

A kognitív érzelmi önszabályozás szerepe serdülőkorban a depresszió, a pszichoszomatikus tünetek és a szubjektív jóllét szintjében

168

Kriston Pálma¹, Pikó Bettina²

¹ Szegedi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar, Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged

² Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged

Összefoglalás: Háttér és célkitűzések: Egyre több kutatás számol be az érzelmi önszabályozó folyamatok mentális egészségre gyakorolt befolyásáról. Az érzelemszabályozás olyan komplex jelenség, mely végbemehet explicit és implicit módon; magában foglal kognitív és viselkedési folyamatokat: az érzelmi reakciók értékelését és módosítását egy adott cél elérése érdekében. Kutatásunk célja volt feltárni a kognitív érzelmi önszabályozó stratégiák kapcsolatát a mentális egészségmutatókkal, serdülők körében.

Módszer: Az ifjúságkutatást 2016-ban végeztük Makón, a mintanagyság 1245 fő volt. Az adatgyűjtés önkitöltős kérdőív módszerrel történt. A kérdőív az érzelmi szabályozást mérő skálákon túl tartalmazott mentális egészséggel, szubjektív jólléttel és szociodemográfiai háttérrel kapcsolatos kérdéseket. Az adatokkal nemi összehasonlítást végeztünk, és többváltozós lineáris regresszió-elemzéssel vizsgáltuk a regulációs stratégiák és a mentális egészségmutatók – depressziós, pszichoszomatikus tünetek és élettel való elégedettség – kapcsolatát.

Eredmények: A lányok gyakoribb depressziós és pszichoszomatikus tünetről, valamint alacsonyabb élettel való elégedettségről számoltak be a fiúkhöz képest. Jelentős nemi eltéréseket találtunk az önvád, rumináció, mások hibáztatása, perspektíva-váltás és pozitív fókuszváltás stratégiák használata között. Továbbá a nem adaptív stratégiák összefüggést mutattak a nagyobb depresszió pontszámmal és pszichoszomatikus tünetekkel, míg az adaptív stratégiák az élettel való elégedettség magasabb szintjével voltak kapcsolatban mind a lányoknál, mind a fiúknál.

Következtetések: A tanulmány rámutat a kognitív érzelemszabályozó stratégiák fontosságára a mentális egészség, szubjektív jóllét szempontjából, és szorgalmazza az érzelmi önszabályozásban szerepet játszó kognitív folyamatok háttértényezőinek feltárását.

Kulcsszavak: kognitív érzelemszabályozás; mentális egészség; szubjektív jóllét; serdülők

Summary: Background and aims of the study: More and more studies suggest that mental health may be determined by processes of emotional self-regulation. Emotion regulation is a complex concept which can be explicit and implicit and includes different cognitive and behavioral processes: evaluation, modifying of emotional reaction to accomplish goals. Our research aim was to explore the use of cognitive emotional self-regulation strategies related to mental health indicators among adolescents.

Method: The youth study was performed with a sample size of 1245 participants in Makó, in 2016. Data collection was based on self-administrated questionnaires that contained items on mental health, subjective well-being and background of sociodemographics. The data were compared on the basis of gender differences and tested by multiple linear regression analysis to map associations between the regulation strategies and mental health indicators: depression, psychosomatic symptoms, satisfaction with life.

Results: Girls reported higher levels of depression and psychosomatic symptoms and lower satisfaction with life than boys. Significant differences were observed between boys and girls in using rumination, positive refocusing, self-blame, others-blame and putting into perspective regulation strategy. In addition the nonadaptive strategies were proved to be related to higher depression and psychosomatic symptom scores, whereas adaptive strategies to higher level of satisfaction with life in both boys and girls.

Conclusions: The study draws attention to the importance of cognitive emotion regulation strategies from the point of view of mental health and to explore the background factors of cognitive processes of emotional self-regulation.

Keywords: cognitive emotional regulation; mental health; subjective well-being; adolescents

Bevezetés

Az érzelemszabályozással foglalkozó tudományos irodalmak töretlen népszerűsége tettek szert az elmúlt két évtizedben (1). Noha nincs egységes konszenzus a terminus definiálását illetően, a kutatók többsége elfogadja azt a meghatározást, miszerint az érzelemszabályozás célorientált folyamat, amely neurális, kognitív és viselkedéses aspektusai mentén befolyással bír az érzelmek fajtáira, intenzitására, időbeli megjelenésére és kifejezésére (2). A szakértők szerint ez a folyamat végbemehet implicit és explicit módon is (3). Az implicit érzelemszabályozás az emóciók észlelésének és feldolgozásának legkorábbi szakaszában jelenik meg, és tudatos figyelem, intenció nélkül automatikus kontrollt gyakorol a szubjektív érzelmi válasz felett (3, 4). *Freud* nyomán ismeretes például, hogy stresszhelyzetben a negatív érzelmek tudattalan szabályozása annak elnyomása révén valósul meg (5). Az explicit érzelemszabályozás ezzel szemben tudatos erőfeszítésen alapul és megköveteli a figyelem, szándék, célirányultság meglétét, ami által lehetővé válik az érzelmi válaszok monitorozása és a módosítás szándékos kontrollja egy adott cél elérése érdekében (3, 6). Az érzelmi reguláció jellemezhető aszerint is, hogy kognitív vagy viselkedéses alapú szabályozásról van-e szó. Előbbinél a figyelmi és gondolkodási stratégiák alkalmazásával valósul meg a szabályozás, utóbbinál a viselkedés megváltoztatása által. A szakirodalom számos explicit szabályozó kategóriát – és azon belül stratégiát – tart számon attól függően, hogy pozitív vagy negatív érzelmek szabályozásáról beszélünk-e. Ilyen kategória lehet az ingerszelekció (szituációhoz való közeledés vagy elkerülés stratégiája); a szituáció módosítása (problémafókuszú stratégia, szociális támaszkeresés); figyelmi fókusz megváltoztatása (figyelem elterelése, tudatos jelenlét); kognitív értékelés (helyzet átkeretezése, elfogadása); és a fiziológiás, érzelmi, viselkedéses válasz módosítása pl. agresszív viselkedés által. A stratégiák szituációtól, egyéntől, érzelemtől, annak intenzitásától, és az elérni kívánt céltől függően lehetnek adaptívak és maladaptívak (1).

