

Válasz az opponensi bírálatokra

„Az egészséggel és betegséggel összefüggő életminőség fő kérdései a 21. század kihívásai között” című MTA doktori disszertáció

Pigniczkiné dr. Rigó Adrien

Általános válaszok

Először is szeretném megköszönni a bírálóimnak, Pikó Bettina és Csabai Márta Professzor Asszonyoknak és Köteles Ferenc Professzor Úrnak az elismerő szavakat az egészségpszichológia területén végzett sokirányú tevékenységemmel összefüggésben, s azt, hogy a nem csekély terjedelmű disszertációt véleményezték, s számomra igen fontos kérdéseket és további átgondolásra érdemes szempontokat vetettek fel!

A disszertáció műfajával és szerkezetével kapcsolatban el kell ismernem, hogy ami az egyik oldalról előny, a másiktól oldalról hátrány is lehet; a sokrétű érdeklődés megnehezíti egy szűkebb terület alaposabb áttekintését. A doktori disszertációban azokat a témákat igyekeztem fókuszba állítani, amelyek minél teljesebb képet adhatnak az eddigi munkásságomról. Ugyanakkor jogosan merültek fel ezzel kapcsolatban – mind szerkezeti, mind tartalmi szempontból – kritikai észrevételek. Egyetértek Köteles Ferenc Professzor Úrral abban, hogy bár az áttekintés viszonylag széles körű, korántsem meríti ki a klinikai egészségpszichológia és az életminőséget befolyásoló tényezők minden, aktuálisan kurrens, kutatott területét, így valóban pontosabb lett volna ezt jelezni a címben is. A felmerült enciklopédia gondolata sem áll távol tőlem, a disszertáció keretében ugyanakkor ennek csak egy részleges előkészítése zajlott. Fontosnak tartom egy ilyen átfogó, magyar nyelvű szakkönyv létrehozását, azonban ezt a területen kutató és alkotó kollégákkal közösen tervezném. Így a jelen dolgozatba tudatosan nem emeltem be olyan fontos témákat – mint például a tünetészlelés, az egészségszorongás, a funkcionális zavarok modelljei, az egészségértés, az orvos-beteg kapcsolat kérdései, a modern technológiák előnyei és veszélyei a testi betegségek menedzselésében, a klinikai egészségpszichológia etikai kérdései stb. –, amelyekben neves magyar kollégák nálam sokkal elmélyültebbek. Teljesen egyetértek Köteles Ferenc opponensemvel abban, hogy az általa említett témák kihagyhatatlanok a tünetészlelés, a betegek élményeinek és az

életminőségnek a megértése szempontjából – mint ahogyan ezeket a modelleket erős hangsúllyal oktatjuk is, és szerepelnek azokban a publikációinkban, ahol relevánsak –, és nem azért maradtak ki, mert nem tartom fontosnak őket, hanem azért, mert nem éreztem, hogy ehhez a területhez ezidáig jelentős szakmai hozzájárulásom lett volna. A doktori disszertáció műfaját, hosszas dilemmák után, én úgy értelmeztem, hogy olyan témákat mutassak be, amelyekhez kapcsolódnak kutatásaim vagy összefoglaló írásaim. Köszönöm Csabai Márta opponensemnek, hogy a széles körű érdeklődést és a témák sokféleségének megjelenését nyitottságként és a folyton változó jelenségek megértésének attitűdjeként értelmezte. Ezzel a reflexióval maximálisan azonosulni tudok, még akkor is, ha ennek a működésmódnak az árnyoldalait is érzékelem.

