN csoport életminősége nem tér el egymástól. Ugyanez igaz a testileg egészséges- és a T1DM csoportra.

5. Az életminőségben szerepet játszó kognitív érzelemszabályozó stratégiák vizsgálata alapján a nem adaptív és adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák egyaránt hatással vannak az életminőségre a krónikus beteg csoportokban. Bár az egyes krónikus betegcsoportok életminősége eltér(het) egymástól, az adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák fejlesztése és a nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák mérséklése egyaránt hozzájárulhat az életminőség javításához.

A 2. vizsgálat az alábbi témákat állította középpontba:

1. Az IBD és T1DM diagnózisú serdülők és szüleik kognitív érzelemszabályozó stratégiáit elemeztem a serdülők evészavartüneteivel összefüggésben. A szülők negatív kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak hatása a serdülők evészavartüneteire direkt úton és gyermekük érzelemszabályozó stratégiáin keresztül egyaránt igazolódott. Ismeretem szerint nemzetközi szinten is ez az első olyan vizsgálat, amely krónikus beteg serdülők és szüleik körében a szülők maladaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak közvetlen és közvetett -a gyermekek érzelemszabályozó stratégiáin keresztül létrejövő- szerepét igazolta.

2. A serdülők és szülők életminőségre vonatkozó pontszámai mérsékelt együttjárást mutatnak a krónikus beteg serdülők életminőségére vonatkozóan. Feltételezésem, miszerint a szülők rosszabbnak ítélik meg gyermekük életminőségét, nem igazolódott.

3. Megvizsgáltam a krónikus beteg serdülők és szülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak szerepét az életminőségben. Hipotézisemnek megfelelően a serdülők önvád, katasztrófizáció és pozitív átkeretezés stratégiái szignifikánsan bejósolták az életminőséget, továbbá az eredmények felhívják a figyelmet a szülők önvád stratégiájának szerepére is a serdülők életminőségében.

7. ÖSSZEFOGLALÁS

A kognitív érzelemszabályozó stratégiák fontos szerepet játszanak nem csupán az egyes mentális betegségekben, hanem a mindennapi jóllétben, életminőségben egyaránt. Vizsgálatom ezért releváns és klinikai intervenciókat egyaránt felvet a krónikus betegségekkel való összefüggéseikben is. A keresztmetszeti kutatás két fő részből állt. Az első vizsgálatban gyulladásoos bélbetegségben ($n = 51$) és 1-es típusú diabéteszben ($n = 61$) érintett 14-18 év közötti serdülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáit elemeztem, testileg egészséges serdülőkkel ($n = 157$) és anorexia nervosával ($n = 31$) diagnosztizált kortársaikkal összehasonlítva őket. Az általam vizsgált mindkét krónikus betegcsoport kevesebb maladaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiát alkalmaz a testileg egészséges serdülökhöz képest. A gyulladásoos bélbetegségben szenvedő serdülök kevesebb adaptív stratégiát használnak, mint testileg egészséges társaik, az 1-es típusú diabéteszsel élők viszont nem különböznek tőlük. Mindkét testi betegségre vonatkozóan azonosítottam olyan adaptív és nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiákat, amelyek hatással vannak az evészavartünetekre és az életminőségre egyaránt. Eredményeim alapján az 1-es típusú diabéteszsel élő serdülök általános életminősége nem különbözik testileg egészséges kortársaiktól, míg a gyulladásoos bélbetegségben érintett fiataloké elmarad tőlük. A második vizsgálat mintáját a gyulladásoos bélbetegséggel és 1-es típusú diabéteszsel élő serdülök ($n = 112$) és szüleik ($n = 112$) alkották. Mediációs vizsgálat által igazolódott, hogy a szülők nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiái direkt és indirekt úton -a serdülök nem adaptív érzelemszabályozó stratégiáin keresztül- is hatnak az evészavartünetekre. A krónikus beteg serdülök életminősége tekintetében az önvád, pozitív átértékelés, katasztrofizáció és a szülői önvád prediktor szerepe igazolódott. Az eredmények egyrészt felhívják a figyelmet a krónikus beteg serdülök komplex, rendszerszemléletű pszichés gondozásának szükségességére, másrészt kiindulási alapot jelenthetnek a konkrét intervenciók megtervezéséhez.

8. SUMMARY

Cognitive emotion regulation strategies play an important role not only in certain mental disorders, but also in everyday well-being and quality of life. Studying them is therefore relevant and promising in relation to chronic diseases. Our cross-sectional study consists of two main parts. In our first study, we analysed the cognitive emotion regulation strategies of adolescents aged 14-18 years with inflammatory bowel disease and type 1 diabetes, comparing them with physically healthy adolescents and their peers diagnosed with anorexia nervosa ($N = 300$). Both groups of chronic patients we studied use fewer maladaptive cognitive emotion regulation strategies compared to their physically healthy peers. Adolescents with inflammatory bowel disease use fewer adaptive strategies than those being physically healthy, while it shows no difference compared with those diagnosed with type 1 diabetes. For both physical diseases, we identified a mediating role for adaptive and non-adaptive cognitive emotion regulation strategies that affect eating disorder symptoms and quality of life. Our results suggest that the quality of life of adolescents with type 1 diabetes is not different from that of their physically healthy peers, while that of adolescents with inflammatory bowel disease it is lower.

Our second study sample consisted of adolescents ($n = 112$) with inflammatory bowel disease and type 1 diabetes and their parents ($n = 112$). Using mediation analysis, we demonstrated that the parents' non-adaptive cognitive emotion regulation strategies affect eating disorder symptoms both directly and indirectly through the adolescents' non-adaptive emotion regulation strategies. We identified the predictive roles of self-blame, positive reappraisal, catastrophizing, and parental self-blame in the quality of life of chronically ill adolescents. Our results both highlight the need for complex health care for chronically ill adolescents and provide a starting point for designing specific interventions.

9. IRODALOMJEGYZÉK

1. Compas BE, Jaser SS, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012;8:455-480.
2. Aldao A, Gee DG, De Los Reyes A, Seager I. Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Dev Psychopathol.* 2016;28(4pt1):927-946.
3. Lukas CA, Ebert DD, Fuentes HT, Caspar F, Berking M. Deficits in general emotion regulation skills-Evidence of a transdiagnostic factor. *J Clin Psychol.* 2018;74(6):1017-1033.
4. Satherley R, Howard R, Higgs S. Disordered eating practices in gastrointestinal disorders. *Appetite.* 2015;84:240-250.
5. Lakatos PL, Lakatos L. A gyulladósos bélbetegségek genetikája (The genetics of inflammatory bowel disease). *Lege Artis Medicinae.* 2006;16(2):121-129.
6. Patterson CC, Harjutsalo V, Rosenbauer J, Neu A, Cinek O, Skrivarhaug T, Rami-Merhar B, Soltesz G, Svensson J, Parslow RC, Castell C, Schoenle EJ, Bingley PJ, Dahlquist G, Jarosz-Chobot PK, Marčiulionytė D, Roche EF, Rothe U, Bratina N, Ionescu-Tirgoviste C, Weets I, Kocova M, Cherubini V, Rojnic Putarek N, deBeaufort CE, Samardzic M, Green A. Trends and cyclical variation in the incidence of childhood type 1 diabetes in 26 European centres in the 25 year period 1989-2013: a multicentre prospective registration study. *Diabetologia.* 2019;62(3):408-417.
7. Rosen MJ, Dhawan A, Saeed SA. Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents. *JAMA Pediatr.* 2015;169(11):1053-1060.
8. Van Cleave J, Gortmaker SL, Perrin JM. Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *Jama.* 2010;303(7):623-630.
9. Wise PH. The future pediatrician: the challenge of chronic illness. *J Pediatr.* 2007;151(5 Suppl):S6-10.
10. Mokkink LB, Van Der Lee JH, Grootenhuis MA, Offringa M, Heymans HSA. Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0–18 years of age): national consensus in the Netherlands. *Eur J Pediatr.* 2008;167(12):1441-1447.

11. Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. *Arch Dis Child*. 2004;89(10):938-942.
12. Miller GF, Coffield E, Leroy Z, Wallin R. Prevalence and Costs of Five Chronic Conditions in Children. *J Sch Nurs*. 2016;32(5):357-364.
13. Bényi M, Kéki Z, Muzsik B. Krónikus gyermekbetegségek alakulása 1999-2017. években az Országos Statisztikai Adatfelvételi Program (OSAP 1021) jelentések alapján. *Egészségtudomány*. 2021;65(1):50-65.
14. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, Collins BS, Hilliard ME, Isaacs D, Johnson EL, Kahan S, Khunti K, Leon J, Lyons SK, Perry ML, Prahalad P, Pratley RE, Seley JJ, Stanton RC, Gabbay RA, on behalf of the American Diabetes Association. 14. Children and Adolescents: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S230-s53.
15. Körner A. Diabetes mellitus gyermekkorban. *Orv Hetil*. 2005;146(25):1335-43.
16. Maahs DM, West NA, Lawrence JM, Mayer-Davis EJ. Epidemiology of type 1 diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2010;39(3):481-497.
17. Kakleas K, Kandyla B, Karayianni C, Karavanaki K. Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Metab*. 2009;35(5):339-350.
18. Körner A. A gyermek- és serdülőkori diabeteshez társuló egyéb betegségek. In: Barkai L, Madácsy L, editors. *A gyermekdiabetológia kézikönyve*. Budapest: SpringMed Kiadó; 2019. p. 215-223.
19. Máté O, Ábrahám I, Cserép M, Grundmann L, Lendvai Z, Tóth-Heyn P, Pászthy B. Az 1-es típusú diabetes mellitus és anorexia nervosa együttes előfordulása. *Gyermekgyógyászat*. 2022;73(6):439-445.
20. Körner A. A gyermekkori diabetes sajátosságai a különböző életszakaszok tükrében. *Diabetologia Hungarica*. 2017;25:115-120.
21. Sajadinejad MS, Asgari K, Molavi H, Kalantari M, Adibi P. Psychological issues in inflammatory bowel disease: an overview. *Gastroenterol Res Pract*. 2012;2012:106502.
22. Arató A. Mérőkövek az immunmediált bélbetegségek patomechanizmusának megértésében az elmúlt 35 évben. Diagnosztikájuk és terápiájuk fejlődése. *Orv Hetil*. 2013;154(38):1512-1523.