Az adaptív érzelemszabályozás fejlődésének egyik kritikus életszakasza a serdülőkor. Fejlődésánál átmeneti életperiódusnak tekinthető ez az időszak, melyet megnövekedett érzelmi reaktivitás, instabilitás, a kortársak felé irányuló hiperszenzitivitás, és kockázatvállalás jellemez, főként a serdülőkor kezdeti és középső szakaszában (4, 6, 7). Longitudinális vizsgálatok eredményei szerint a prepubertás időszakban jellemzőbb a hangulati ingadozás és negatív érzelmi állapot fennállása legalább egy héten át, ugyanakkor az életkor előrehaladtával az emocionális stabilitás növekedhet (4). A stabilitás kialakulásának biológiai hátterében az érzelmi folyamatokban résztvevő neurális rendszerek érése áll. A prefrontális kéreg ventromediális területei (dorzomediális prefrontális kéreg, orbitofrontális kéreg és anterior cinguláris kéreg ventrális része) főként az emóciók viselkedéses szabályozásáért felelősek, míg a laterális prefrontális kéreg régiókhöz (dorzo-, és ventrolaterális prefrontális kéreg) alapvetően a magasabb szintű kognitív folyamatok, a végrehajtó funkciók elemei: szelektív figyelem, tartós figyelem, válaszgátlás, flexibilitás, tervezés köthetők (4, 8). A szabályozás fontos feltétele a frontális agyi területeknek a limbikus struktúrákkal – többek között az amygdalával, ventralis striatummal és orbitofrontális kéreggel – kiépülő strukturális kapcsolatának megszilárdulása (9, 10). A neurális rendszer szerkezeti, funkcionális átalakulása viszont időigényes folyamat, ezért a prefrontális kéreg és a limbikus régiók fejlődésének időbeni eltérése hozzájárulhat a szabályozási nehézségekhez (11).

Nemzetközi kutatások eredményei szerint negatív valenciájú ingerek jelenlétekor gyakran megfigyelhető nem adaptív stratégiák alkalmazása a serdülőknél (12). Például a negatív érzelmi töltetű szavak, vagy félelmet kiváltó arcok jelenléte csökkenti a kognitív kontroll mértékét körükben, összehasonlítva a felnőttekkel (13, 14).

A negatív érzelmek diszregulációja hozzájárulhat az internalizáló, azaz befelé irányuló problémák növekvő előfordulásához, ami ennél a korosztálynál igen gyakori (15–18). Ilyen problémák közé sorolható a szorongásos, depressziós tünetek, melyek tartós fennállása pszi-

chiátriai zavarok, például hangulatzavar, szorongásos zavar, depresszió kialakulását eredményezheti (19). *Garfenski Kraaij* és *Etten* egy 2005-ös vizsgálatukban kimutatták, hogy a nem adaptív érzelemszabályozó stratégiák – mint önvád, rumináció, katasztrofizálás – gyakori alkalmazása és a pozitív átértékelés hiánya vagy csökkent használata bejósolja az internalizáló problémák fennállását serdülőknél (20). Nemi különbséget is nézve megállapították, hogy a lányok körében sokkal jellemzőbb az érzelmi tünetek fennállása és a regulációs stratégiák kevésbé adaptív formáinak alkalmazása. A szerzők egy korábbi vizsgálatukban is hasonló összefüggésre jutottak (6). Egy másik keresztmetszeti kutatásban a serdülőkori depressziót vizsgálva kimutatták, hogy az alkalmazott stratégiák közül az önvád, rumináció, katasztrofizálás és mások hibáztatása szignifikáns prediktora volt a hangulatzavarnak. A nemi különbségeket elemezve azt találták, hogy a lányoknál a rumináció használata gyakoribb volt a fiúkhöz képest, míg utóbbiaknál jellemzőbb volt az adaptív stratégiák: pozitív átértékelés, perspektívaváltás használata (21). Bizonyos kutatások rámutattak arra is, hogy az intenzív negatív érzelmek diszregulációja a pszichoszomatikus tünetek kialakulásának kockázatát is növelheti a fiatalok körében (22).

A negatív érzelmek sikeres vagy sikertelen szabályozása azonban nem csak az egészségmutatókra gyakorol befolyást, az egyén szubjektív életminőségét: étellel való elégedettség, boldogság- és pozitív érzelmeinek szintjét is alapvetően meghatározza. Az érzelmi reguláció deficitje a negatív érzések fenntartásán keresztül a szubjektív jóllét szintjét visszaveti (23). Több kutatás is rámutatott arra, hogy a kognitív átértékelés stratégia alkalmazása magasabb, míg az elnyomás alacsonyabb szubjektív jóllétet eredményez mind a felnőttek, mind a serdülők körében (24, 25). Egy nemzetközi összehasonlító vizsgálat eredményei szerint a perspektívaváltás stratégiája az étellel való elégedettség magasabb szintjével állt kapcsolatban a finnek körében. A svédeknel a perspektívaváltás mellett az észlelt énhatékonyság is jelzett összefüggést. Hasonlóképp egy másik vizsgálatban az érzelemszabá-

lyozó stratégiák közül a perspektívaváltás szignifikáns prediktora volt az étellel való elégedettség magasabb szintjének (26).