A disszertáció szerkezetére vonatkozóan vegyes véleményeket kaptam az opponensektől. Csabai Márta Professzor Asszony az általános fő fejezet témájával, az életminőséggel összefüggésben értelmezte a krónikus betegségek szemszögéből tárgyalt további kérdéseket, valamint a táplálkozás és reprodukció esetében tárgyalt témákat is, Köteles Ferenc Professzor Úr az önkényes szelekcióra hívta fel a figyelmet, Pikó Bettina Professzor Asszony pedig kifejezetten pozitívan értékelte a “klasszikus disszertáció” formát. Mindhárom visszajelzést elfogadom és a különböző nézőpontokat is érthetőnek tartom. Ugyanakkor jogos kritikának érzem, hogy érdemes lett volna a felvázolt témákat egy általánosabb keretbe helyezni, s létrehozni egy olyan fejezetet, amelyben erősebben reflektálok a szelekció okára, s felvázolom, hogy a klinikai egészségpszichológia mely témáit “hanyagoltam”, s miért, és áttekintést adok a jövőbeli tervekről is. Ezt – a szöveges válaszaimban megjelenő tartalmakon túl – egy későbbi összefoglaló táblázatban is igyekeztem pótolni (3. Táblázat). Mindenesetre, a felvetett kritikai észrevételek abban erősítették meg, hogy a disszertációt egy első lépésnek tekintsem abban, hogy közös munkával elkészüljön egy, mind a szomatikus ellátás területén dolgozó, mind a kutatás preferáló kollégák számára átfogó mű a klinikai egészségpszichológia aktuális kérdéseiről.

Köszönöm Pikó Bettina Professzor Asszonynak, hogy felhívta a figyelmemet a magyar szaknyelv használatának fontosságára. Volt bennem ilyen törekvés, de előfordulhat, hogy nem minden esetben sikerült jól döntenem a választásban. A jövőben mindenképpen erőteljesebben figyelek erre a szempontra.

Az általános, tartalomra vonatkozó kritikák közül Köteles Ferenc Professzor Úr azon véleményére reflektálnék, hogy „a hormonszintek egyszerű bemutatása kevés a jelenségek és élmények megértéséhez, hiszen az a belső élmény és a kognitív-érzelmi folyamatok megértése

nélkül nem töltődik meg tartalommal”. Ezzel a véleménnyel maximálisan egyetértek, s úgy vélem, hogy a disszertáció számos olyan részt tartalmaz, amiben hasonló összefüggéseket fogalmazok meg. (Például az arról szóló rész, hogy a hormonális fogamzásgátlók esetében, a külsőleg bevitt hormonok mennyiségén túl milyen egyéb – elsősorban pszichológiai – tényezők befolyásolhatják a hangulati zavarok megjelenését/mértékét, vagy hogy a szív- és érrendszeri változásokon túl milyen élmények, félelmek, aggodalmak és mediátor tényezők járulhatnak hozzá a szexuális diszfunkciók kialakulásához kardiovaszkuláris betegségekben stb.) Ugyanakkor azon témák esetében, ahol a biológiai mechanizmusokat részletesebben bemutattam, sajnos még nem minden esetben tartanak ott a kutatások, hogy párhuzamosan vizsgálják a különböző szinteket és azok interakcióit, s így nem is rendelkezünk olyan eredményekkel, mint amelyeket ő példaként említett. Ennek ellenére több esetben fontosnak tartottam a biológiai/immunológiai ismeretek bemutatását is, mert az a tapasztalatom, hogy a pszichológus kollégák időnként hajlamosak elfeledkezni a fiziológiai/biológiai folyamatokról. Bízom abban, hogy a szakirodalmi hiányosság ellenére a rendelkezésünkre álló leíró eredmények bemutatása is fontos lehet abban, hogy további, komplex kutatásokra ösztönözze a kollégákat.

Professzor Úr azon meglátása, hogy kerültem a pozitív spekulációkat, elsősorban szintén a disszertáció választott műfajával indokolható; mivel nem kutatások összefűzött csokrát mutattam be, nem éreztem relevánsnak a tanulmányokra jellemző diszkusszió-jelleget, ahol ezeknek az értelmezéseknek, akár spekulációknak megvan a “hivatalos” helye és funkciója. Természetesen a hivatkozott cikkeink tartalmazznak ilyeneket, s a válaszokban igyekszem majd ezt az oldalt is – mint ahogyan az erősebb kritikai hangsúlyt is – láthatóbbá tenni.