23. Tavakoli P, Vollmer-Conna U, Hadzi-Pavlovic D, Grimm MC. A Review of Inflammatory Bowel Disease: A Model of Microbial, Immune and Neuropsychological Integration. *Public Health Rev.* 2021;42:1603990.
24. Béres NJ, Szigetvári Z, Arató A, Cseh Á, Müller KE, Dezsőfi A, Veres G. A gyermekkori Crohn-betegség prognosztikai tényezőinek vizsgálata. *Gyermekegyógyászat.* 2020;71(4).
25. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, Panaccione R, Ghosh S, Wu JCY, Chan FKL, Sung JY, Kaplan GG. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet.* 2017;390(10114):2769-2778.
26. Müller KE, csoport H, Veres G. A gyermekkori gyulladásoos bélbetegségek hazai regiszterének (HUPIR) eredményei és az 5 éves nyomonkövetés hatása a diagnosztikai gyakorlatra. *Magyar Belorv Arch.* 2013;66(4):215-222.
27. Veres G, Cseh Á, Müller KE. Tranzíció vagy transzfer: a krónikus gyulladásoos bélbetegségben szenvedő gyermekek átadása a felnőttellátásba. *Magy Belorv Arch.* 2015;68:217-223.
28. Silva LC, Seixas R, de Carvalho E. Quality of Life in Children and Adolescents with Inflammatory Bowel Disease: Impact and Predictive Factors. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2020;23(3):286-296.
29. Cseh Á, Tóbi L, Arató A. Újabb ismeretek a gyulladásoos bélbetegségről. *Gyermekegyógyászat.* 2020;71(1):2-5.
30. Urbán R. Az egészségpszichológia alapjai. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó; 2017. 83-162 p.
31. Kazak AE, Kassam-Adams N, Schneider S, Zelikovsky N, Alderfer MA, Rourke M. An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *J Pediatr Psychol.* 2006;31(4):343-355.
32. de Ridder D, Geenen R, Kuijjer R, van Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet.* 2008;372(9634):246-255.
33. Pinquart M. Posttraumatic Stress Symptoms and Disorders in Children and Adolescents with Chronic Physical Illnesses: a Meta-Analysis. *J Child Adolesc Trauma.* 2020;13(1):1-10.

34. Pinquart M. Posttraumatic Stress Symptoms and Disorders in Parents of Children and Adolescents With Chronic Physical Illnesses: A Meta-Analysis. *J Trauma Stress*. 2019;32(1):88-96.
35. Ben-Ari A, Sela Y, Ben-David S, Ankri YLE, Benarroch F, Aloni R. A Cross Sectional Study to Identify Traumatic Stress, Medical Phobia and Non-Adherence to Medical Care among Very Young Pediatric Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2).
36. Kassam-Adams N, Winston FK. Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(4):403-411.
37. Patiño-Fernández AM, Pai AL, Alderfer M, Hwang WT, Reilly A, Kazak AE. Acute stress in parents of children newly diagnosed with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2008;50(2):289-292.
38. Lansing AH, Berg CA. Adolescent self-regulation as a foundation for chronic illness self-management. *J Pediatr Psychol*. 2014;39(10):1091-1096.
39. Dall'Oglio I, Gasperini G, Carlin C, Biagioli V, Gawronski O, Spitaletta G, Grimaldi Capitello T, Salata M, Vanzi V, Rocco G, Tiozzo E, Vellone E, Raponi M. Self-Care in Pediatric Patients with Chronic Conditions: A Systematic Review of Theoretical Models. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7).
40. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7(1):73-82.
41. Hagger M, Orbell S. A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychol Health*. 2003;18:141-184.
42. Psihogios AM, Fellmeth H, Schwartz LA, Barakat LP. Family Functioning and Medical Adherence Across Children and Adolescents With Chronic Health Conditions: A Meta-Analysis. *J Pediatr Psychol*. 2018;44(1):84-97.
43. Hanghøj S, Boisen KA. Self-reported barriers to medication adherence among chronically ill adolescents: a systematic review. *J Adolesc Health*. 2014;54(2):121-138.
44. Csoma Z. A terápia együttműködéséről gyakorló orvosoknak. *Gyermekorvos továbbképzés*. 2020;19(3):118-123.

45. Munkácsi B, Nagy BE, Kovács KE. Cukorbeteg gyermekek együttműködésének vizsgálata a Diabetes Adherencia Kérdőív gyermekváltozatának validálása során. *Orv Hetil.* 2019;160(29):1136-1142.
46. Rózsa S, Purebl G, Susánszky É, Kő N, Szádóczky E, Réthelyi J, Danis, I, Skrabski, Á, Kopp, M. A megküzdés dimenziói: A konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja = Dimensions of coping: Hungarian adaptation of the Ways of Coping Questionnaire. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 2008;9(3):217-241.
47. Oláh A. Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. [Internet]. 2021 [updated 2023 June 20; cited 2023 June 20]. Available from: <https://mersz.hu/olah-erzelmek-megkuzdes-es-optimalis-elmany/>
48. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol.* 1993;44:1-21.
49. Rózsa S. Betegségekre hajlamosító személyiségtényezők. In: Demetrovics ZU, R. Rigó, A. Oláh, A., editor. *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása. Személyiség, egészség, egészségfejlesztés.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó; 2012. p. 13-43.
50. Pintér JN. A krónikus betegségek lélektana: válság és megújulás. Budapest: L'Harmattan; 2018. p. 80-93.
51. Schmidt S, Petersen C, Bullinger M. Coping with chronic disease from the perspective of children and adolescents--a conceptual framework and its implications for participation. *Child Care Health Dev.* 2003;29(1):63-75.
52. Zimmer-Gembeck MJ, Skinner EA. The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *Int J Behav Develop.* 2011;35(1):1-17.
53. Szentes A, Kökönyei G, Békési A, Bokrétás I, Török S. Differences in illness perception between children with cancer and other chronic diseases and their parents. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2018;23(3):365-380.
54. Law GU, Tolgyesi CS, Howard RA. Illness beliefs and self-management in children and young people with chronic illness: a systematic review. *Health Psychol Rev.* 2014;8(3):362-380.
55. Cousino MK, Hazen RA. Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review. *J Pediatr Psychol.* 2013;38(8):809-828.

56. Whittemore R, Jaser S, Chao A, Jang M, Grey M. Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: a systematic mixed-studies review. *Diabetes Educ.* 2012;38(4):562-579.
57. Herzer M, Godiwala N, Hommel KA, Driscoll K, Mitchell M, Crosby LE, Piazza-Waggoner C, Zeller MH, Modi AC. Family functioning in the context of pediatric chronic conditions. *J Dev Behav Pediatr.* 2010;31(1):26-34.
58. Pinquart M. Parenting stress in caregivers of children with chronic physical condition-A meta-analysis. *Stress Health.* 2018;34(2):197-207.
59. Golics CJ, Basra MK, Finlay AY, Salek S. The impact of disease on family members: a critical aspect of medical care. *J R Soc Med.* 2013;106(10):399-407.
60. Morawska A, Calam R, Fraser J. Parenting interventions for childhood chronic illness: a review and recommendations for intervention design and delivery. *J Child Health Care.* 2015;19(1):5-17.
61. Bourdeau T, Mullins L, Carpentier M, Colletti C, Wolfe-Christensen C. An Examination of Parenting Variables and Child Self-Care Behavior Across Disease Groups. *J Dev Phys Disabil.* 2007;19:125-134.
62. Carcone AI, Ellis DA, Naar-King S. Linking caregiver strain to diabetes illness management and health outcomes in a sample of adolescents in chronically poor metabolic control. *J Dev Behav Pediatr.* 2012;33(4):343-351.
63. Barakat LP, Patterson CA, Weinberger BS, Simon K, Gonzalez ER, Dampier C. A prospective study of the role of coping and family functioning in health outcomes for adolescents with sickle cell disease. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2007;29(11):752-760.
64. Jelenova D, Prasko J, Ociskova M, Latalova K, Karaskova E, Hruby R, Kamaradova D, Mihal V. Quality of life and parental styles assessed by adolescents suffering from inflammatory bowel diseases and their parents. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:665-672.
65. Hedge V, Carter K, Downey W, Sharp H. Prevalence of Diabetes Distress Among Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus. *J Nurse Pract.* 2023;19(3):104383.
66. Hagger V, Hendrieckx C, Sturt J, Skinner TC, Speight J. Diabetes Distress Among Adolescents with Type 1 Diabetes: a Systematic Review. *Curr Diab Rep.* 2016;16(1):9.
67. Helgeson VS. Diabetes burnout among emerging adults with type 1 diabetes: a mixed methods investigation. *J Behav Med.* 2021;44(3):368-378.

68. Hood KK, Huestis S, Maher A, Butler D, Volkening L, Laffel LM. Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: association with diabetes-specific characteristics. *Diabetes Care*. 2006;29(6):1389-1391.
69. Buchberger B, Huppertz H, Krabbe L, Lux B, Mattivi JT, Siafarikas A. Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2016;70:70-84.
70. Mawdsley JE, Rampton DS. The role of psychological stress in inflammatory bowel disease. *Neuroimmunomodulation*. 2006;13(5-6):327-336.
71. Watt M, Peerani F, Madsen K, Siffledeen J, Kroeker K, Lim A, Tandon P, Hyde A. Exploring Patient Perspectives on a 12-Week Online, Stress Reduction Intervention in Inflammatory Bowel Disease. *Crohns Colitis* 360. 2022;4(3):otac036.
72. Casati J, Toner BB, de Rooy EC, Drossman DA, Maunder RG. Concerns of patients with inflammatory bowel disease: a review of emerging themes. *Dig Dis Sci*. 2000;45(1):26-31.
73. Jedel S, Hood MM, Keshavarzian A. Getting personal: a review of sexual functioning, body image, and their impact on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(4):923-938.
74. Beese SE, Harris IM, Dretzke J, Moore D. Body image dissatisfaction in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review. *BMJ Open Gastroenterol*. 2019;6(1):e000255.
75. Mackner LM, Crandall WV. Brief report: psychosocial adjustment in adolescents with inflammatory bowel disease. *J Pediatr Psychol*. 2006;31(3):281-285.
76. Greenley RN, Hommel KA, Nebel J, Raboin T, Li SH, Simpson P, Mackner L. A meta-analytic review of the psychosocial adjustment of youth with inflammatory bowel disease. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(8):857-869.
77. Stapersma L, van den Brink G, Szigethy EM, Escher JC, Utens E. Systematic review with meta-analysis: anxiety and depression in children and adolescents with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018;48(5):496-506.
78. Halloran J, McDermott B, Ewais T, Begun J, Karatela S, d'Emden H, Corias C, Denny S. Psychosocial burden of inflammatory bowel disease in adolescents and young adults. *Intern Med J*. 2021;51(12):2027-2033.