Kutatásunk célja, nem klinikai serdülőmin-tán megvizsgálni a kognitív érzelemszabályozó stratégiák használatát a mentális egészségmutatókkal – depresszió, pszichoszomatikus tünetképzés és a szubjektív jólléttel – összefüggésben. Célunk továbbá feltárni az esetleges nemi különbségeket mind az alkalmazott stratégiák, mind az egészségmutatók és szubjektív jóllét területén. Előzetes kutatási eredményekre alapozva feltételezzük, hogy az érzelemszabályozó stratégiák összefüggést mutatnak a mentális egészség és jóllét mutatóival (6, 21), valamint a használt stratégiák gyakoriságában tetten érhető nemi különbségek (15).

Minta és módszer

Kutatásunkat 2016 első félévében végeztük egy dél-alföldi kisvárosban, Makón. Összesen 1245 tanuló töltötte ki a kérdőívet, akik 5 középiskolából és 3 általános iskolából véletlenszerű kiválasztással kerültek a mintába. Iskolatípus szerint a következő volt a minta eloszlása: gimnáziumi tanulók: 442 fő (35,5%); szakközépiskolai tanulók: 510 fő (41%), szakmunkásképzőbe járó tanulók: 114 fő (9%) és általános iskola felső tagozatába járó tanulók: 179 fő (14,4%). A válaszadási arány 83%-os volt (1500 kérdőív-ből). Életkor szempontjából a diákok 12–23 év közöttiek, az átlagéletkor 16,15 (szórás=1,85) volt. A nemek aránya a következőképpen alakult: fiúk 638 fő (51,2%), lányok 606 fő (48,7%). Az adatfelvételt kérdőíves módszerrel végeztük. A kutatás etikai engedélyeztetést követően, az önköltéses kérdőívek kiosztását megelőzően tájékoztattuk a tanulókat a kutatás céljáról (a 18 éven aluli diákoktól szülői engedélyt is kértünk), és ismertettük a kitöltésre vonatkozó instrukciókat. Hangsúlyoztuk a részvétel önkéntességét és az anonimitást. A kérdőívek kitöltése előzetes tesztelésre alapozva kb. 30 percet vett igénybe.

A mérőeszközök közül az érzelemszabályozás vizsgálatához a Kognitív Érzelmek Reguláció Kérdőívet (*Cognitive Emotional Regulation Questi-*

onnaire) használtuk fel (6), melyet magyar nyelvre is adaptáltak (27). A kérdőív célja azon gondolkodási stratégiák felmérése, melyeket stresszes életesemények fennállásakor a negatív érzelmek szabályozására használnak a személyek. A skálát öt adaptív (elfogadás, pozitív fókuszváltás, tervezés, pozitív átértékelés, perspektívába helyezés) és négy nem adaptív (önvád, rumináció, katasztrófizálás, mások hibáztatása) kognitív érzelmi regulációs stratégia alkotja. A válaszadó 5-fokozatú Likert-skálán (1=szinte soha, 5=szinte mindig) értékeli, hogy milyen gyakran alkalmazza az alábbiakat: Elfogadás („Azt gondolom, el kell fogadnom, ami történt”); Pozitív fókuszváltás („Kellemesebb dolgokra gondolok”); Rumináció („Gyakran rágódok azon, mit is érzek azzal kapcsolatban, amit átéltem”); Tervezés („Azon gondolkodom, hogy mi a legjobb, amit tehetek”); Önvád („Úgy érzem, én vagyok a hibás azért, ami történt”); Pozitív átértékelés („Arra gondolok, hogy tanulhatok valamit a helyzetből”); Mások hibáztatása („Úgy érzem, más a hibás azért, ami történt”); Katasztrófizálás („Folyamatosan arra gondolok, milyen borzalmas volt a helyzet”); Perspektívába helyezés („Azt mondom magamnak, hogy rosszabb dolgok is vannak az életben”). A pontértékek minden alskálánál 1 és 20 közé eshetnek. A megbízhatósági mutatók minden skála esetében megfelelőnek bizonyultak, az összesített skála Cronbach alpha értéke 0,88 volt.

A depressziós tünetegyüttes méréséhez a Gyermek Depresszió Kérdőív rövidített változatát használtuk (*Child Depression Inventory-CDI*) (28, 29). A mérőeszköz magyar nyelvre adaptált változata (30) nyolc itemből áll, és az alábbi tünetek gyakoriságát méri: anhedónia, szomorúság, öngyilkossági gondolatok, döntésképtelenség, szeretetlenség, önmaga iránt érzett gyűlölet, másokkal való jó/rossz kapcsolat, sírás. A tünetek előfordulása az elmúlt 2 hétre vonatkozik, három válaszkategória különíthető el, az alábbi kódok szerint: 0, 1, 2. A szereshető pontértékek 0–16 között váltakozhattak. Példa két alskálára: Szomorúság („Ritkán vagyok szomorú; Gyakran vagyok szomorú, Szinte mindig szomorú vagyok”); Anhedónia („Sok mindenben örööm lelem; Csak néhány dologban lelem

öröm; Semmiben nem lelem öröömöm”). A skála megbízhatósági értéke a jelen mintán: Cronbach alpha= 0,81 volt.