Az életminőséggel és mérésével kapcsolatos válaszok

Csabai Márta opponensem javasolja az életminőség történeti-konceptuális alakulásának szélesebb körű bemutatását, az azt befolyásoló kontextuális tényezők (betegségek jellegének megváltozása, a növekvő egészségügyi költségek mellett nem emelkedő jóllét mutatók és elégedettség kérdésköre, a társadalmi és technikai fejlődés dilemmái, a világban látható változások (túlnépesedés, környezetszennyezés, klímaváltozás)) hatásainak és az azokkal összefüggő társadalompolitikai tényezőknek az elemzését. Teljesen egyetértek abban, hogy a krónikus betegségek alakulása és az ilyen betegséggel élő személyek életminősége szempontjából ez a

szélesebb kontextusba helyezés segítene megérteni a jelenségek komplexitását. Bár a disszertáció írása során a terjedelmi szempontok miatt ezt nem tettem meg, talán érdemes lett volna ezeknek a tényezőknek egy rövidebb fejezetet szentelni, de egyetértek azzal, hogy a tervezett könyvben mindenképpen megfelelő terjedelemben kell, hogy megjelenjenek ezek a kérdések.

Az egészséggel kapcsolatos életminőség fő szempontjai című fejezetre való pozitív reflektálást is köszönöm. Valóban, nehéz körültekintően tájékozódni a módszertani kihívások tekintetében, megfelelően választani mérőeszközt és értelmezni az eredményeket. Az életminőséggel kapcsolatos eddigi koncepciók és mérőeszközök továbbra is azt sejtetik, hogy szinte lehetetlennek tűnik minden szempontot egyidejűleg integrálni. Az egészséggel kapcsolatos életminőség vizsgálata terén azonban a számítógépes adaptív teszteléssel, a mesterséges intelligencia, illetve a modern testen viselhető technológiák (pl. az okosórák, okoskarkötők és egyéb eszközök által biztosított biometriai mérések) és a VR módszerek bevonásával kapcsolatos előrelépések közelebb vihetnek a komplexebb, egyénre szabott mérésekhez (Bellino & La Salvia, 2024; Darwish és mtsai., 2021; Morita és mtsai., 2023). Ezek a modern eszközök és módszerek olyan szinergiát teremtenek, amely a szubjektív élményeket és az objektív, valós idejű méréseket integrálja az életminőség mérésébe, lehetővé téve egy holisztikusabb és személyre szabottabb megközelítést az egészség és jóllét értékelésében. Ezek a modern technológiák azonban még korántsem elterjedtek a gyakorlatban, s komoly etikai aggályok (adatvédelem, hozzáférhetőség, autonómia, megfelelő tájékoztatás) is felmerültek velük kapcsolatban (Zarif, 2022). Ugyanakkor azok a hangok is erősek a szakirodalomban, amelyek amellettt érvelnek, hogy pusztán teszteléssel és a biometriai adatok ismeretével nem tudunk eljutni a páciensek élményvilágának mélyebb megismeréséig, így a kvalitatív (vagy vegyes) technikák szintén nagyon fontosak eszközök maradhatnak az életminőség felmérésében (Gaglio és mtsai., 2020; Staunton és mtsai., 2019).

Pikó Bettina Professzor Asszony felveti, hogy a mai statisztikai módszerek hatással lehetnek az életminőség koncepciójának fejlődésére, illetve sokrétűségének a feltárására, s hogy ez is állhat az eltérő elméleti keretek kialakulásának a hátterében. Ezzel a felvetéssel maximálisan egyet tudok érteni. Az életminőség koncepcióját történetileg végig követve egyértelműen az körvonalazódik, hogy az elméletek többsége a mérések tapasztalatainak összegzéséből indult ki, s vannak, akik kifejezetten azt kritizálják, hogy a QoL területén a mérés előre szaladt, miközben hiányzik a megfelelő elméleti konceptualizálás (Wood-Dauphinee, 1999). Ahhoz képest, hogy az életminőség mennyire gyakran használt fogalom, az elméleti koncepciók területén relatíve kevés

munkát találhatunk. A korai elképzelések közül Maslow szükséglethierarchiáját tekinthetjük előfutárnak; de természetesen ő még nem ezzel a céllal, hanem a motivációk megértése szempontjából vázolta fel a modellt (Maslow, 1943). A 70-es években Flanagan publikált egy empirikus definíciót az életminőséggel kapcsolatban, amelyek megalkotásához több ezer személy élményét és véleményét vette alapul azzal kapcsolatban, hogy mit élnek meg kielégítőnek, fontosnak az életükben. Bár a szerző ezzel egy átfogó áttekintés végzett és kérdőívet is alkotott (Flanagan, 1978), az operacionalizáció mögött korántsem mondható erősnek az elméleti megalapozottság. Később Diener próbálta elméleti modellbe foglalni azokat a jelenségeket, amelyek az életminőséghez (is) tartoznak, ugyanakkor az elképzelése általánosabbnak, a szubjektív jóllétre fókuszálónak mondható (Diener, 1984). Bár az életminőség fogalmának számos történeti előzménye fellelhető, maga a terminus először az 1920-as években jelent meg, s a 60-as évektől terjedt el Észak-Amerikából kiindulva, s elsősorban a jólléti államokban használták a szociális indikátorok feltérképezésével párhuzamban. A 70-es években vált központi fogalom az orvoslásban, s egyre szélesebb körű értelmezése magával hozta a definíció igényét, s egyúttal rámutatott a nehézségeire is (Wood-Dauphinee, 1999). A 70-es évek második felétől kezdtek megjelenni a mérőeszközök, majd a 80-as, 90-es években egyre nagyobb hangsúly helyeződött a módszertani szempontokra. A különböző irányzatok – fókuszuktól függően – különböző paraméterekben próbálják megragadni az életminőséget, azonban a paraméterek változhatnak (és változnak is) időben és térben is, ahogyan maguk a társadalmak is változnak, s ezzel együtt az is, hogy mit tartunk a jó élet és a magas életminőség zálogának. Az indikátorokról sok esetben kiderült, hogy mégsem annyira fontosak, vagy nem tudják pontosan megragadni, amit szeretnék, ami a mérések fejlődését hívta maga után, miközben a QoL koncepciója is folyamatosan bővült, módosult. Az életminőséggel kapcsolatos koncepciók kialakításában és fejlődésében a mérés és az elméletalkotás így kéz a kézben járnak, mióta az életminőség fogalma megszületett.

A mérési (és statisztikai) módszerek fejlődése és az ezekkel kapott elemzések és eredmények a QoL elméleti koncepciója szempontjából napjainkban is további kérdéseket vetnek fel. Ilyen például, hogy inkább egyedi indikátorok a fontosak (amelyek a klinikai mérések szempontjából emelkednek ki), vagy az összpontszám, összbenyomás? Vagy hogy pszichometriai szempontból találhatunk-e látens faktorokat, illetve, hogy érdemes-e elkülöníteni (és egyáltalán mindig lehetséges-e) az indikátorváltozókat az oki változóktól (míg az előbbiek a károsodás mértékére utalhatnak, az utóbbiak azok okait próbálják körüljárni). További kérdés, hogy egy

itemes, globális kérdéssel érdemes megragadni az életminőséget vagy több tétellel, s hogy a kapott eredmények alapján informatív-e indexeket és profilokat létrehozni/azonosítani. Arra is felhívják a figyelmet, hogy azon a életminőség kérdőívek esetén, amelyek mind az okokra vonatkozó, mind pedig indikátor változókat tartalmaznak, a feltáró faktoranalízis eredményei félrevezethetőek lehetnek (Fayers, 1997), s hogy gyakran nem kellő módszertani szigorúsággal végzik ezeket az elemzéseket (Vet és mtsai., 2005). A számítógépes adaptív tesztlés megjelenésével a „személyre szabottság” lehetőségét és integrálhatóságát járják körül (Fayers & Machin, 2007; Fuchs és mtsai., 2020; Osoba, 2007; Wood-Dauphinee, 1999). Mindezek a módszertani kérdések és a rájuk adott válaszok természetesen visszahatnak arra, hogy elméleti szinten mit is gondolunk az életminőségről.

A különböző koncepciók fejlődése mögött – amire az opponensem is rákérdez – a statisztikai/módszertani szempontokon túl sok más ok is állhat. Az életminőség kérdésköre mind a klinikumban és az alap kutatásokban, mind pedig a társadalomtudományokban releváns, ugyanakkor ezek a megközelítések mind céljukban, mind módszereikben, mind pedig az intellektuális történetiségükben különböznek egymástól. Míg a klinikai megközelítés a biopszichoszociális modellre alapozva az etiológiai tényezőkre, mechanizmusokra, oksági viszonyokra és klinikai kimenetekre fókuszál, addig a társadalomtudományi paradigma inkább a funkcionálásra és az általános jóllétre, s így komplex viselkedéseket és érzéseket szeretne megragadni (Wilson & Cleary, 1995). E két megközelítést egy koncepcióba integrálni – a szinte áttekinthetetlenül sok dimenzió miatt – meglehetősen nehéz, s ennek következtében a mérés fókuszát is a diverzitás jellemzi. Így az egyes modellek csak egy-egy kiragadott aspektusát tudják bemutatni az életminőség kérdésének; ami lehet például klinikai, közgazdasági, vagy interkulturális fókuszú. Az egységes koncepció megalkotását nehezíti továbbá, hogy az életminőség szubjektív és objektív mutatókat is magába foglalhat (pl. inkább a szubjektív jóllétre, vagy inkább a szociális indikátorokra fókuszálhat (Costanza és mtsai., 2007; Diener & Suh, 1997)), s attól függően kerül valamelyik előtérbe, hogy mely tudományterület (pszichológia, orvoslás, szociológia, közgazdaságtan, környezettudomány) próbálja körvonalazni és mérni, illetve milyen céllal teszi azt. Ugyanakkor az objektív indikátorok és szubjektív elégedettségi mutatók egymással is interakcióban állhatnak, s többen felhívják a figyelmet arra, hogy a két komponens együttes mérése vihet közelebb a QoL megértéséhez (Costanza és mtsai., 2007; Diener & Suh, 1997; Tiringer, 2012). Tovább bonyolítja a definíciót és a mérést is, hogy nem csak az objektív és

szubjektív indikátorok, hanem az egyes dimenziók között is dinamikus interakciót kell feltételeznünk, hogy a QoL nem csak kultúrától, hanem a kontextustól is függ, hogy eltérő filozófiai háttér-axiómák állhatnak a jó életminőség definíciójának háttérében, s hogy a QoL átfedést mutat sok más konstrukttal (egészség, jóllét), mint ahogyan azt a disszertációban is igyekeztem bemutatni (Schalock és mtsai., 2008).

A konceptualizálással kapcsolatos nehézségek rövid összefoglalója után könnyű lesz indokolni, hogy miért Wilson és Cleary modelljét emeltem ki a disszertációban. A Wilsonék modellje egy olyan integrációra törekvő elmélet, amely megítélésem szerint az egyik legkomplexebb, s az egészségpszichológia szemléletéhez talán a leginkább közel álló (Bergner, 1985; Johnson & Wolinsky, 1993; Read és mtsai., 1987; Schalock és mtsai., 2008, 2010). Úgy ítélem meg, hogy ez a modell alkalmas arra, hogy a segítségével valamilyen szinten érzékeltetni tudjam az általános életminőség és az egészséggel összefüggő életminőség kapcsolatát, illetve az egészséggel összefüggő életminőség dimenzionális jellegét. Ennek a modellnek a keretében éreztem leginkább integrált módon megjelenőnek azt a folyamatot, hogy a biológiai/fiziológiai jellemzők milyen lépéseken, mechanizmusokon keresztül járulhatnak hozzá az életminőség megéléséhez. Szintén ebben a modellben láttam leginkább rendszerbe foglalva, hogy az egyéni és környezeti jellemzők hogyan lépnek interakcióba a személy megélésével, percepcióival, ami egyúttal azt is sugallja, hogy itt dinamikus kölcsönhatásokról van szó. Bár az eredeti modell egyirányú kapcsolatokat feltételez a konstrukttal között, a továbbfejlesztett változatai és kritikái is hangsúlyozzák, hogy a kapcsolat a különböző szintek között kétirányú lehet, ugyanakkor ezt empirikusan nehéz tesztelni (Osoba, 2007). A versengő kurrens modell a WHO QoL definíciója lehetett volna, amely szintén átfogóan definiálja és méri az életminőséget. Bár ez a definíció és mérőeszköz külön hangsúlyt helyez arra, hogy a különböző kultúrákban is értelmezhető (és feltérképezhető) legyen a konstrukttal (WHO, 2012), saját munkám szempontjából kevésbé fókuszál a testi egészség kérdésre, és mivel inkább leíró jellegű, kevésbé jelennek meg benne a fentebb felvázolt szempontok, amelyekről úgy vélem, hogy elengedhetetlenek a testi betegségek mélyebb megértésében. Egy, a három leggyakrabban használt HRQoL modellt áttekintő tanulmány részletes kritikai elemzése is rámutat, hogy Wilsonék modellje az általam felsorolt szempontok szerint preferáltabbnak tekinthető a többi modellel szemben, bár a WHO koncepciójának a mérése jobban megoldott (Bakas és mtsai., 2012).

Az életminőséggel kapcsolatban Pikó Bettina Professzor Asszony részéről arra is vonatkozott egy kérdés, hogy a HRQoL mennyiben segítheti a PRO-k, azaz a Patient-Reported Outcome-ok pontosítását és hatékony alkalmazását? A kérdés megválaszolásához először fontosnak érzem a két fogalom közti viszony tisztázását. A kérdésekkel foglalkozó tudományos publikációk egy része úgy tekint a HRQoL-ra, ami maga is egy PRO, abban az általános értelemben, hogy a HRQoL is a páciensről/személyről származó beszámoló az állapotára vonatkozóan (Bellino & La Salvia, 2024; Lohr & Zebrack, 2009; Marquis és mtsai., 2006; Osoba, 2007). Amíg azonban a különböző PRO-kat általában önálló kimeneti mutatóként értelmezik, a HRQoL egy, a különböző indikátorokból származtatott többdimenziós konstruktum (Marquis és mtsai., 2006), vagyis a HRQoL különböző PRO-kat is integrálhat magában. Bármelyik nézőpontból is közelítünk, a HRQoL alkalmazása több szempontból is segítheti a PRO-k pontosítását és hatékony alkalmazását. Bár szoros rokoni kapcsolatban álló konstruktumokról van szó, hatókörben a PRO-k szűkebbek (specifikusabb tünetekre vagy egészségi aspektusokra, kezeléssel kapcsolatos élményekre fókuszálnak), míg a HRQoL, mivel az egészség több dimenzióját is lefedi (fizikai, mentális, szociális), integratívabb fogalom, amely azt is tartalmazhatja, hogy a fizikai egészség az élet mely tágabb területeire fejt ki hatását. Így a szűkebb értelemben vett PRO-k pontosabb megértést nyújthatnak a különböző kezelési módok hatásának megértésében, de kevésbé adnak képet a beteg általános jóllétéről. A PRO-k általában közelebb állnak az oki tényezőkhöz, míg a HRQoL inkább a következmény oldalon helyezhető el, bár a PRO-k és a HRQoL kölcsönösen befolyásolhatják egymást. (Például a megélt fájdalom mértéke hat az életminőség érzelmi dimenziójára (is), az érzelmi állapot befolyásolja a fájdalom percepcióját/mértékét stb.) Mivel a PRO-k és HRQoL kapcsolata nem konzisztens, s egyénenként is jelentős eltéréseket mutathat (pl. hogy bizonyos tünetek kinél mennyire hatnak ki a különböző életterületekre), az átfogóbb kép elérése érdekében a két konstruktum együttes mérését javasolják (Chassany és mtsai., 2002; Kaneyasu és mtsai., 2024). Egy kvalitatív vizsgálat felhívja a figyelmet arra, hogy a két fogalom jelentése gyakran még a szakemberek számára sem világos; bár abban a többség egyetért, hogy nem teljesen átfedő konstruktumok, illetve, hogy a PRO-k a tágabb QoL részei lehetnek, s hasznosak a klinikai vizsgálatokban (Kaneyasu és mtsai., 2024).

A PRO-k integrálása a klinikai mérésekbe mérföldkönek számított, hiszen a páciensektől származó, saját állapotukra vonatkozóan szubjektív beszámolók olyan információkkal szolgálnak, amelyeket az objektív klinikai paraméterek nem képesek biztosítani (Bellino & La Salvia, 2024;

Marquis és mtsai., 2006). A pácienseknek az általánosabb életminőséggel kapcsolatos beszámolóit (HRQoL) további fontos adatokkal járulhatnak hozzá a kezelések hatékonyságának a követéséhez, a terápiás döntésekhez és az egészségpolitikához, tovább javíthatják az orvos-beteg kommunikációt, és erősíthetik a páciens-központú ellátás színvonalát, s természetesen pontosabban segíthetnek azonosítani azokat a tényezőket, amelyek a jóllét szempontjából az egyes betegcsoportok, vagy egyes személyek esetében kiemelkedőek (Cruz Rivera és mtsai., 2020; Lohr & Zebrack, 2009).

Ehhez a kérdéskörhöz kapcsolnám Köteles Ferenc Professzor Úr azon megjegyzését, hogy Watsonnak és Pennebakernek a szubjektív egészségi állapottal és negatív affektivitással kapcsolatos elmélete is releváns lehetett volna a HRQoL és a disszertációban rokonkonstruktumként tárgyalt modellek között. Egyetértek az opponensemvel abban, hogy ez az elmélet is jól beilleszthető a disszertáció témájába, mind a konstruktumok definiálásánál, mind pedig a komorbid zavarok értelmezésénél és mérési kérdéseinél. A HRQoL-lal összefüggésben azt emelném ki, hogy míg Watsonék felvázolt szomato-pszichikus distressz modellje arra hívja fel a figyelmet, hogy az önbevallásos egészségügyi panaszok esetében igen jelentős lehet a negatív affektivitás hatása, s ezért mindenképpen érdemes szétválasztani a szubjektív egészségi mutatókat és az objektíveket (Watson & Pennebaker, 1989), addig a HRQoL koncepció épp amellet „érvel”, hogy a páciens szubjektív megélésére is kellő hangsúlyt helyezünk, s mindenképpen integráljuk az objektív és szubjektív egészségparamétereket is a mérésekbe. A két modellt azonban teljesen kibékíthetőnek gondolom. Úgy vélem, hogy míg a HRQoL koncepciója inkább a klinikumban fontos, a páciensek élményeinek, jóllétének a megértésében és fokozásában, addig a szubjektív egészségi állapot, s azon belül a vonás szintű szomato-pszichikus distressz elmélete inkább a kutatásoknak adhat jó keretet ahhoz, hogy a háttérben rejlő pszichobiológiai mechanizmusokat pontosabban feltárhassuk; illetve elkülöníthessük, hogy mely folyamatok elsődlegesek a tünetmegélés és beszámoló, illetve az objektív egészségmutatók szerveződése szempontjából. Ugyanakkor fontos gondolatnak tartom – és köszönöm a javaslatot –, hogy a disszertáció továbbfejlesztett változatába a szubjektív egészségi állapot témáját részletesen beemeljem.

Pikó Bettina Professzor Asszony hiányolta az életminőség kérdőívek adaptációjával kapcsolatos saját munkák részletesebb bemutatását. Tudatos döntés volt, hogy ezt nem tettem meg a disszertációban, mert úgy véltem, hogy a választott esszé-formához ez kevésbé illene. