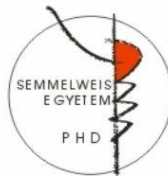


A kognitív érzelemszabályozás szerepe az evészavartünetekben és az életminőségben: krónikus betegséggel élő serdülők és szüleik vizsgálata

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

BEVEZETÉS

Egy krónikus betegség diagnózisa hatalmas terhet ró a gyermekekre és családjaikra, amely a pszichés tünetek, pszichiátriai betegségek iránti nagyobb fogékonysággal jár együtt (Compas és mtsai, 2012). A test és lélek reakciói összefonódnak, a testi tünetek hatnak a pszichés állapotra, amely aztán visszahat a szomatikus állapotra. Számos vizsgálat számol be a krónikus betegséggel diagnosztizált személyek esetében nagyobb rizikóról az evészavarok vagy egyes evészavartünetek megjelenésére vonatkozóan, különösen azon betegségek esetében (pl. 1-es típusú diabétesz, gyulladós bélbetegségek), amelyekben az evésre, diétázásra nagyobb figyelem hárul Satherley és mtsai, 2015; Hanlan és mtsai, 2017; David és mtsai, 2022). A serdülőkor -fejlődési kihívásaiból adódóan- különösen érzékeny periódus, számos mentális zavar -köztük az anorexia nervosa- indulásának időszaka tipikusan erre az időszakra tehető. A krónikus betegségeknek csupán egy-egy evészavartünettel való társulása is rendkívül veszélyes lehet, hiányosabb betegségmenedzsmentet, a terápiával való alacsonyabb mértékű együttműködést, továbbá a rövid- vagy hosszútávú szövődmények nagyobb arányú előfordulását vonhatja maga után (Ilzarbe és mtsai, 2017; Young és mtsai, 2013).

Az érzelemszabályozás nehézsége transzdiagnosztikus tényezőként írható le számos mentális betegség, -köztük az evészavarok- esetén is (Aldao és mtsai, 2016). A maladaptív érzelemszabályozás és az evészavartünetek kapcsolata serdülők körében -nemtől függetlenül- igazolódott. A tudatos figyelmi és gondolkodási folyamatokat (Garnefski

és mtsai, 2001) magában foglaló kognitív érzelemszabályozó stratégiák közül az önvád, pozitív fókuszváltás, pozitív átkeretezés, elfogadás, perspektívába helyezés és rumináció gyakoribb használata jellemző anorexia nervosa diagnózissal rendelkező nőkre (Nandrino és mtsai, 2020). Serdülőkorú fiatalok és szüleik diszfunkcionális érzelemszabályozása között együttjárást mutattak ki (Hansson és mtsai, 2017) és számos szerző érvel amellett, hogy serdülőkorban is jelentős a szülők hatása gyermekeik érzelemszabályozására a kortársak befolyásának növekedése mellett is (Rothenberg és mtsai, 2020).

A kognitív érzelemszabályozás szerepének vizsgálata a krónikus betegek életminőségében bár fokozódó érdeklődésre tart számot, leginkább a felnőtt korosztályra irányul. Krónikus beteg serdülők vizsgálatai alapján az önvád és a katasztrofizáció rosszabb életminőséget jósol be, míg a pozitív átértékelés jobb életminőséghez járul hozzá. (Garnefski és mtsai, 2009; Reed és mtsai, 2021; Van De Ven és mtsai, 2011). A téma mélyebb megértése hozzájárulhat a krónikus betegek komplex ellátásához, életminőségének javításához.

CÉLKITŰZÉS

A kutatás első része 14 és 18 év közötti gyulladáscélzó bélbetegség (IBD) és 1-es típusú cukorbetegség (T1DM) diagnózissal rendelkező fiatalok körében tanulmányozza a kognitív érzelemszabályozás szerepét egyes evészavartünetekben és az életminőségben, testileg egészséges

fiatalokkal és anorexia nervosával diagnosztizált serdülőkkel összehasonlítva őket. Célkitűzései:

- a) a kognitív érzelemszabályozó stratégiák vizsgálata a négy csoportban.
- b) Az evészavartünetek vizsgálata a négy csoportban.
- c) A kognitív érzelemszabályozó stratégiák szerepének vizsgálata az evészavartünetekben.
- d) Az életminőség vizsgálata az egyes csoportokban.
- e) Az életminőségben szerepet játszó kognitív érzelemszabályozó stratégiák vizsgálata.