A pszichoszomatikus tünetek méréséhez a Pszichoszomatikus Tüneti Indexet használtuk (*Psychosomatic Symptom Index*) (31). Négyfokozatú Likert-skálán (1=soha; 2=ritkán; 3=időnként, 4=gyakran) az elmúlt hónapokban idegfeszültségből eredő szomatikus tünetek: fejfájás; hát- és derékfájás; alvási problémák; kimerültség, gyengeség; gyomorégés, gyomorfájás; hasmenés; túl gyors vagy szabálytalan szívdobogás gyakoriságára kérdez rá. A legalacsonyabb szereshető érték 7, a legmagasabb 28 volt a skálán. A skála megbízhatósági mutatójának értéke: Cronbach alpha=0,79 volt.

A szubjektív jóllét méréséhez az Élettel való Elégedettség Skála (*The Satisfaction With Life Scale – SWLS*) magyar változatát használtuk (32, 33). A skála 5 itemből áll, példaállítások: „Ha még egyszer újraélhetném az életem, szinte semmit nem változtatnék; Életkörülményeim kiválóak.” A válaszkategóriák 1-től 7-ig terjedtek, ahol 1=egyáltalán nem értek egyet, 7=teljesen egyetértek. A skálán szereshető pontérték 5 és 35 között lehetett. A magasabb pontszám az élettel való elégedettség magasabb fokára utal. A skála belső konzisztenciája megfelelő volt mintákon: Cronbach alpha = 0,82 volt.

A statisztikai elemzést SPSS for MS Windows 15.0 programcsomag segítségével végeztük, a maximum szignifikancia-szint 0,05 volt. A leíró statisztikai elemzésben kétmintás t-próbával a pszichológiai mutatók (depresszió, élettel való elégedettség, pszichoszomatikus tünetek) és a kognitív érzelemszabályozási stratégiák használatára vonatkozó átlagértékeket vetettük össze a nemi különbségeket is figyelembe véve; majd Pearson-féle korrelációs eljárással megvizsgáltuk az érzelmszabályozási stratégiák kapcsolatát a pszichikai állapotmutatókkal. A központi statisztikai elemzést többváltozós lineáris regresszió elemzéssel végeztük, amely során megneztük a fenti változók közötti összefüggéseket a teljes mintán és nemenkénti bontásban.

Eredmények

172

Az 1. táblázat mutatja be a pszichés állapotmutatók – a depressziós tünetegyüttes, a pszichoszomatikus tünetek és az étellel való elégedettség – átlagértékeit nemenkénti bontásban. Amint az adatokból látható, minden esetben szignifikáns különbség ($p < 0,001$) mutatkozik a nemek között a depressziós-, pszichoszomatikus tünetek és az étellel való elégedettség szintjében. A lányok magasabb átlagértékeket szereztek a depresszió kérdőívben és pszichoszomatikus tüneteiknél, tehát körükben fokozottabban jelen vannak a szimptomák; és kevésbé bizonyultak elégedettnek életükkel a fiúkhoz képest.

A 2. táblázat a kognitív érzelemszabályozó stratégiák leíró mutatóit jeleníti meg nemenkénti bontásban. A t-statisztikához tartozó szignifikancia-értékekből megállapítható, hogy az alkalmazott érzelemszabályozó stratégiák közül az önvád ($p < 0,01$), a rumináció ($p < 0,001$),

a pozitív fókuszváltás ($p < 0,01$), a perspektíva-váltás ($p < 0,05$) és mások hibáztatása ($p < 0,05$) esetében kaptunk jelentős különbségeket. Míg az önvád, rumináció, perspektíva-váltás használata inkább a lányokra, addig a pozitív fókuszváltás és mások hibáztatása a fiúkra volt jellemzőbb.

A 3. táblázat mutatja be a kognitív érzelemregulációs stratégiák és a pszichikai állapotmutatók közötti korrelációs összefüggést. Amint az adatokból kitűnik, a depressziós tünetegyüttes szignifikáns pozitív irányú korrelációs kapcsolatban áll az önvád, rumináció és katasztrófizálás elnevezésű stratégiákkal, vagyis ezen érzelemszabályozási formák fokozott használata együtt jár a depressziós tünetek magasabb szintjével. A pozitív fókuszváltás, pozitív átértékelés, tervezés és perspektíva-váltás stratégiák szignifikáns negatív irányú összefüggést mutatnak a depresszióval, tehát minél gyakoribb a serdülők körében ezen szabályozási módok alkalmazása, annál kevésbé jellemző a hangulat-

1. táblázat

A depressziós tünetegyüttes, pszichoszomatikus tünetek és az étellel való elégedettség leíró statisztikája nemenként (átlag, szórás)

	Fiúk (átlag, szórás)	Lányok (átlag, szórás)	t-érték (szignifikancia)
Depressziós tünetegyüttes (CDI)	1,68 (2,23)	2,73 (2,56)	t= 3,63 ($p < 0,001$)
Pszichoszomatikus tüneti index	12,82 (4,39)	15,12 (4,40)	t=-7,34 ($p < 0,001$)
Étellel való elégedettség skála	24,60 (6,02)	23,24 (6,54)	t=-9,09 ($p < 0,001$)

Kétmintás t-próba.

CDI: Child Depression Inventory.