79. van den Brink G, Stapersma L, El Marroun H, Henrichs J, Szigethy EM, Utens EM, Utens EM, Escher JC. Effectiveness of disease-specific cognitive-behavioural therapy on depression, anxiety, quality of life and the clinical course of disease in adolescents with inflammatory bowel disease: study protocol of a multicentre randomised controlled trial (HAPPY-IBD). *BMJ Open Gastroenterol.* 2016;3(1):e000071.
80. Trindade IA, Ferreira C, Moura-Ramos M, Pinto-Gouveia J. An 18-month study of the effects of IBD symptomatology and emotion regulation on depressed mood. *Int J Colorectal Dis.* 2017;32(5):651-660.
81. Karwowski CA, Keljo D, Szigethy E. Strategies to improve quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15(11):1755-1764.
82. Kluthe C, Isaac DM, Hiller K, Carroll M, Wine E, van Manen M, Huynh HQ. Qualitative Analysis of Pediatric Patient and Caregiver Perspectives After Recent Diagnosis With Inflammatory Bowel Disease. *J Pediatr Nurs.* 2018;38:106-113.
83. Gray WN, Denson LA, Baldassano RN, Hommel KA. Disease activity, behavioral dysfunction, and health-related quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2011;17(7):1581-1586.
84. Gray WN, Graef DM, Schuman SS, Janicke DM, Hommel KA. Parenting stress in pediatric IBD: relations with child psychopathology, family functioning, and disease severity. *J Dev Behav Pediatr.* 2013;34(4):237-244.
85. Rea KE, Cushman GK, Westbrook AL, Reed B. Parenting Stress over the First Year of Inflammatory Bowel Disease Diagnosis. *J Pediatr Psychol.* 2022;47(10):1156-1166.
86. Cserép M, Szumska I. Evészavartünetek, problematikus evési magatartás egyes kamaszkori krónikus betegségekben. *Orv Hetil.* 2020;161(44):1872-1876.
87. Pászthy B, Major M. Gyermek- és serdülőkori evészavarok. In: Túry F, Pászthy B, editors. *Evészavarok és testképzavarok.* Budapest: Pro Die; 2008. p. 25-40.
88. Halmi KA. Anorexia nervosa: an increasing problem in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(1):100-103.
89. Szumska I, Túry F, Szabó P. Az evészavarok epidemiológiájának újabb adatai. In: Túry F, Pászthy B, editors. *Evészavarok és testképzavarok.* Budapest: Pro Die; 2008. p. 109-120.

90. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):340-345.
91. APA. DSM-5. referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Budapest: Oriold és Társai; 2013.
92. Szalai TD, Cserép M. Treatment methods of avoidant/restrictive food intake disorder: Review with therapeutic implications. *Psihijatrija Danas*. 2017;49(1):5-24.
93. Neumark-Sztainer D, Wall M, Larson NI, Eisenberg ME, Loth K. Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(7):1004-1011.
94. Sparti C, Santomauro D, Cruwys T, Burgess P, Harris M. Disordered eating among Australian adolescents: Prevalence, functioning, and help received. *Int J Eat Disord*. 2019;52(3):246-254.
95. Jenkins PE, Hoste RR, Doyle AC, Eddy K, Crosby RD, Hill L, Powers P, Mitchell JE, Le Grange D. Health-related quality of life among adolescents with eating disorders. *J Psychosom Res*. 2014;76(1):1-5.
96. Nowakowski ME, McFarlane T, Cassin S. Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *J Eat Disord*. 2013;1:21.
97. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(7):895-916.
98. Lloyd S, Yiend J, Schmidt U, Tchanturia K. Perfectionism in anorexia nervosa: novel performance based evidence. *PLoS One*. 2014;9(10):e111697.
99. Cardi V, Mallorqui-Bague N, Albano G, Monteleone AM, Fernandez-Aranda F, Treasure J. Social Difficulties As Risk and Maintaining Factors in Anorexia Nervosa: A Mixed-Method Investigation. *Front Psychiatry*. 2018;9:12.
100. Young V, Eiser C, Johnson B, Brierley S, Epton T, Elliott J, Heller S. Eating problems in adolescents with Type 1 diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabet Med*. 2013;30(2):189-198.
101. Jones JM, Lawson ML, Daneman D, Olmsted MP, Rodin G. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *BMJ*. 2000;320(7249):1563-1566.

102. Hanlan ME, Griffith J, Patel N, Jaser SS. Eating Disorders and Disordered Eating in Type 1 Diabetes: Prevalence, Screening, and Treatment Options. *Curr Diab Rep*. 2013.
103. Markowitz JT, Butler DA, Volkening LK, Antisdell JE, Anderson BJ, Laffel LM. Brief screening tool for disordered eating in diabetes: internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2010;33(3):495-500.
104. Mannucci E, Rotella F, Ricca V, Moretti S, Placidi GF, Rotella CM. Eating disorders in patients with type 1 diabetes: a meta-analysis. *J Endocrinol Invest*. 2005;28(5):417-419.
105. Rodin G, Olmsted MP, Rydall AC, Maharaj SI, Colton PA, Jones JM, Biancucci LA, Daneman D. Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus. *J Psychosom Res*. 2002;53(4):943-949.
106. Pinhas-Hamiel O, Hamiel U, Levy-Shraga Y. Eating disorders in adolescents with type 1 diabetes: Challenges in diagnosis and treatment. *World J Diabetes*. 2015;6(3):517-526.
107. Goebel-Fabbri AE, Fikkan J, Franko DL, Pearson K, Anderson BJ, Weinger K. Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2008;31(3):415-419.
108. Randslov J, Poulsen JU. How much do forgotten insulin injections matter to hemoglobin a1c in people with diabetes? A simulation study. *J Diabetes Sci Technol*. 2008;2(2):229-235.
109. Broadley M, Zaremba N, Andrew B, Ismail K, Treasure J, White M, Stadler M. 25 Years of psychological research investigating disordered eating in people with diabetes: what have we learnt? *Diabetic Medicine*. 2019;37.
110. Delamater AM, de Wit M, McDarby V, Malik J, Acerini CL. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2014;15 Suppl 20:232-244.
111. Collins A, Nolan E, Hurley M, D'Alton A, Hussey S. Anorexia Nervosa Complicating Pediatric Crohn Disease-Case Report and Literature Review. *Front Pediatr*. 2018;6:283.
112. Zallot C, Quilliot D, Chevaux JB, Peyrin-Biroulet C, Guéant-Rodriguez RM, Freling E, Collet-Fenetrier B, Williet N, Ziegler O, Bigard MA, Guéant JL, Peyrin-

Biroulet L. Dietary beliefs and behavior among inflammatory bowel disease patients. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19(1):66-72.

113. Limdi JK, Aggarwal D, McLaughlin JT. Dietary Practices and Beliefs in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(1):164-170.

114. Pituch-Zdanowska A, Kowalska-Duplaga K, Jarocka-Cyrta E, Stawicka A, Dziekiewicz M, Banaszekiewicz A. Dietary Beliefs and Behaviors Among Parents of Children with Inflammatory Bowel Disease. *J Med Food*. 2019;22(8):817-822.

115. Stoleru G, Leopold A, Auerbach A, Nehman S, Wong U. Female gender, dissatisfaction with weight, and number of IBD related surgeries as independent risk factors for eating disorders among patients with inflammatory bowel diseases. *BMC Gastroenterol*. 2022;22(1):438.

116. David JG, Chute D, Reed B, Saeed S, DeMatteo D, Atay O, Maddux M, Daly B. Assessing the Prevalence of and Risk Factors for Disordered Eating Attitudes and Behaviors in Adolescents With Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2022;28(1):143-145.

117. Butwicka A, Olén O, Larsson H, Halfvarson J, Almqvist C, Lichtenstein P, Serlachius E, Frisé L, Ludvigsson JF. Association of Childhood-Onset Inflammatory Bowel Disease With Risk of Psychiatric Disorders and Suicide Attempt. *JAMA Pediatr*. 2019;173(10):969-978.

118. Ilzarbe L, Fàbrega M, Quintero R, Bastidas A, Pintor L, García-Campayo J, Gomollón F, Ilzarbe D. Inflammatory Bowel Disease and Eating Disorders: A systematized review of comorbidity. *J Psychosom Res*. 2017;102:47-53.

119. Larsen JT, Yilmaz Z, Vilhjálmsón BJ, Thornton LM, Benros ME, Musliner KL, Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium; Werge T, Hougaard DM, Mortensen PB, Bulik CM, Petersen LV. Anorexia nervosa and inflammatory bowel diseases—Diagnostic and genetic associations. *JCPP Advances*. 2021;1(4):e12036.

120. Sirufo MM, Magnanini LM, Ginaldi L, De Martinis M. Anorexia nervosa and autoimmune comorbidities: A bidirectional route? *CNS Neurosci Ther*. 2022;28(12):1921-1929.

121. Wallander JL, Schmitt M, Koot HM. Quality of life measurement in children and adolescents: Issues, instruments, and applications. *J Clin Psychol*. 2001;57(4):571-585.