A második vizsgálat 14 és 18 év közötti IBD és T1DM diagnózisú serdülők és szüleik kognitív érzelemszabályozását helyezi a fókuszba.

Célkitűzései:

- a) az érzelemszabályozó stratégiák mediátor szerepének vizsgálata a serdülők evészavartüneteit illetően.
- b) a szülő-gyerek párosok vizsgálata a serdülők életminőségére vonatkozóan.
- c) az egyes kognitív érzelemszabályozó stratégiák szerepének vizsgálata a serdülők életminőségben.

MÓDSZEREK

Első vizsgálat

Eljárás és minta: 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 a mintát. Az utóbbiak esetében kizárásra kerültek azon serdülők, akik krónikus testi betegségről számoltak be. A keresztmetszeti vizsgálat során papír formátumú kérdőívcsomagot alkalmaztam. 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 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.

A vizsgálatban alkalmazott kérdőívek

Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ), (Garnefski et al., 2001): a kérdőív a nehéz élethelyzetek kezelésére alkalmazott kognitív érzelemszabályozó stratégiák használatát térképezi fel. A kérdőív 9 féle érzelemszabályozó

mechanizmus beazonosítását teszi lehetővé, melyek közül öt adaptív (pozitív fókuszváltás, tervezés, pozitív átértékelés, perspektívába helyezés, elfogadás), négy nem adaptív (önvád, mások hibáztatása, rumináció, katasztrófizáció).

Pszichopatológiai Tünetlista Gyermek és Serdülők Számára (Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti; SAFA), (Cianchetti és Fascello, 2001), melynek a Táplálkozási zavarok skáláját használtam a fő elemzésekhez.

Évesi Zavar Kérdőív (Eating Disorder Inventory; EDI) Garner, 1983).

Életminőség Kérdőív (Inventar Lebensqualität Kindern und Jugendlichen; ILK), (Mattejat és Remschmidt, 1998), mely 6-18 év közötti gyermekek életének főbb területeire kérdez rá és szülői változattal is rendelkezik.

Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzések elvégzéséhez az SPSS Statistics (Version 28) programot használtam. A normalitás sérülése miatt nem paraméteres próbákat alkalmaztam (Khí-négyzet próba, Mann-Whitney U próba, Kruskal-Wallis próba). A skála típusú változók egymással való kapcsolatát Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltam. A mediáció tesztelésére a Process v4.2 4-es modelljét használtam (Hayes & Rockwood, 2017). Indikátor kódolást alkalmaztam, amelyben a referencia kategória a testileg egészséges csoport volt.

Második vizsgálat

Eljárás és minta

IBD és T1DM diagnózisú serdülők és szüleik vettek részt a 2. vizsgálatban. 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 ($n = 112$, átlagéletkor: 45,9 év ($SD = 4,24$)) alkották.

A vizsgálatban alkalmazott kérdőívek

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

Statisztikai elemzés

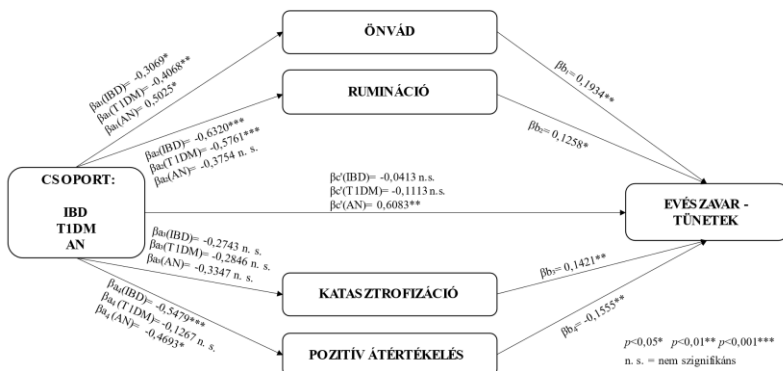
Mivel néhány skála esetében teljesült a normális eloszlás, ezért paraméteres (Kétmintás t-próba, egyszempontos varianciaanalízis, Pearson korreláció) és nem-paraméteres (Khí-négyzet próba, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis próba, Spearman-féle rangkorreláció) eljárásokat is használtam az adott skála eloszlásának megfelelően. Mediációs elemzéseket alkalmaztam, melyhez a Process v4.2 4-es modelljét használtam (Hayes & Rockwood, 2017). A serdülők életminőség prediktoraira vonatkozóan lineáris regresszió elemzést végeztem.

EREDMÉNYEK

Első vizsgálat

A kognitív érzelemszabályozó stratégiák evészavartünetekben való szerepét mediációs elemzésekkel (1. ábra) végeztem, melyben bemeneti változónak a fiatalok diagnózisát választottam. A kimeneti változó a SAFA Táplálkozási skála volt (evészavartünetek). A CERQ önvád, rumináció, katasztrofizáció és pozitív átkeretezés skálákat vontam be mediátornak. Az elemzéseket kontrolláltam a serdülő nemére, korára és a pszichés probléma (önjellemezésen alapuló) fennállására. A testileg egészséges serdülőkhöz képest a T1DM diagnózisú serdülőknek szignifikánsan kevesebb evészavartünete volt a testileg egészséges serdülőkhöz képest ($\beta_{C(T1DM)}$) míg az AN diagnózisú serdülők evidensen szignifikánsan több evészavartünettel rendelkeztek ($\beta_{C(AN)}$), az IBD diagnózis esetében nem mutatkozott szignifikáns különbség ($\beta_{C(IBM)}$). Az önvád (β_{b1}), a rumináció (β_{b2}), és a katasztrofizáció (β_{b3}) mindhárom csoportban szignifikánsan megnövelte az evészavartünetek előfordulási valószínűségét, a pozitív átkeretezés (β_{b4}) szignifikánsan csökkentette azt. A testileg egészséges csoporthoz képest az IBD ($\beta_{a1(IBM)}$) és T1DM ($\beta_{a1(T1DM)}$) diagnózisú csoportokra kevesebb önvád volt jellemző, míg az AN ($\beta_{a1(AN)}$) diagnózisú serdülőkre több. A testileg egészséges serdülőkhöz képest az IBD és T1DM diagnózisok esetén kevesebb rumináció volt jellemző ($\beta_{a2(IBM)}$, $\beta_{a2(T1DM)}$), az AN diagnózis esetén nem mutatkozott szignifikáns különbség ($\beta_{a2(AN)}$). A katasztrofizáció tekintetében egyik csoport sem különbözött a testileg egészséges

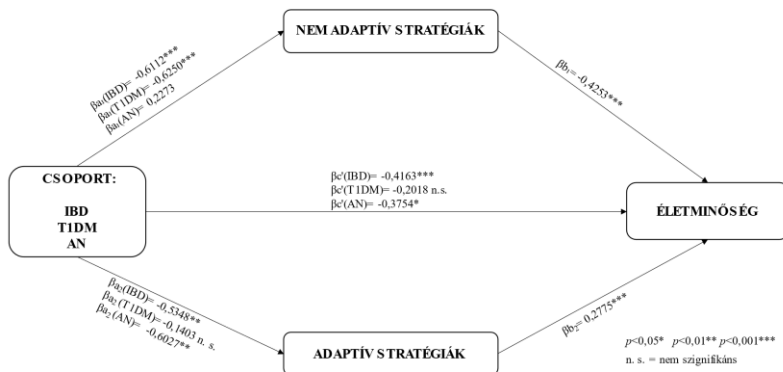
csoporttól ($\beta_{a3(\text{IBD})}$, $\beta_{a3(\text{T1DM})}$, $\beta_{a3(\text{AN})}$). Az IBD ($\beta_{a4(\text{IBD})}$), és az AN ($\beta_{a4(\text{AN})}$) diagnózis kevesebb pozitív átértékelést prediktált a testileg egészséges csoporthoz képest, míg a T1DM esetén nem mutatkozott szignifikáns különbség ($\beta_{a4(\text{T1DM})}$). A direkt és indirekt hatásokat áttekintve a direkt hatás csak az AN diagnózis esetén bizonyult szignifikánsnak ($\beta_{c'(\text{AN})}$). A vizsgálati eredmények alapján az IBD és a T1DM diagnózis nem közvetlenül hat az evészavartünetekre, hanem indirekt úton, mely az IBD esetében a rumináció ($\beta_{a2b_2} = -0,0795 [-0,1782 - -0,0089]$) és a pozitív átértékelésen ($\beta_{a4b_4} = 0,0852 [0,0290 - 0,1729]$) keresztül valósul meg, a T1DM diagnózis esetén pedig a rumináción ($\beta_{a2b_2} = -0,0725 [-0,1624 - -0,0076]$) és az önvádon ($\beta_{a1b_1} = -0,0787 [-0,1553 - -0,0172]$) keresztül.