2. táblázat

A kognitív érzelemszabályozó stratégiák (Cerq) leíró statisztikája nemenként (átlag, szórás)

	Fiúk (átlag, szórás)	Lányok (átlag, szórás)	t-érték szignifikancia
Cerq-Önvád	10,38 (3,18)	10,92 (3,48)	t=-2,75 $p < 0,01$
Cerq-Elfogadás	21,63 (5,52)	22,00 (5,42)	t=-0,89 $p > 0,05$
Cerq-Rumináció	11,21 (3,59)	12,32 (3,56)	t=-5,23 $p < 0,001$
Cerq-Pozitív fókuszváltás	12,69 (3,87)	11,95 (4,28)	t= 3,08 $p < 0,01$
Cerq-Tervezés	13,73 (3,26)	13,62 (3,48)	t= 0,56 $p > 0,05$
Cerq-Pozitív átértékelés	13,31 (3,44)	13,23 (3,72)	t= 0,37 $p > 0,05$
Cerq-Perspektíva-váltás	11,66 (3,47)	12,08 (3,64)	t=-2,01 $p < 0,05$
Cerq-Katasztrófizálás	9,59 (3,46)	9,34 (3,53)	t= 1,21 $p > 0,05$
Cerq-Mások hibáztatása	9,42 (3,40)	8,16 (3,01)	t= 6,70 $p < 0,001$

Kétmintás t-próba.

Cerq: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

3. táblázat

A kognitív érzelemszabályozó stratégiák és a mentális egészségmutatók korrelációs kapcsolatai

	Depressziós tünetegyüttes (CDI)	Pszichoszomatikus tünetek	Élettel való elégedettség
Cerq-Önvád	0,34***a	0,30***	-0,21***
Cerq-Elfogadás	0,03	0,02	0,084*
Cerq-Rumináció	0,26***	0,31***	-0,17***
Cerq-Pozitív fókuszváltás	-0,35***	-0,18***	0,36***
Cerq-Tervezés	-0,23***	-0,05	0,26***
Cerq-Pozitív átértékelés	-0,27***	-0,10***	0,32***
Cerq-Perspektívaváltás	-0,12***	0,03	0,15***
Cerq-Katasztrófizálás	0,29***	0,27***	-0,18***
Cerq-Mások hibáztatása	0,09**	0,08**	-0,07*

aKorrelációs koefficiens.

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Cerq: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

zavar tüneteinek fennállása. A pszichoszomatikus tüneteket vizsgálva hasonló összefüggések rajzolódtak ki: az önvád, a rumináció, a katasztrófizálás stratégiákkal szignifikáns pozitív irányú a kapcsolat, míg a pozitív fókuszváltás és a pozitív átértékelés szabályozási formáknál negatív irányú összefüggés mutatkozott a pszichoszomatikus tünetek előfordulására nézve. Az élettel való elégedettséget tekintve megállapítható, hogy az önvád, a rumináció, a katasztrófizálás és mások gyakoribb hibáztatása az elégedettség szintjének szignifikáns csökkenésével, a pozitív fókuszváltás, a tervezés, a pozitív

átértékelés és a perspektívaváltás stratégiák jelentősebb használata pedig a jóllét magasabb szintjével áll összefüggésben.

A 4–6. táblázatok tartalmazzák a kognitív érzelemszabályozási stratégiák és a mentális egészségmutatók többváltozós lineáris regresszió-analízisét teljes mintán és nemenkénti bontásban. A 4. táblázatban a depresszió szerepel függő változóként. A teljes minta és a lányok adatai alapján elmondható, hogy az érzelemszabályozó stratégiák közül az önvád, a rumináció és a katasztrófizálás szignifikáns rizikófaktor a depresszióknak, fiúknál csupán az ön-

4. táblázat

A kognitív érzelemszabályozó stratégiák és a mentális egészségmutatók többváltozós regresszió-analízise I. Depresszió

Depresszió (CDI)	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Cerq-Önvád	0,17***a	0,238***	0,12*
Cerq-Elfogadás	0,05	-0,05	0,16**
Cerq-Rumináció	0,12**	0,11	0,06
Cerq-Pozitív fókuszváltás	-0,18***	-0,12	-0,23***
Cerq-Tervezés	-0,14**	-0,14*	-0,11
Cerq-Pozitív átértékelés	-0,17**	-0,10	-0,24**
Cerq-Perspektívaváltás	0,03	-0,02	0,04
Cerq-Katasztrófizálás	0,17***	0,08	0,25***
Cerq-Mások hibáztatása	-0,01	0,09	-0,04
Konstans	4,56***	2,54***	4,12***
R2	0,26***	0,21***	0,35***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

aStandardizált regressziós koefficiens (β).

Cerq: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

vád esetében volt ez igazolható. A pozitív fókuszváltás, tervezés és pozitív átértékelés negatív kapcsolatot jelzett a teljes mintán. Lányoknál az elfogadás esetében is kimutatható volt ez az összefüggés, fiúknál viszont a tervezés stratégiája mutatott egyedül negatív irányú kapcsolatot a depressziós tünetekkel. A modell magyarázó ereje a lányok alcsoportjában volt a legmagasabb (35%).

A pszichoszomatikus tünetek esetében hasonló összefüggések rajzolódtak ki az alkalmazott stratégiákkal (5. táblázat). A teljes mintán az önvád, a rumináció, a katasztrófizálás szignifi-

káns prediktora volt a tüneteknek, a nemek alcsoportját összehasonlítva a katasztrófizálás a fiúknál és lányoknál egyaránt pozitív kapcsolatot mutatott, utóbbiaknál az önvád is összefüggésben állt a tünetekkel. Ezen kívül az elfogadás és pozitív fókuszváltás negatív kapcsolatot mutatott a teljes mintán és a lányok alcsoportjában. A modell magyarázó ereje a lányok alcsoportjában volt a legmagasabb (23%).

Végül az étellel való elégedettséget vizsgálva megállapítható, hogy a pozitív fókuszváltás, a pozitív átértékelés és a tervezés stratégiái pozitív irányú kapcsolatot mutattak a teljes mintán,

5. táblázat

A kognitív érzelemszabályozó stratégiák és a mentális egészségmutatók többváltozós regresszió-analízise II. Pszichoszomatikus tünetek

Pszichoszomatikus tünetek	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Cerq-Önvád	0,18***	0,14	0,25***
Cerq-Elfogadás	-0,09*	0,00	-0,18**
Cerq-Rumináció	0,16***	0,09	0,11
Cerq-Pozitív fókuszváltás	-0,13**	-0,04	-0,19**
Cerq-Tervezés	-0,08	-0,12	-0,07
Cerq-Pozitív átértékelés	-0,02	-0,09	0,10
Cerq-Perspektíva-váltás	0,04	0,01	0,00
Cerq-Katasztrófizálás	0,17***	0,20**	0,18**
Cerq-Mások hibáztatása	0,00	0,03	0,08
Konstans	11,66***	8,16***	8,63***
R2	0,17***	0,14***	0,23***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

^aStandardizált regressziós koefficiens (β).

Cerq: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

6. táblázat

A kognitív érzelemszabályozó stratégiák és a mentális egészségmutatók többváltozós regresszió-analízise III. Étellel való elégedettség

Étellel való elégedettség	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Cerq-Önvád	-0,08	-0,06	-0,12
Cerq-Elfogadás	0,06	0,10	0,02
Cerq-Rumináció	-0,16***	-0,23***	-0,10
Cerq-Pozitív fókuszváltás	0,23***	0,26***	0,18**
Cerq-Tervezés	0,11*	0,07	0,19**
Cerq-Pozitív átértékelés	0,19***	0,22**	0,13
Cerq-Perspektíva-váltás	-0,06	0,17*	0,03
Cerq-Katasztrófizálás	-0,13**	-0,05	-0,17**
Cerq-Mások hibáztatása	-0,01	0,03	-0,04
Konstans	15,03***	11,39***	9,99***
R2	0,24***	0,21***	0,29***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

^aStandardizált regressziós koefficiens (β).

Cerq: Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

lányoknál a pozitív fókuszváltás és tervezés, fiúknál a pozitív átértékelés, pozitív fókuszváltás stratégiák esetén volt ez megfigyelhető. Negatív irányú kapcsolat mutatkozott a rumináció és a katasztrofizálás stratégiákkal a teljes mintán; fiúknál a ruminációval, lányoknál a katasztrofizálással volt ilyen irányú összefüggés kimutatható. A modell magyarázó ereje szintén a lányok al csoportjánál volt a legmagasabb (29%) (6. táblázat).

Megbeszélés

Kutatási célunk volt megismerni a kognitív alapú érzelmi önszabályozó stratégiák alkalmazását serdülőkorú fiatalok körében, majd tovább elemezni a mentális egészségmutatókkal – a depresszió, a pszichoszomatikus tünetképzés és a szubjektív jóllét – összefüggésében. További célunk volt az esetleges nemi különbségekre is rámutatni az egészségmutatók, az étellel való elégedettség és az alkalmazott érzelmszabályozási stratégiák terén.

Elsőként a mentális egészségmutatók statisztikai adatait elemezve rámutattunk arra, hogy a lányok körében a depressziós és pszichoszomatikus tünetek előfordulása lényegesen gyakoribb, mint a fiúknál, és a lányok kevésbé elégedettek az életükkel is. Feltételezésünk igazolást nyert, mivel eredményeink egybecsengenek a korábbi vizsgálatok konklúziójával (15, 16, 31). A nemi különbség hátterében számos ok állhat, szerepe lehet a serdülőkorban végbemenő biológiai-hormonális, pszichés (fejlődési krízis) és szociális változásoknak (kapcsolati háló átrendeződése), stresszteli életesemények előfordulásának, szocioökonómiai hátrányoknak; valamint a szocializáció során közvetített nemi szerepelvárások is alakíthatják a diszkomforttal kapcsolatos érzések megélését, kifejezését (34, 35). A kognitív érzelmszabályozó stratégiák alkalmazásában is találtunk jelentős különbségeket a nemek között. Míg a lányoknál az önvád, rumináció és perspektívaváltás használata volt gyakoribb a fiúkhoz képest, utóbbiaknál a pozitív fókuszváltás és mások hibáztatása volt jellemzőbb. Az előző kutatások eredményei sze-

rint a lányok többsége alkalmaz nem adaptív szabályozó stratégiákat, mint a rumináció, katasztrofizálás (12, 21). Vizsgálatunkban hasonlóképp jellemzőbb volt körükben a rumináció, illetve az önvád használata, ugyanakkor a fiúknál is megjelent nem adaptív stratégia fokozottabb használata, így a kapott adataink a korábbi eredményekkel csak részben megegyezők.

A korrelációs eljárásból nyert adatok igazolták azon feltételezésünket, miszerint az érzelmszabályozó stratégiák összefüggést mutatnak a mentális egészségmutatókkal és az étellel való elégedettséggel. Korábbi vizsgálatok eredményeivel összhangban megállapítottuk, hogy a depresszió pozitív irányú kapcsolatban áll a rumináció, a katasztrofizálás, az önvád és mások hibáztatása stratégiákkal, s ez igaz a pszichoszomatikus tünetképzésre is (22, 36). Ezzel ellentétben a pozitív fókuszváltás és a pozitív átértékelés mindkét egészségmutatóval negatív irányú összefüggést mutatott, a depressziós tünetegyüttes esetében a tervezés és perspektívaváltás gyakoribb alkalmazása is alacsonyabb pontszámot eredményezett. Az étellel való elégedettség vizsgálatánál előző kutatások konklúziójához hasonló összefüggésre jutottunk, miszerint a perspektívaváltás stratégiájának gyakoribb használata az elégedettség magasabb szintjével áll kapcsolatban (25). Ez az összefüggés továbbá a pozitív átértékelés, a pozitív fókuszváltás és a tervezés esetében is igazolható volt. A nem adaptív stratégiák használata az elégedettség alacsonyabb mértékével mutatott összefüggést.

Végül, regresszió-elemzéssel feltártuk a mentális egészség és a szubjektív jóllét jelentősebb magyarázó változóit, azaz a depressziós és pszichoszomatikus tüneteknek, illetve étellel való elégedettségnek azokat a prediktorait, amelyek az érzelmszabályozó stratégiákat jelentik. Elemzésünket a teljes mintán és a nemek al csoportjaiban is elvégeztük. A depressziós tünetegyüttes szignifikáns prediktorai voltak a nem adaptív kognitív érzelmszabályozó stratégiák közül a rumináció, a katasztrofizálás, az önvád a teljes mintán és a lányok al csoportjában, míg a fiúknál csak az önvád jelentett rizikófaktort a hangulatzavarra nézve. Az eredmény arra utal,

hogy ezen stratégiák alkalmazása hajlamosít a depresszió kialakulására, s ez különösen a lányokra nézve jelenthet nagyobb veszélyt. Esetükben kimutatható a maladaptív szabályozási stratégiák gyakoribb alkalmazása, és a magasabb depresszió pontszám is. Ugyanakkor a pozitív fókuszváltás, a tervezés és a pozitív átértékelés használata csökkentheti a depressziós tünete együttes fennállását, ezért kiemelten fontos az adaptív stratégiák használata a stresszkezelés során.

A pszichoszomatikus tünetek szempontjából hasonlóképp igazoltuk az önvád, a rumináció, a katasztrofizálás esélynövelő szerepét a szimpptomák előfordulására nézve a teljes mintán. A nemek mindkét alcsoportjában megjelent a katasztrofizálás, mint rizikófaktor, illetve lányoknál az önvád alkalmazása is. Következésképp a helyzet negatív oldalainak felnagyítása, illetve önmagunk hibáztatása által keletkező érzelmi distressz testi tünetek manifesztálódásához vezethet, főként a lányok körében, míg a helyzet elfogadása, pozitív történésekre fókuszálás megakadályozhatja, vagy csökkentheti a tünetek létrejöttét. Az étellel való elégedettség pozitív prediktorai a tervezés, a pozitív fókuszváltás, a pozitív átértékelés mint stratégiák a teljes mintán, lányoknál az előbbi kettő, fiúknál az utóbbi szabályozási formával jelentkezett összefüggés. A rumináció és a katasztrofizálás ellenben negatív irányú kapcsolatot mutatott.

A szubjektív jóllét egyik fontos összetevője a pozitív érzések magas, a negatív emóciók alacsony szintje (37), amely eredményeink szerint aktív figyelmi és gondolkodási stratégiák alkalmazásával: a pozitív történésekre fókuszálással, a helyzet átkeretezésével és a szituáció megvál-

toztatásához szükséges aktív lépések megtervezésével fokozható, ezáltal növekszik az étellel való elégedettség szintje.

Kutatásunk korlátai között említhető, hogy a vizsgálat keresztmetszeti jellegű volt, így valós ok-okozati kapcsolatok nem értelmezhetők, ehhez további (longitudinális) vizsgálatokra volna szükség. Úgy gondoljuk azonban, hogy eredményeink hozzájárulhatnak a kognitív érzelmi regulációs folyamatok mélyebb megismeréséhez, aminek a serdülőkori pszichikai fejlődés szempontjából kiemelt jelentősége van.

Összegzésképpen elmondható, hogy a kognitív érzelmi önszabályozó stratégiák mind a mentális egészségre, mind az étellel való elégedettségre jelentős befolyást gyakorolnak. A stresszes helyzeteken való állandó rágódás, a negatívumok felnagyítása, magunk és mások hibáztatása hozzájárulhat a depressziós és pszichoszomatikus tünetek kialakulásához, különösen a lányok körében. A pozitív történésekre fókuszálás, a szituáció pozitív átértékelése, a perspektívaváltás és a tervezés azonban nemcsak a fenti tünetek kialakulásának esélyét csökkenthetik, hanem magasabb elégedettségi szinthez is vezethetnek az élet egyes területein. A serdülő korosztálynál figyelemreméltó jelentőséggel bír az adaptív érzelmszabályozási technikák fejlesztése, hiszen az ebben az életszakaszban megjelenő pszichoszociális kihívások jelentősen próbára teszik pszichikai ellenálló képességüket (38). A relaxációs módszerek, illetve a kognitív viselkedésterápiás elemek tanítása, alkalmazása iskolai környezetben lehetőséget nyújthatnak a feszültség aktív és passzív szabályozására, a helyzettel kapcsolatos negatív érzelmek és gondolatok feloldására (39, 40).

Irodalom

1. GROSS JJ:
Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychol Inq* 2015; 26: 1–26.
2. GROSS JJ, THOMPSON RA:
Emotional regulation: conceptual foundations. In *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press, 2007: 3–24.
3. GYURAK A, GROSS JJ, ETKIN A:
Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cogn Emot* 2011; 25: 400–412.
4. AHMED SP, BITTENCOURT-HEWITT A, SEBASTIAN CL:
Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Develop Cogn Neurosci* 2015; 15: 11–25.
5. MAUSS IB, COOK CL, GROSS JJ:
Automatic emotional regulation during anger provocation. *J Experiment Soc Psychol* 2007; 43: 698–711.
6. GARFENSKI N, KRAAIJ V, SPINHOVEN P:
Negative life events, cognitive emotional regulation and emotional problems. *Pers and Indiv Diff* 2001; 1: 1311–1327.
7. STEINBERG L:
Cognitive and affective development in adolescence. *Trends Cogn Sci* 2005; 9(2): 69–74.
8. PHILIPS ML, LADOUCEUR CD, DREVETS WC:
A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: Implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Mol Psychiatry* 2008; 9(829): 833–857.
9. BLAKEMORE SJ, CHOUDHURI S:
Development of the adolescents brain: implications for executive functions and social cognitions. *J Child Psychol Psychiat* 2006; 47(3 / 4): 296–312.
10. OCHSNER K, GROSS J:
Cognitive emotion regulation insights from socialcognitive and affective neuroscience. *Curr Direct Psychol Sci* 2008; 17: 153–158.
11. STEINBERG L:
Risk taking in adolescence. New perspectives from brain and behavioral science. *Curr Direct Psychol Sci* 2007; 16(2): 55–59.
12. GARFENSKI N, LEGERSTEE J, KRAAIJ V, KOMMER T, TEERDS J:
Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *J Adolesc* 2002; 25: 603–611.
13. HARE TA, TOTTENHAM N, GALVAN A, VOSS HU, GLOVEER GH, CASEY BJ:
Biological substrates of emotional reactivity and regulation in adolescence during an emotional go–no go task. *Biol Psychiat* 2008; 63: 927–934.
14. COHEN-GILBERT JE, THOMAS KM:
Inhibitory control during emotional distraction across adolescence and early adulthood. *Child Develop* 2013; 84: 1954–1966.
15. SILK JS, STEOMBERG L, MORRIS AS:
Adolescent's emotional regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Develop* 2003; 74(6): 1869–1880.
16. PIKO B, KERESZTES N:
Pszichoszomatikus tünetképzés mint egészségindikátor a korai serdülőkorban: magatartás-epidemiológiai elemzés. *Orv Hetil* 2006; 147: 819–825.
17. LEE FS, HEIMER H, GIEDD N, LEIN ES, SESTAN N, WEINBERGER DR, CASEY BJ:
Adolescent mental health—opportunity and obligation. *Science* 2014; 346: (6209). 547–549.
18. HANKIN BL, ABRAMSON LY, MOFFITT TE, SILVA PA, MCGEE R, ANGELL KE:
Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998; 107: 128–140.
19. GROSS JJ, MUNOZ, RF:
Emotional regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Pract* 1995; 2(2): 151–164.
20. GARFENSKI N, KRAAIJ V, ETTEN M:
Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *J Adolesc* 2005; 28: 619–631.
21. ÖNGEN DE:
Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia Soc Behav Sci* 2010; 9: 1516–1523.
22. KADZIKOWSKA-WRZOSEK R:
Perceived stress, emotional ill-being and psychosomatic symptoms in high school students: The moderating effect of self-regulation competences. *Arch Psychiat Psychoter* 2012; 3: 25–33.
23. QUOIDBACH J, BERRY E, HANSENNE M, MIKOLAJCZAK M:
Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Pers Indiv Diff* 2010; 49(5): 368–373.
24. HAGA S, KRAFT P, CORBY EK:
Emotion regulation: antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples. *J Happ Stud* 2009; 10(3): 271–291.
25. VERZELETTI C, ZAMMUNER VL, GALLI C, AGNOLI S:
Emotion regulation strategies and psychosocial well-being in adolescence. *Cogent Psychol* 2016; 3:1199294. <http://dx.doi.org/10.1080/23311908.2016.1199294>
26. REPO V:
Affect regulation strategies and their associations with subjective well-being: an international comparative study. Master's thesis Tampere: University of Tampere, 2011.
27. MIKLÓSI M, MARTOS T, KOCIS-BOGÁR K, PERCZEL-FORINTOS D:
A kognitív érzelme-reguláció kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Psychiat Hung* 2011; 26(2): 102–111.
28. BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J:
An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiat* 1961; 12: 57–62.
29. KOVACS M:
Rating scales to assess depression in school-aged children. *Act Paedopsychiat* 1981; 23: 437–457.
30. RÓZSA S, VETRÓ Á, V. KOMLÓSI A, GÁDOROS J, KÓ N, CSORBA J:
Gyermek- és serdülőkorú depresszió kérdőív mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichol* 1999; 19: 459–482.
31. PIKÓ B, BARABÁS K, BODA K:
Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *Eur J Publ Health* 1997; 7: 243–247.
32. DIENER E, EMMONS RA, LARSEN RJ, GRIFFIN S:
The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assessment* 1985; 49(1): 71–75.
33. MARTOS T, SALLAI V, DÉSFALVI J, SZABÓ T, ITTÉZS A:
Az étellel való elégedettség skála (SWLS-H) magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Mentálhig Pszichoszom*, 15(3): 289–303.
34. SUND AM, LARSSON B, WICHSTROM L:
Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12–14-year-old Norwegian adolescents. *J Child Psychol. Psychiat* 2003; 44: 588–597.
35. CSABAI M, MOLNÁR P:
Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia. Budapest: Medicina, 2009.
36. ALDAO A, NOLEN-HOEKSEMA S, SCHWEIZER S:
Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol* 2010; 30: 217–237.
37. DIENER E:
Subjective well-being. *Psychol Bull* 1984; 95(3): 542–575.
38. MASTEN A:
Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1021: 310–319.
39. GOLDBECK L, SCHMID K:
Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2003; 42(9): 1046–1054.
40. PERRY-PARRISH C, COPELAND-LINDER N, WEBB L, SHIELDS AH, SIBINGA EM:
Improving self-regulation in adolescents: current evidence for the role of mindfulness-based cognitive therapy. *Adolesc Health Med Ther* 2016; 7: 101–108.