122. Rigó Adrien KG. Az életminőséggel kapcsolatos fő szakirodalmi kérdések krónikus szomatikus betegséggel élők körében. *Alkalmazott Pszichológia*. 2014;14(4):5-14.
123. Megari K. Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health Psychol Res*. 2013;1(3):e27.
124. Jekkel É, Magyar K. Az életminőség vizsgálata – áttekintő tanulmány. *Psychiatr Hung*. 2007;22(1):20-32.
125. Kopp M, Kovács M. A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2006. p. 411-544.
126. Lin X-J, Lin I-M, Fan S-Y. Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Med J*. 2013;25(1):8-12.
127. Kourkoutas E, Georgiadi M, Plexousakis S. Quality of life of children with chronic illnesses: A Review of the Literature. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010;2(2):4763-4767.
128. Palacio-Vieira JA, Villalonga-Olives E, Valderas JM, Espallargues M, Herdman M, Berra S, Alonso J, Rajmil L. Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. *Qual Life Res*. 2008;17(10):1207-1215.
129. Mikkelsen HT, Småstuen MC, Haraldstad K, Helseth S, Skarstein S, Rohde G. Changes in health-related quality of life in adolescents and the impact of gender and selected variables: a two-year longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes*. 2022;20(1):123.
130. Spieth LE, Harris CV. Assessment of health-related quality of life in children and adolescents: an integrative review. *J Pediatr Psychol*. 1996;21(2):175-193.
131. Solans M, Pane S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Berra S, Herdman M, Alonso J, Rajmil L. Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value Health*. 2008;11(4):742-764.
132. Upton P, Lawford J, Eiser C. Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Qual Life Res*. 2008;17(6):895-913.
133. Witt S, Dellenmark-Blom M, Kuckuck S, Dingemann J, Abrahamsson K, Dingemann C, Chaplin JE, Ure B, Bullinger M, Gatzinsky V, Jönsson L, Quitmann JH.

Parent-child-agreement on health-related quality of life and its determinants in patients born with Esophageal Atresia: a Swedish-German cross-sectional study. *Orphanet J Rare Dis.* 2021;16(1):120.

134. Goldbeck L, Melches J. Quality of life in families of children with congenital heart disease. *Qual Life Res.* 2005;14(8):1915-1924.

135. Qadeer RA, Ferro MA. Child–parent agreement on health-related quality of life in children with newly diagnosed chronic health conditions: a longitudinal study. *Int J Adolesc Youth.* 2018;23(1):99-108.

136. Rajmil L, López AR, López-Aguilà S, Alonso J. Parent-child agreement on health-related quality of life (HRQOL): a longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11:101.

137. Papp ZS, Török S, Szentes A, Hosszú D, Kökönyei G. Parent-child agreement on health-related quality of life: the role of perceived consequences of the child's chronic illness. *Psychol Health.* 2022:1-19.

138. Nieuwesteeg A, Pouwer F, van der Kamp R, van Bakel H, Aanstoot HJ, Hartman E. Quality of life of children with type 1 diabetes: a systematic review. *Curr Diabetes Rev.* 2012;8(6):434-443.

139. Papp ZS, Gyöngyi K, Andrea B, Szentes A, Hosszú D, Török S. Egészséggel összefüggő életminőség három gyermekkorú krónikus betegségben. *Alkalmazott Pszichológia.* 2016;16(3):79-93.

140. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5:43.

141. Didsbury MS, Kim S, Medway MM, Tong A, McTaggart SJ, Walker AM, White S, Mackie FE, Kara T, Craig JC, Wong G. Socio-economic status and quality of life in children with chronic disease: A systematic review. *J Paediatr Child Health.* 2016;52(12):1062-1069.

142. Van Gampelaere C, Luyckx K, van der Straaten S, Laridaen J, Goethals ER, Casteels K, Vanbesien J, den Brinker M, Depoorter S, Klink D, Cools M, Goubert L. Families with pediatric type 1 diabetes: A comparison with the general population on

child well-being, parental distress, and parenting behavior. *Pediatr Diabetes*. 2020;21(2):395-408.

143. Tran V, Wiebe DJ, Fortenberry KT, Butler JM, Berg CA. Benefit finding, affective reactions to diabetes stress, and diabetes management among early adolescents. *Health Psychol*. 2011;30(2):212-219.

144. Marcus SB, Strople JA, Neighbors K, Weissberg-Benchell J, Nelson SP, Limbers C, Varni JW, Alonso EM. Fatigue and health-related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2009;7(5):554-561.

145. Varni JW, Franciosi JP, Shulman RJ, Saeed S, Nurko S, Neigut DA, Bendo CB, Patel AS, Self MM, Saps M, Zacur GM, Denham J, Dark CV, Pohl JF. PedsQL gastrointestinal symptoms scales and gastrointestinal worry scales in pediatric patients with inflammatory bowel disease in comparison with healthy controls. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(5):1115-1124.

146. Adler J, Raju S, Beveridge AS, Wang S, Zhu J, Zimmermann EM. College adjustment in University of Michigan students with Crohn's and colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2008;14(9):1281-1286.

147. Ryan JL, Mellon MW, Junger KW, Hente EA, Denson LA, Saeed SA, Hommel KA. The clinical utility of health-related quality of life screening in a pediatric inflammatory bowel disease clinic. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19(12):2666-2672.

148. Loonen HJ, Grootenhuis MA, Last BF, Koopman HM, Derkx HH. Quality of life in paediatric inflammatory bowel disease measured by a generic and a disease-specific questionnaire. *Acta Paediatr*. 2002;91(3):348-354.

149. Engelmann G, Erhard D, Petersen M, Parzer P, Schlarb AA, Resch F, Brunner R, Hoffmann GF, Lenhartz H, Richterich A. Health-related quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease depends on disease activity and psychiatric comorbidity. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2015;46(2):300-307.

150. Lix LM, Graff LA, Walker JR, Clara I, Rawsthorne P, Rogala L, Miller N, Ediger J, Pretorius T, Bernstein CN. Longitudinal study of quality of life and psychological functioning for active, fluctuating, and inactive disease patterns in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2008;14(11):1575-1584.

151. Preece DA, Mehta A, Petrova K, Sikka P, Bjureberg J, Becerra R, Gross JJ. Alexithymia and emotion regulation. *J Affect Disord*. 2023;324:232-238.

152. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Curr Dir Psychol Sci.* 2001;10(6):214-219.
153. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology.* 2002;39(3):281-291.
154. Gross JJ. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychol Inquiry.* 2015;26(1):1-26.
155. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3):25-52.
156. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol.* 1998;74(1):224-237.
157. Williams LE, Bargh JA, Nocera CC, Gray JR. The unconscious regulation of emotion: nonconscious reappraisal goals modulate emotional reactivity. *Emotion.* 2009;9(6):847-854.
158. McRae K. Cognitive emotion regulation: A review of theory and scientific findings. *Curr Opin Behav Sci.* 2016;10:119-124.
159. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *J Pers.* 2004;72(6):1301-1333.
160. Price CJ, Hooven C. Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation: Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT). *Front Psychol.* 2018;9:798.
161. Paulus MP, Stein MB. Interoception in anxiety and depression. *Brain Struct Funct.* 2010;214(5-6):451-463.
162. Lackner RJ, Fresco DM. Interaction effect of brooding rumination and interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther.* 2016;85:43-52.
163. Holodynski M, Friedlmeier W. Ontogenesis of emotions and their regulation. *Development of Emotions and Their Regulation: An Internalization Model.* New York: Springer New York, NY; 2005. p. 89-180.

164. Kiel EJ, Kalomiris AE. Current Themes in Understanding Children's Emotion Regulation as Developing from within the Parent-Child Relationship. *Curr Opin Psychol.* 2015;3:11-16.
165. Láng A. Érzelemszabályozás és kötődés összefüggései normatív mintában. *Alkalmazott Pszichológia.* 2009;11(3-4):5-17.
166. Sanders RA. Adolescent psychosocial, social, and cognitive development. *Pediatr Rev.* 2013;34(8):354-8; quiz 8-9.
167. Garnefski N, van den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein EJ. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality.* 2002;16.
168. McRae K, Gross JJ, Weber J, Robertson ER, Sokol-Hessner P, Ray RD, Gabrieli JD, Ochsner KN. The development of emotion regulation: an fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults. *Soc Cog Affect Neurosci.* 2012;7(1):11.
169. Sanchis-Sanchis A, Grau MD, Moliner AR, Morales-Murillo CP. Effects of Age and Gender in Emotion Regulation of Children and Adolescents. *Front Psychol.* 2020;11:946.
170. Morris AS, Criss MM, Silk JS, Houlberg BJ. The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Devel Persp.* 2017;11(4):233-238.
171. Theurel A, Gentaz E. The regulation of emotions in adolescents: Age differences and emotion-specific patterns. *PLoS One.* 2018;13(6):e0195501.
172. Silvers JA. Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Curr Opin Psychol.* 2022;44:258-263.
173. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Soc Dev.* 2007;16(2):361-388.
174. Bariola E, Gullone E, Hughes EK. Child and adolescent emotion regulation: the role of parental emotion regulation and expression. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2011;14(2):198-212.
175. Zimmer-Gembeck MJ, Rudolph J, Kerin J, Bohadana-Brown G. Parent emotional regulation: A meta-analytic review of its association with parenting and child adjustment. *International J Behav Devel.* 2022;46(1):63-82.

176. Rothenberg WA, Lansford JE, Bornstein MH, Chang L, Deater-Deckard K, Di Giunta L, Dodge KA, Malone PS, Oburu P, Pastorelli C, Skinner AT, Sorbring E, Steinberg L, Tapanya S, Uribe Tirado LM, Yotanyamaneewong S, Alampay LP, Al-Hassan SM, Bacchini D. Effects of Parental Warmth and Behavioral Control on Adolescent Externalizing and Internalizing Trajectories Across Cultures. *J Res Adolesc.* 2020;30(4):835-855.
177. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif.* 2001;30(1311):1327.
178. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *Eur J Psychol Assess.* 2007;23(3):141.
179. Ray RD, McRae K, Ochsner KN, Gross JJ. Cognitive reappraisal of negative affect: converging evidence from EMG and self-report. *Emotion.* 2010;10(4):587-592.
180. Buhle JT, Silvers JA, Wager TD, Lopez R, Onyemekwu C, Kober H, Weber J, Ochsner KN. Cognitive reappraisal of emotion: a meta-analysis of human neuroimaging studies. *Cereb Cortex.* 2014;24(11):2981-2990.
181. Troy AS, Shallcross AJ, Mauss IB. A person-by-situation approach to emotion regulation: cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychol Sci.* 2013;24(12):2505-2514.
182. Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Pers Individ Dif.* 2010;48(4):408-413.
183. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(2):128-134.
184. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2000;38(4):319-345.
185. Extremera N, Quintana-Orts C, Sánchez-Álvarez N, Rey L. The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies on Problematic Smartphone Use: Comparison between Problematic and Non-Problematic Adolescent Users. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(17).
186. Staiger PK, Melville F, Hides L, Kambouropoulos N, Lubman DI. Can emotion-focused coping help explain the link between posttraumatic stress disorder severity and triggers for substance use in young adults? *J Subst Abuse Treat.* 2009;36(2):220-226.

187. Wisco BE, Sloan DM, Marx BP. Cognitive Emotion Regulation and Written Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *Clin Psychol Sci.* 2013;1(4):435-442.
188. Law KC, Chapman AL. Borderline personality features as a potential moderator of the effect of anger and depressive rumination on shame, self-blame, and self-forgiveness. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015;46:27-34.
189. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci.* 2008;3(5):400-424.
190. Spasojević J, Alloy LB. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion.* 2001;1(1):25-37.
191. Cooney RE, Joormann J, Eugène F, Dennis EL, Gotlib IH. Neural correlates of rumination in depression. *Cogn Affect Behav Neurosci.* 2010;10(4):470-478.
192. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther.* 2011;49(3):186-193.
193. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(3):504-511.
194. Smith KE, Mason TB, Lavender JM. Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018;61:9-23.
195. Jose P, Brown I. When does the Gender Difference in Rumination Begin? Gender and Age Differences in the Use of Rumination by Adolescents. *J Youth Adolesc.* 2008;37:180-192.
196. Kuyken W, Watkins E, Holden E, Cook W. Rumination in adolescents at risk for depression. *J Affect Disord.* 2006;96(1-2):39-47.
197. Martin R, Dahlen E. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif.* 2005;39:1249-1260.
198. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *J Adolesc.* 2005;28(5):619-631.
199. Kriston P, Pikó B. A kognitív érzelmi önszabályozás szerepe serdülőkorban a depresszió, a pszichoszomatikus tünetek és a szubjektív jóllét szintjében. *Psychiatr Hung.* 2017;32(2):168-177.

200. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(2):217-237.
201. Brewer R, Cook R, Bird G. Alexithymia: a general deficit of interoception. *R Soc Open Sci.* 2016;3(10):150664.
202. Preece DA, Mehta A, Becerra R, Chen W, Allan A, Robinson K, Boyes M, Hasking P, Gross JJ. Why is alexithymia a risk factor for affective disorder symptoms? The role of emotion regulation. *J Affect Disord.* 2022;296:337-341.
203. Linn BK, Zhao J, Bradizza CM, Lucke JF, Rusczyk MU, Stasiewicz PR. Alexithymia disrupts emotion regulation processes and is associated with greater negative affect and alcohol problems. *J Clin Psychol.* 2021;77(12):2915-2928.
204. Speranza M, Loas G, Wallier J, Corcos M. Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study. *J Psychosom Res.* 2007;63(4):365-371.
205. Siska D, Cserép M, Szabó B. Evési szokások magyar serdülők körében. *Orv Hetil.* 2023;164(2):64-69.
206. Svaldi J, Griepenstroh J, Tuschen-Caffier B, Ehring T. Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res.* 2012;197(1-2):103-111.
207. Prefit AB, Cîndea DM, Szentagotai-Tătar A. Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite.* 2019;143:104438.
208. Meule A, Richard A, Schnepfer R, Reichenberger J, Georgii C, Naab S, Voderholzer U, Blechert J. Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eat Disord.* 2019:1-17.
209. Perthes K, Kirschbaum-Lesch I, Legenbauer T, Holtmann M, Hammerle F, Kolar DR. Emotion regulation in adolescents with anorexia and bulimia nervosa: Differential use of adaptive and maladaptive strategies compared to healthy adolescents. *Int J Eat Disord.* 2021;54(12):2206-2212.
210. Mills P, Newman EF, Cossar J, Murray G. Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse Negl.* 2015;39:156-166.
211. Hansson E, Daukantaitė D, Johnsson P. Disordered eating and emotion dysregulation among adolescents and their parents. *BMC Psychol.* 2017;5(1):12.

212. Racine SE, Wildes JE. Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *Int J Eat Disord.* 2015;48(1):55-58.
213. Steward T, Martínez-Zalacaín I, Mestre-Bach G, Sánchez I, Riesco N, Jiménez-Murcia S, Fernández-Formoso JA, Veciana de Las Heras M, Custal N, Menchón JM, Soriano-Mas C, Fernandez-Aranda F. Dorsolateral prefrontal cortex and amygdala function during cognitive reappraisal predicts weight restoration and emotion regulation impairment in anorexia nervosa. *Psychol Med.* 2022;52(5):844-52.
214. Petersson S, Birgegård A, Brudin L, Mantilla EF, Monell E, Clinton D, Björck, C. Initial self-blame predicts eating disorder remission after 9 years. *J Eat Disord.* 2021;9(1):81.
215. Forsén Mantilla E, Norring C, Birgegård A. Self-image and 12-month outcome in females with eating disorders: extending previous findings. *J Eat Disord.* 2019;7:15.
216. Puttevils L, Vanderhasselt MA, Horczak P, Vervaet M. Differences in the use of emotion regulation strategies between anorexia and bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Compr Psychiatry.* 2021;109:152262.
217. Nandrino JL, Dodin V, Cottencin O, Doba K. Effect of intrapersonal emotional competences on the relationship between attachment insecurity and severity of eating disorder symptoms in patients with restrictive anorexia. *J Clin Psychol.* 2020;76(3):476-492.
218. Walenda A, Kostecka B, Santangelo PS, Kucharska K. Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2021;8(1):25.
219. Tan Y, Xin X, Wang X, Yao S. Cognitive Emotion Regulation Strategies in Chinese Adolescents with Overweight and Obesity. *Child Obes.* 2018;14(1):26-32.
220. Harrison A, Tchanturia K, Treasure J. Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: state or trait? *Biol Psychiatry.* 2010;68(8):755-761.
221. Kökönyei G. Érzelémszabályozás krónikus betegségekben. In: Kiss EC, Sz. Makó H, editors. *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana.* Pécs: Pro Pannonia Kiadói Alapítvány; 2014. p. 315-337.
222. Schweizer S, Gotlib IH, Blakemore SJ. The role of affective control in emotion regulation during adolescence. *Emotion.* 2020;20(1):80-86.

223. Pate T. Families of children with chronic illness and the relational family model. *The Person and the Challenges The Journal of Theology, Education, Canon Law and Social Studies Inspired by Pope John Paul II.* 2016;6(2):57-65.
224. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc.* 2009;32(2):449-454.
225. Martino G, Caputo A, Schwarz P, Bellone F, Fries W, Quattropiani MC, Vicario CM. Alexithymia and Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Front Psychol.* 2020;11:1763.
226. Kraaij V, Garnefski N. Coping and depressive symptoms in adolescents with a chronic medical condition: a search for intervention targets. *J Adolesc.* 2012;35(6):1593-1600.
227. Kraaij V, Garnefski N. Cognitive, behavioral and goal adjustment coping and depressive symptoms in young people with diabetes: a search for intervention targets for coping skills training. *J Clin Psychol Med Settings.* 2015;22(1):45-53.
228. van der Zaag-Loonen HJ, Grootenhuis MA, Last BF, Derkx HH. Coping strategies and quality of life of adolescents with inflammatory bowel disease. *Qual Life Res.* 2004;13(5):1011-1019.
229. Turk DC, Wilson HD. Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Curr Pain Headache Rep.* 2010;14(2):88-95.
230. Wojtowicz AA, Greenley RN, Gumidyala AP, Rosen A, Williams SE. Pain severity and pain catastrophizing predict functional disability in youth with inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2014;8(9):1118-1124.
231. Miller MM, Meints SM, Hirsh AT. Catastrophizing, pain, and functional outcomes for children with chronic pain: a meta-analytic review. *Pain.* 2018;159(12):2442-2460.
232. Kökönyei G. *Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban. [Doktori értekezés].* Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem; 2008.
233. Bogdan I, Gherasim-Diaconu LR. Psychological Well-Being and Adjustment to Illness of Adolescents with Cancer. *Annals of AII Cuza University Psychology Series.* 2018;27:45-59.

234. Fisher L, Hessler D, Polonsky W, Strycker L, Bowyer V, Masharani U. Toward effective interventions to reduce diabetes distress among adults with type 1 diabetes: Enhancing Emotion regulation and cognitive skills. *Patient Educ Couns.* 2019;102(8):1499-1505.
235. Ciuluvica C, Amerio P, Fulcheri M. Emotion regulation strategies and quality of life in dermatologic patients. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014;127:661-665.
236. Cengiz GF, Gürel G. Difficulties in emotion regulation and quality of life in patients with acne. *Qual Life Res.* 2020;29(2):431-438.
237. Manju H. Cognitive Regulation of Emotion and Quality of Life. *Journal of Psychosocial Research.* 2017;12(1).
238. Reed B, Rea KE, Claar RL, van Tilburg MAL, Levy RL. Passive Coping Associations With Self-Esteem and Health-Related Quality of Life in Youth With Inflammatory Bowel Disease. *Front Psychol.* 2021;12:670902.
239. Cserép M, Szabó B, Tóth-Hejn P, Szabo AJ, Szumska I. The Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation of Adolescents with Chronic Disease and Their Parents in Adolescents' Quality of Life: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(23).
240. Tombini M, Assenza G, Quintiliani L, Ricci L, Lanzone J, Di Lazzaro V. Alexithymia and emotion dysregulation in adult patients with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2020;113:107537.
241. Bahrami B, Bahrami A, Mashhadi A, Kareshki H. The role of cognitive emotion-regulation strategies in the quality of life of cancer patients. *Med J Mashhad Uni Med Sci.* 2015;58(2):96-105.
242. Van De Ven MO, Engels RC. Quality of life of adolescents with asthma: the role of personality, coping strategies, and symptom reporting. *J Psychosom Res.* 2011;71(3):166-173.
243. Túry F, Szumska I, Pászthy B, Purebl G. Irányelvek és ajánlások az evészavarok kezelésében. *Psychiatr Hung.* 2017;32(4):397-413.
244. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the Use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp: DATEC; 2002.
245. Miklósi M, Martos T, Kocsis-Bogár K, Perczel-Forintos D. A Kognitív Érzelemreguláció Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Psychiatr Hung.* 2011;26(2):102-111.

246. Cianchetti C, G. SF. SAFA Pszichopatológiai tünetlista gyermekek és serdülők számára. Kézikönyv. Magyar adaptáció: Kő Natasa. Budapest: OS Hungary; 2001.
247. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International J Eat Dis.* 1983;2:15-34.
248. Túry F, Sáfrán Zs, Wildmann M, Zs. L. Az Evési Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory) hazai adaptációja. *Szenvedélybetegségek.* 1997(5):336-342.
249. Matthejat F, Remschmidt H. Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* 1998;26(3): 174-182.
250. Kiss E, Baji I, Mayer L, Skultéti D, Benák I, Vetró Á. Életminőség kérdőív validálása és pszichometriai jellemzői magyar gyermekpopuláción. *Psychiatr Hung.* 2007;22(1):33-42.
251. Statistics I. IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp. 2021.
252. Hayes AF, Rockwood NJ. Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behav Res Ther.* 2017;98:39-57.
253. Miklósi M. A kognitív érzelem-szabályozás szerepe a stresszre adott reakciókban [Doktori értekezés]. Budapest: Semmelweis Egyetem; 2015.
254. Bulmer MG. Principles of statistics. New York: Dover: Courier Corporation; 1979.
255. Ellis PD. The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-Analysis, and the Interpretation of Research Results. New York: Cambridge University Press; 2010.
256. Graff LA, Walker JR, Clara I, Lix L, Miller N, Rogala L, Rawsthorne P, Bernstein CN. Stress coping, distress, and health perceptions in inflammatory bowel disease and community controls. *Am J Gastroenterol.* 2009;104(12):2959-2969.
257. Cowdrey FA, Park RJ. The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eat Behav.* 2012;13(2):100-105.
258. Schwartz PD, Maynard AM, Uzelac SM. Adolescent egocentrism: a contemporary view. *Adolescence.* 2008;43(171):441-448.

259. Jones MP, Wessinger S, Crowell MD. Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006;4(4):474-481.
260. Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(12):1715-1721.
261. van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry.* 2021;34(6):515-524.
262. Yilmaz Kafali H, Atik Altinok Y, Ozbaran B, Ozen S, Kose S, Tahillioglu A, Darcan, S, Goksen, D. Exploring emotional dysregulation characteristics and comorbid psychiatric disorders in type 1 diabetic children with disordered eating behavior risk. *J Psychosom Res.* 2020;131:109960.
263. van der Veek SM, Kraaij V, Garnefski N. Cognitive coping strategies and stress in parents of children with Down syndrome: A prospective study. *Intellect Dev Disabil.* 2009;47(4):295-306.
264. Moskovitz DN, Maunder RG, Cohen Z, McLeod RS, MacRae H. Coping behavior and social support contribute independently to quality of life after surgery for inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum.* 2000;43(4):517-521.
265. Watkins B, Cooper PJ, Lask B. History of eating disorder in mothers of children with early onset eating disorder or disturbance. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;20(2):121-125.
266. Martini MG, Taborelli E, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27(2):137-146.
267. Watson HJ, O'Brien A, Sadeh-Sharvit S. Children of Parents with Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2018;20(11):101.
268. Lydecker JA, Grilo CM. Fathers and mothers with eating-disorder psychopathology: Associations with child eating-disorder behaviors. *J Psychosom Res.* 2016;86:63-69.
269. Barthel D, Ravens-Sieberer U, Nolte S, Thyen U, Klein M, Walter O, Meyrose AK, Rose M, Otto C. Predictors of health-related quality of life in chronically ill children and adolescents over time. *J Psychosom Res.* 2018;109:63-70.

270. De Carlo C, Bramuzzo M, Canaletti C, Udina C, Cozzi G, Pavanello PM, Rampado S, Martelossi S, Giudici F, Di Leo G, Barbi E. The Role of Distress and Pain Catastrophizing on the Health-related Quality of Life of Children With Inflammatory Bowel Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019;69(4):e99-e104.
271. Jannati Y, Nia HS, Froelicher ES, Goudarzian AH, Yaghoobzadeh A. Self-blame Attributions of Patients: a Systematic Review Study. *Cent Asian J Glob Health.* 2020;9(1):e419.
272. Callebaut L, Molyneux P, Alexander T. The Relationship Between Self-Blame for the Onset of a Chronic Physical Health Condition and Emotional Distress: A Systematic Literature Review. *Clin Psychol Psychother.* 2017;24(4):965-986.
273. Thapwong P, Norton C, Rowland E, Farah N, Czuber-Dochan W. A systematic review of the impact of inflammatory bowel disease (IBD) on family members. *J Clin Nurs.* 2022.
274. Tanzer M, Salaminios G, Morosan L, Campbell C, Debbané M. Self-Blame Mediates the Link between Childhood Neglect Experiences and Internalizing Symptoms in Low-Risk Adolescents. *J Child Adolesc Trauma.* 2021;14(1):73-83.
275. Voth J, Sirois FM. The role of self-blame and responsibility in adjustment to inflammatory bowel disease. *Rehabil Psychol.* 2009;54(1):99-108.
276. Taft TH, Ballou S, Bedell A, Lincenberg D. Psychological Considerations and Interventions in Inflammatory Bowel Disease Patient Care. *Gastroenterol Clin North Am.* 2017;46(4):847-858.
277. Máté O, Ábrahám I, Cserép M, Grundmann L, Lendvai Z, Pászthy B, Tóth-Hejn, P. Önállóságra éhezve. Az 1-es típusú diabetes mellitus és az anorexia nervosa együttes előfordulása egy serdülő leányban. *Orv Hetil.* 2021;162(33):1341-6.
278. Häuser W, Moser G, Klose P, Mikocka-Walus A. Psychosocial issues in evidence-based guidelines on inflammatory bowel diseases: a review. *World J Gastroenterol.* 2014;20(13):3663-71.
279. Maddux MH, Bass JA, Geraghty-Sirridge C, Carpenter E, Christenson K. Assessing psychosocial functioning among youth with newly diagnosed inflammatory bowel disease (IBD): An interdisciplinary clinic approach. *Clinical Practice in Pediatric Psychology.* 2013;1:333-43.

280. van Rheenen PF, Aloï M, Assa A, Bronsky J, Escher JC, Fagerberg UL, Gasparetto M, Gerasimidis K, Griffiths A, Henderson P, Koletzko S, Kolho KL, Levine A, van Limbergen J, Martín-de-Carpi FJ, Navas-López VM, Oliva S, de Ridder L, Russell RK, Shouval D, Spinelli A, Turner D, Wilson D, Wine E, Ruemmele FM. The Medical Management of Paediatric Crohn's Disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline Update. *J Crohns Colitis*. 2020.
281. Ruemmele FM, Veres G, Kolho KL, Griffiths A, Levine A, Escher JC, Amil Dias J, Barabino A, Braegger CP, Bronsky J, Buderus S, Martín-de-Carpi J, De Ridder L, Fagerberg UL, Hugot JP, Kierkus J, Kolacek S, Koletzko S, Lionetti P, Miele E, Navas López VM, Paerregaard A, Russell RK, Serban DE, Shaoul R, Van Rheenen P, Veereman G, Weiss B, Wilson D, Dignass A, Eliakim A, Winter H, Turner D; European Crohn's and Colitis Organisation; European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease. *J Crohns Colitis*. 2014;8(10):1179-207.
282. Eadeh HM, Breaux R, Nikolas MA. A Meta-Analytic Review of Emotion Regulation Focused Psychosocial Interventions for Adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2021;24(4):684-706.
283. Vaid E, Lansing AH, Stanger C. Problems With Self-Regulation, Family Conflict, and Glycemic Control in Adolescents Experiencing Challenges With Managing Type 1 Diabetes. *J Pediatr Psychol*. 2018;43(5):525-533.
284. Shaffer RC, Schmitt LM, Reisinger DL, Coffman M, Horn P, Goodwin MS, Mazefsky C, Randall S, Erickson C. Regulating Together: Emotion Dysregulation Group Treatment for ASD Youth and Their Caregivers. *J Autism Dev Disord*. 2023;53(5):1942-1962.
285. Smyth JM, Arigo D. Recent evidence supports emotion-regulation interventions for improving health in at-risk and clinical populations. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(2):205-210.
286. Inwood E, Ferrari M. Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Appl Psychol Health Well Being*. 2018;10(2):215-235.

287. Pinto-Gouveia J, Duarte C, Matos M, Fráguas S. The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clin Psychol Psychother.* 2014;21(4):311-323.
288. Sirois FM, Rowse G. The role of self-compassion in chronic illness care. *J Clin Outcomes Manag.* 2016;23(11):521-527.

10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

Az értekezés témájához kapcsolódó közlemények:

1. **Cserép M**, Szabó B, Tóth-Hejn P, Szabo AJ, Szumska I. The Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation of Adolescents with Chronic Disease and Their Parents in Adolescents' Quality of Life: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23)
IF: 4,614*
2. Máté O, Ábrahám I, **Cserép M**, Grundmann L, Lendvai Z, Tóth-Hejn P, Pászthy, B. Az 1-es típusú diabetes mellitus és anorexia nervosa együttes előfordulása. *Gyermekgyógyászat*. 2022;73(6):439-45.
3. Máté O, Ábrahám I, **Cserép M**, Grundmann L, Lendvai Z, Pászthy B, Tóth-Hejn, P. Önállóságra éhezve. Az 1-es típusú diabetes mellitus és az anorexia nervosa együttes előfordulása egy serdülő leányban. *Orv Hetil*. 2021;162(33):1341-6.
IF: 0,707
4. **Cserép M**, Szumska I. Evészavartünetek, problematikus evési magatartás egyes kamaszkori krónikus betegségekben. *Orv Hetil*. 2020;161(44):1872-6.
IF: 0,5401
5. Siska D, **Cserép M**, Szabó B. Evési szokások magyar serdülők körében. *Orv Hetil*. 2023;164(2):64-9.
IF: 0,707*
6. Pászthy B, **Major M**. Gyermek- és serdülőkori evészavarok. In: Túry F, Pászthy B, editors. *Evészavarok és testképzavarok*. Budapest: Pro Die; 2008. p. 25-40.

*Várható IF érték

Az értekezés témájától független közlemények:

1. **Cserép M.** Az enuresis és az encopresis viselkedésterápiája. In: Perczel-Forintos, D. Mórotz, K editors. Kognitív viselkedésterápia. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 2019. p. 809-823.
2. Szalai TD, **Cserép M.** Treatment methods of avoidant/restrictive food intake disorder: Review with therapeutic implications. *Psihijatrija Danas.* 2017;49(1):5-24.
3. Jambrik M, Posta S, Erni I, Csenki L, **Cserép M,** Ábrahám I, Pászthy B. A lélek képalkotói és laborvizsgálatai. A projektív tesztek és a kérdőívek integrált alkalmazása a gyermek és serdülő pszichodiagnosztikában. *Magyar Pszichológiai Szemle.* 2022;77:125-39.
4. **Major M.** Bábból pillangóvá?: Anorexiás kamaszlány kognitív viselkedésszemponitú diagnosztikája. In: Perczel Forintos D; Kiss, Zs. editors. *Higgyünk a szemünknek! Kognitív viselkedésterápiás esettanulmányok.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. p. 51-64.

11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A doktori kutatás kapcsán legnagyobb hálával témavezetőmnek, Dr. Szumska Irenának, a Magatartástudományi Intézet egyetemi adjunktusának tartozom. Szakmai meglátásai, precizitása, klinikumból is táplálkozó szempontjai mellett nem feledem támogatását, együttérzését és motiválását azokban a periódusokban, amikor szinte lehetetlennek tűnt a doktori kutatás és életem más területeinek összeegyeztetése.

Köszönöm Prof. Dr. Szabó Attilának, a Semmelweis Egyetem Gyermekgyógyászati Klinika igazgatójának, hogy a krónikus beteg gyerekek és szüleik pszichés megsegítésének fontosságát szem előtt tartva klinikai munkámban és a doktori tanulmányaimban is támogatott.

Hálával tartozom jelenlegi és korábbi munkahelyi vezetőimnek, Dr. Várnai Nikolettának, Dr. Ábrahám Ildikónak, Dr. Gallai Máriának és Dr. Pászthy Beának, akik lehetővé tették számomra a Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika Gyermekpszichiátriai Osztályán végzett munkám mellett a doktori képzés elvégzését. Az evészavarok terápiájáról, a team munkáról és a rendszerszemléletről rendkívül sokat tanulhattam tőlük, általuk. Nagyon köszönöm munkahelyem jelenlegi Pszichológus Munkacsoportjának és egykori tagjainak, továbbá a Diabétesz Osztály és a Gasztroenterológiai Osztály orvosainak, nővéreinek a sok segítséget, támogatást. Köszönöm Dr. Czeglédi Editnek, Dr. Soltész-Várhelyi Klárának és Dr. Miklósi Mónikának a hasznos tanácsait, szempontjait, továbbá az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai képzés (egykori) hallgatóinak a segítséget az adatgyűjtésben. A statisztikai elemzésekkel kapcsolatban legnagyobb köszönettel Szabó Brigittának tartozom, hálás vagyok türelméért és hogy olyan stabilan számíthattam segítségére.

Nagyon köszönöm Dr. Szalai Tamás Dömötör opponensi javaslatait, a disszertáció színvonalát emelő tanácsait.

Köszönet illet valamennyi serdülőt és szülőt, akik a kérdőíveket kitöltötték, továbbá a munkám során megtiszteltek bizalmukkal és inspiráltak arra, hogy a klinikai tapasztalatokat tudományos kérdésfeltevésekké formáljam.

Végül köszönöm szeretteimnek azt a felbecsülhetetlen háttérrel, amit biztosítottak, továbbá, hogy türelemmel voltak irántam ebben a hosszú folyamatban.

MELLÉKLETEK

1. Melléklet. Tájékoztató a kutatásról kamaszok számára (iskolai)

TÁJÉKOZTATÓ

**„Evészavartünetek és kognitív érzelemszabályozás krónikus betegségekben” témájú
kutatáshoz**

Kedves Kamasz!

Szeretnénk Téged meghívni, hogy vegyél részt a kutatásunkban, és töltsd ki ezt a kérdőívet.

A vizsgálat eredménye segít jobban megérteni a serdülők evéshez való viszonyát, valamint azon stratégiáit, amelyek által a nehéz helyzetekhez való alkalmazkodás könnyebbé vagy éppen nehezebbé válhat.

Mielőtt eldöntenéd, hogy részt szeretnél-e venni, fontos, hogy tájékozódj a részletekről. Kérjük, figyelmesen olvasd el az alábbiakat, és ha szeretnéd, vitasd meg pedagógusoddal, szüleiddel is.

A kutatás célja, résztvevői

Szeretnénk megismerni a kamaszok evési problémáit, továbbá szeretnénk feltárni azokat a módszereket, amelyek elősegítik a jobb megküzdést vagy netán hátráltatják a nehézségekhez való alkalmazkodást. Középiskolás diákokat és gyermek rendelőben kezelt testi vagy lelki betegséggel küzdő fiatalokat vizsgálunk. Célunk, hogy az eredményeink felhasználásával olyan programot dolgozzunk ki, mellyel a betegségekkel való megküzdést, gördülékenyebb együttélést tudjuk segíteni.

Részt kell vennem a kutatásban?

- A kérdőív kitöltése ÖNKÉNTES, így minden következmény nélkül visszautasíthatod a kutatásban való részvételt. Szüleid osztályfőnöködön keresztül emailben kaptak tájékoztatást a vizsgálatról.

Hogyan zajlik a kutatás? Mi fog velem történni?

- Azt szeretnénk, ha kitölnél egy 30-40 perces igénybevevő kérdőívcsomagot.

Lehetnek hátrányai a vizsgálatban való részvételemnek?

- Semmilyen veszélynek, kockázatnak nem teszed ki magad a vizsgálatban való részvétel esetén.

- Ha a kérdőív kitöltése során valamiért kellemetlenül vagy kényelmetlenül érzed magad, jelezd, és nyugodtan hagyd abba a kérdőív kitöltését.

Milyen előnyei lehetnek a vizsgálatban való részvételnek?

A tőled és kortársaidtól gyűjtött adatok lehetővé teszik célzott, segítő csoportok megtervezését, melyek növelhetik a betegségekhez való alkalmazkodást.

Bizalmasan kezelik majd a kutatásban való részvételemet?

- Bármely olyan adat, mely az azonosításodat lehetővé tenné, csak a kutatásvezető számára hozzáférhető.
- A kérdőívekből gyűjtött információk mások számára szigorúan titkosak maradnak és a hatályos magyar törvényeknek megfelelően lesznek kezelve. Ezért is kérünk, hogy NE írd rá a nevedet a kérdőívre.
- Az SE I. sz. Gyermekklinikán, zárt szekrényben tároljuk a kutatásban résztvevők adatait.
- Fontos tudnod, hogy a kitöltött kérdőívet nem adjuk oda sem a szüleidnek, sem más személynek.
- A vizsgálat végén feldolgozzuk az eredményeket és PhD dolgozat formájában illetve tudományos folyóiratokban publikáljuk. Természetesen a semmilyen beazonosításra alkalmas adat nem kerül említésre, az eredményeket csakis összegezve fogjuk közölni. Ezekből a cikkekből kérésedre szívesen küldünk egy példányt.

Amennyiben úgy döntesz, hogy kitöltöd a kérdőívet, arra kérünk, hogy figyelmesen olvasd el a kérdéseket, és a válaszadás során mindig a saját véleményedre alapozz. Válaszaidat ne beszélj meg senkivel. Nincsenek jó és rossz válaszok, ezért kérlek, próbálj meg minél őszintébben válaszolni. Ha a kérdőív kitöltése során kérdésed, nehézséged merülne fel, jelezd. ***Hálásan köszönjük a kutatásban való részvételedet!***

Budapest, 2019. 03. 12.

Üdvözlettel,

Dr. Szumska Irena

egyetemi adjunktus

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet

2. melléklet. Tájékoztató a kutatásról (klinikai)

TÁJÉKOZTATÓ

„Evészavartünetek és kognitív érzelemszabályozás krónikus betegségekben” témájú kutatáshoz

Kedves Kamasz!

Klinikánkon egy kutatás folyik, melynek eredménye segít jobban megérteni a serdülők evéshez- valamint testi betegséghez való viszonyát, valamint azon stratégiáit, amelyek a nehéz helyzetekhez, betegséghez való alkalmazkodást segíthetik, vagy éppen nehezíthetik.

Szeretnénk Téged meghívni, hogy vedyél részt a kutatásunkban, és töltsd ki ezt a kérdőívet.

Mielőtt eldöntened, hogy részt szeretnél-e venni, fontos, hogy tájékozódj a részletekről. Kérjük, figyelmesen olvasd el az alábbiakat, és ha szeretnéd, vitasd meg szüleiddel is.

A kutatás célja

Szeretnénk megismerni a testi betegséggel küzdő kamaszok evési problémáit, továbbá szeretnénk feltárni azokat a módszereket, amelyek elősegítik a jobb megküzdést vagy netán hátráltatják a betegséghez való alkalmazkodást. Mivel gyermekkorban a szülők támogatása különösen fontos, a téged elkísérő szülődet is kérjük egy hasonló kérdőívcsomag kitöltésére. Célunk, hogy az eredményeink felhasználásával olyan programot dolgozzunk ki, mellyel a betegségekkel való gördülékenyebb együttélést tudjuk segíteni.

Kik vesznek részt a kutatásban?

Az SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinikán gondozott 14 és 18 év közötti fiatalok és szüleik, valamint középiskolás diákok.

Részt kell vennem a kutatásban?

- A kérdőív kitöltése ÖNKÉNTES, így minden következmény nélkül visszautasíthatod a kutatásban való részvételt. Szüleid előzetes beleegyezése mindenképpen szükséges, ugyanakkor e mellett is dönthetsz úgy, hogy nem veszel részt a vizsgálatban.
- Bárhogy döntesz, az nem befolyásolja a további kezelésedet.
- Amennyiben beleegyezel a kutatásba, megkérünk, hogy írd alá egy beleegyező nyilatkozatot.

Hogyan zajlik a kutatás? Mi fog velem történni?

- Azt szeretnénk, ha kitöltenél egy 30-40 perces igénybevevő kérdőívcsomagot.

- Legközelebb kb. 1 illetve 2 év múlva keresnénk meg egy soron következő kontroll vizsgálatod alkalmával, ugyanezen kérdőívekkel. A mostani belegegyezésed csak erre a jelenlegi kérdőív kitöltésre vonatkozik. Jövőre ismét szabadon dönthetsz a részvételedről.

Lehetnek hátrányai a vizsgálatban való részvételemnek?

- Semmilyen veszélynek, kockázatnak nem teszed ki magad a vizsgálatban való részvétel esetén.
- Ha a kérdőív kitöltése során valamiért kellemetlenül vagy kényelmetlenül érzed magad, jelezd, és nyugodtan hagyd abba a kérdőív kitöltését.

Milyen előnyei lehetnek a vizsgálatban való részvételnek?

A tőled és kortársaidtól gyűjtött adatok lehetővé teszik célzott, segítő csoportok megtervezését, melyek növelhetik a betegséghez való alkalmazkodást.

Bizalmasan kezelik majd a kutatásban való részvételemet?

- Bármely olyan adat, mely az azonosításodat lehetővé tenné, csak az orvosod és a kutatásvezető számára hozzáférhető.
- A kérdőívekből gyűjtött információk mások számára szigorúan titkosak maradnak és a hatályos magyar törvényeknek megfelelően lesznek kezelve. Ezért is kérünk, hogy NE írd rá a nevedet a kérdőívre.
- Az SE I. sz. Gyermekklinikán, zárt szekrényben tároljuk a kutatásban résztvevők adatait.
- Fontos tudnod, hogy a kitöltött kérdőívet nem adjuk oda sem a szüleidnek, sem más személynek.
- A vizsgálat végén feldolgozzuk az eredményeket és PhD dolgozat formájában illetve tudományos folyóiratokban publikáljuk. Természetesen a semmilyen beazonosításodra alkalmas adat nem kerül említésre, az eredményeket csakis összegezve fogjuk közölni. Ezekből a cikkekből kérésedre szívesen küldünk egy példányt.

Amennyiben úgy döntesz, hogy kitöltöd a kérdőívet, arra kérünk, hogy figyelmesen olvasd el a kérdéseket, és a válaszadás során mindig a saját véleményedre alapozz. Válaszaidat ne beszélj meg senkivel. Nincsenek jó és rossz válaszok, ezért kérlek próbálj meg minél őszintébben válaszolni. Ha a kérdőív kitöltése során kérdésed, nehézséged merülne fel, jelezd. ***Hálásan köszönjük a kutatásban való részvételedet!***

Üdvözlettel,

Dr. Szumska Irena, egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet

3. Melléklet. Tájékoztató szülőknek a kutatásról.

TÁJÉKOZTATÓ

„Evészavartünetek és kognitív érzelemszabályozás vizsgálata krónikus betegségekben” témájú kutatáshoz

Kedves Szülő!

Klinikánkon egy kutatás folyik, melynek eredménye segít jobban megérteni a serdülők evéshez- valamint testi betegséghez való viszonyát, valamint azon stratégiáit, amelyek a nehéz helyzetekhez, betegséghez való alkalmazkodást segíthetik, vagy éppen nehezíthetik.

Szeretnénk Önt és gyermekét meghívni, hogy vegyenek részt a kutatásunkban, és töltsenek ki egy-egy kérdőívet.

Mielőtt eldöntené, hogy részt szeretne-e venni, fontos, hogy tájékozódjon a részletekről. Kérjük, figyelmesen olvassa el az alábbiakat.

A kutatás célja

Szeretnénk megismerni a testi betegséggel küzdő kamaszok evési problémáit, továbbá szeretnénk feltárni azokat a módszereket, amelyek elősegítik a jobb megküzdést vagy netán hátráltatják a betegséghez való alkalmazkodást. Mivel gyermekkorban a szülők támogatása különösen fontos, a szülőket is megkérjük egy kérdőív kitöltésére. Célunk, hogy az eredményeink felhasználásával olyan programot dolgozzunk ki, mely által a betegségekkel való gördülékenyebb együttélést tudjuk segíteni.

Kik vesznek részt a kutatásban?

Az SE I. sz. Gyermekgyógyászati Klinikán gondozott 14 és 18 év közötti fiatalok és szüleik, valamint középiskolás diákok.

Részt kell vennem a kutatásban?

- A kérdőív kitöltése ÖNKÉNTES, így minden következmény nélkül visszautasíthatja a kutatásban való részvételt. Az Ön előzetes beleegyezése mindenképpen szükséges gyermeke részvételéhez, azonban ő, az Ön beleegyezése mellett is elállhat a kérdőív kitöltésétől.
- Bárhogy dönt, az nem befolyásolja gyermeke további kezelését.
- Amennyiben beleegyez a kutatásba, megkérjük, hogy írjon alá egy beleegyező nyilatkozatot.

Hogyan zajlik a kutatás?

- Azt szeretnénk, ha Ön és gyermeke is kitöltene egy 30-40 perces igénybevevő kérdőívcsomagot.
- Legközelebb kb. 1 illetve 2 év múlva keresnénk meg egy soron következő kontroll vizsgálat alkalmával Önöket, ugyanezen kérdőívekkel. A mostani beleegyezés csak erre a jelenlegi kérdőív kitöltésre vonatkozik. Jövőre ismét szabadon dönthet Ön és gyermeke is a részvételről.

Lehetnek hátrányai a vizsgálatban való részvételnek?

- Semmilyen veszélynek, kockázatnak nem teszi ki magát és gyermekét a vizsgálatban való részvétel esetén.
- Ha a kérdőív kitöltése során valamiért kellemetlenül vagy kényelmetlenül érzi magát, nyugodtan hagyja abba a kérdőív kitöltését.

Milyen előnyei lehetnek a vizsgálatban való részvételnek?

Az Önöktől gyűjtött adatok lehetővé teszik célzott, segítő csoportok megtervezését, melyek növelhetik a betegséghez való alkalmazkodást.

Bizalmasan kezelik majd a kutatásban való részvételüket?

- Bármely olyan adat, mely az azonosításukat lehetővé tenné, csak az orvos és a kutatásvezető számára hozzáférhető.
- A kérdőívekből gyűjtött információk mások számára szigorúan titkosak maradnak és a hatályos magyar törvényeknek megfelelően lesznek kezelve. Ezért is kérjük, hogy NE írjon rá nevet a kérdőívre.
- Az SE I. sz. Gyermekklinikán, zárt szekrényben tároljuk a kutatásban résztvevők adatait.
- Fontos tudnia, hogy a kitöltött kérdőíveket nem adjuk oda senki számára.
- A vizsgálat végén feldolgozzuk az eredményeket és PhD dolgozat formájában illetve tudományos folyóiratokban publikáljuk. Természetesen a semmilyen beazonosításra alkalmas adat nem kerül említésre, az eredményeket csakis összegezve fogjuk közölni. Ezekből a cikkekből kérésére szívesen küldünk egy példányt.

Amennyiben úgy dönt, hogy kitölti a kérdőívet, arra kérjük, hogy figyelmesen olvassa el a kérdéseket. Nincsenek jó és rossz válaszok, ezért kérjük próbáljon meg minél őszintébben válaszolni. Ha a kérdőív kitöltése során kérdés, nehézség merülne fel, kérjük, jelezze.

Hálásan köszönjük a kutatásban való részvételét!

Üdvözlettel,

Dr. Szumska Irena

egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet

4. melléklet. Demográfiai adatlap.

DEMOGRÁFIAI ADATLAP – SERDÜLŐKNEK

Az alábbiakban kérjük, karikázd- vagy írd be a megfelelő választ!

1. Nemed (kérjük, húzd alá): LÁNY FIÚ

2. Születési éved:

3. Lakhelyed:

1. Budapest
2. más város
3. község, falu
4. tanya

4. Lakáskörülményeid:

1. szüleimmel élek
2. egyedül, albérletben
3. egyedül, kollégiumban
3. egyéb.....

5. Édesanyád legmagasabb iskolai végzettsége:

1. kevesebb, mint 8 osztály
2. 8 osztály
3. szakmunkásképző, szakiskola
4. szakközépiskolai érettségi
5. gimnáziumi érettségi
6. főiskolai vagy egyetemi diploma

6. Édesapád legmagasabb iskolai végzettsége:

1. kevesebb, mint 8 osztály
2. 8 osztály

3. szakmunkásképző, szakiskola
4. szakközépiskolai érettségi
5. gimnáziumi érettségi
6. főiskolai vagy egyetemi diploma

7. Jelenleg van-e pszichés problémád vagy nehézséged?

1. Igen. Kérjük, írd le röviden:

.....

2. Nem

8. Ha igen, kapsz jelenleg szakembertől (pszichológus, pszichiáter) segítséget?

1. Igen

2. Nem

9. Ha igen, mennyi ideje és milyen rendszerességgel?

1. pár alkalommal eddig

2. heti rendszerességgel, de kevesebb, mint fél éve

3. rendszeresen, több mint fél éve

10. Kérjük, karikázd be az **elmúlt 12 hónapban** a te életedben bekövetkezett eseményeket (több választ is bejelölhetsz!):

1. hozzátartozó halála

2. súlyos családi konfliktusok

3. szülők válása, különköltözés

4. új családtag születése

5. családtag súlyos betegsége

6. saját súlyosabb betegség

7. kórházi kezelés

8. intenzív osztályos kezelés

9. súlyosabb baleset

10. költözés

11. iskolaváltás

12. anyagi helyzetben változás
13. természeti csapás
14. bűncselekmény
15. bántás kortársaktól

11. Kérjük, karikázd be az **elmúlt 3 hónapban** az életedben bekövetkezett eseményeket (több választ is bejelölhetsz!):

1. hozzátartozó halála
2. súlyos családi konfliktusok
3. szülők válása, különköltözés
4. új családtag születése
5. családtag súlyos betegsége
6. saját súlyosabb betegség
7. kórházi kezelés
8. intenzív osztályos kezelés
9. súlyosabb baleset
10. költözés
11. iskolaváltás
12. anyagi helyzetben változás
13. természeti csapás
14. bűncselekmény
15. bántás kortársaktól

12. A továbbiakban pár kérdést szeretnénk feltenni a testsúlyodra és a magasságodra vonatkozóan.

Milyen magas vagy?

Hány kg vagy?

13. Van valamilyen testi betegséged?

1. cukorbetegség
2. májbetegség
3. gyulladásos bélbetegség
4. lisztérzékenység
5. asztma
6. szívbetegség
7. egyéb:
8. nincs