1. ábra Mediációs modell az egyes diagnózisok és az evészavartünetek kapcsolatában

Az életminőségre vonatkozó mediációs vizsgálatban (2. ábra) 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, továbbá nemre, korra, a három hónapon belüli negatív életeseményekre és a pszichés probléma meglétére kontrolláltam a vizsgálatot. Míg az IBD ($\beta_{1(\text{IBD})}$) és T1DM ($\beta_{1(\text{T1DM})}$) diagnózisú serdülők szignifikánsan kevesebb negatív érzelemszabályozó stratégiával rendelkeznek a testileg egészséges serdülőkhez képest, az AN diagnózisú serdülők nem különböznek tőlük ($\beta_{1(\text{AN})}$). Az adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák tekintetében az IBD ($\beta_{2(\text{IBD})}$) és AN diagnózisú serdülők ($\beta_{2(\text{AN})}$) kevesebb adaptív stratégia használata volt jellemző, mint a testileg egészséges társaikra. A T1DM diagnózisú serdülők ($\beta_{2(\text{T1DM})}$) adaptív stratégiáikat illetően nem különböztek szignifikánsan a testileg egészséges csoporttól. Az IBD közvetlen úton is csökkentette az életminőséget, azonban indirekt út is érvényesült esetükben. Az IBD diagnózisú serdülőknél a kevesebb nem adaptív stratégia használata növeli az életminőséget ($\beta_{1b_1} = 0,2599$ [0,1260 - 0,4096]), azonban a kevesebb adaptív stratégia alkalmazása csökkenti azt $\beta_{2b_2} = -0,1484$ [-0,2573 - -0,0585]). Az AN diagnózisú betegeknel szintén szignifikáns a direkt út és emellett a kevesebb adaptív stratégia indirekt módon is csökkentette az életminőségüket ($\beta_{2b_2} = -0,1672$ [- 0,2954 - -0,0527]). A T1DM diagnózisú serdülők betegsége közvetlenül nem csökkentette szignifikánsan az életminőséget, ugyanakkor a kevesebb nem adaptív stratégia alkalmazása életminőség-növelő esetükben ($\beta_{1b_1} = 0,2658$ [0,1348 - 0,4043]).



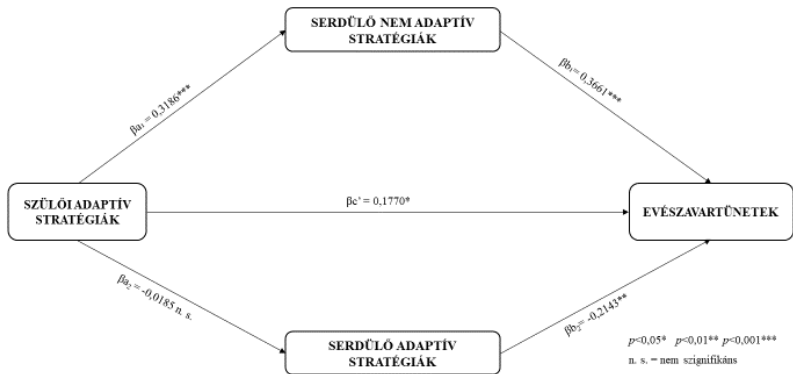
2. ábra Az egyes diagnózisok és az életminőség mediációs modelljei

Második vizsgálat

A mediációs vizsgálatokban bemeneti változónak az egyik vizsgálatban a szülők nem adaptív stratégiáit, míg a másokban 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 ($\beta_1 \beta_3 = 0,0463$, $[-0,0373 - 0,1328]$), sem az indirekt adaptív út ($\beta_2 \beta_4 = -0,0063$, $[-0,0528 - 0,0369]$).

A szülői nem adaptív stratégiák szignifikánsan növelik az evészavartünetek előfordulási valószínűségét (β_c). Míg a serdülők nem adaptív stratégiái növelik (β_1) az evészavartünetek előfordulását, az adaptívak csökkentik azt (β_2). A szülői nem adaptív stratégiák több nem

adaptív stratégiát jeleznek előre a serdülőkre vonatkozóan (β_{a1}), azonban a serdülők adaptív stratégiáit illetően ez nem áll fenn (β_{a2}). A szülői nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák direkt úton és -a serdülők nem adaptív stratégiáin keresztül- indirekt úton is ($\beta_{a1b_1} = 0,1167$ [0,0437 - 0,2192]) növelik a fiatalok evészavartüneteit. A serdülők adaptív stratégiái tekintetében az indirekt út nem bizonyult szignifikánsnak ($\beta_{a2b_2} = 0,0040$ [- 0,0419 - 0,0474]).



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

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 (rendre $p = 0,012$ és $< 0,001$), azonban a

diagnózis a második modellben, -a kognitív érzelemszabályozó stratégiák belépésével- már nem bizonyult szignifikánsnak. A második modell megmagyarázott varianciája 43%. Vizsgálatomban legerősebb prediktornak az önvád mutatkozott ($\beta = -0,331, p < 0,001$), mely csökkenti az életminőséget, azonban nem sokkal kisebb a hatása a pozitív átértékelésnek ($\beta = 0,311, p = 0,003$), mely életminőséget növelő hatású. A serdülők katasztrófizációja ($\beta = -0,187, p = 0,026$) és a szülői önvád ($\beta = -0,157, p = 0,044$), csökkenti a serdülők életminőségét.

KÖVETKEZTETÉSEK

1. Ismereteim szerint nemzetközi szinten is először vizsgáltam a T1DM és az IBD diagnózisú serdülők körében a kognitív érzelemszabályozó stratégiák szerepét az evészavartünetekben. 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 lehetőség a krónikus beteg serdülők evészavartüneteinek szűrésében és megelőzésében is. A pszichés tünetek szűrését, ezen belül

serdülőkorbán az evészavartünetek szűrését az 1-es típusú diabétesz és a gyulladáshos bélbetegségek ellátási folyamatába ugyancsak szükséges beilleszteni.

2. Felmértem az általános életminőséget az egyes csoportokban. A négy vizsgált csoport között különbséget feltételeztem, mely igazolódott. A T1DM diagnózisú csoport általános életminősége jobbnak bizonyult az IBD diagnózisú csoporthoz képest. Az életminőségben szerepet játszó kognitív érzelemszabályozó stratégiák vizsgálata alapján a nem adaptív és adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák egyaránt hatással vannak az életminőségre az IBD és T1DM csoportokban. Bár az egyes betegcsoportok életminősége eltér(het) egymástól, az adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák fejlesztése és a nem adaptív kognitív érzelemszabályozó stratégiák mérséklése egyaránt hozzájárulhat az életminőség javításához.
3. 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 gyermekeik érzelemszabályozó stratégiáin keresztül létrejövő-

szerepét igazolta. Eredményem felhívja a figyelmet arra, hogy a krónikus beteg serdülők komplex ellátásához a rendszerszemlélet beépítése elengedhetetlen, az evészavartünetek mielőbbi felismeréséhez is segítséget nyújthat, továbbá felveti a szülőket és serdülőket egyaránt bevonó érzelemszabályozást fejlesztő csoportok kidolgozását, bevezetését.

4. Megvizsgáltam a krónikus beteg serdülők és szülők kognitív érzelemszabályozó stratégiáinak szerepét az életminőségben. A serdülők önvád, katasztrofizáció és pozitív átkeretezés stratégiái szignifikánsan bejósolták az életminőséget, továbbá az eredmények felhívják a figyelmet a szülők önvád stratégiájának szerepére is a serdülők életminőségében. A kognitív érzelemszabályozó stratégiák vizsgálatát, intervenciók kidolgozását az általános életminőség növeléséhez is érdemes megfontolni a közeljövőben. A rendszerszemléletű megközelítés ezen a területen is fontos hozadékkal járhat.

SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

Az értekezés témájához kapcsolódó közlemények:

1. **Cserép M**, Szabó B, Tóth-Heyn 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)
2. 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. *Gyermekegyógyászat*. 2022;73(6):439-45.
3. Máté O, Ábrahám I, **Cserép M**, Grundmann L, Lendvai Z, Pászthy B, Tóth-Heyn, 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.
4. **Cserép M**, Szumska I. Evészavartünetek, problematikus evési magatartás egyes kamaszkori krónikus betegségekből. *Orv Hetil*. 2020;161(44):1872-6.

5. Siska D, **Cserép** M, Szabó B. Evési szokások magyar serdülők körében. Orv Hetil. 2023;164(2):64-9.
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.

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. **Major** M. Bábból pillangóvá?: Anorexiás kamaszlány kognitív viselkedésszemponútú diagnosztikája. In: Perczel Forintos D; Kiss, Zs. editors. Higgyünk a szemünknek! Kognitív viselkedésterápiás esettanulmányok. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. p. 51-64.

4. 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.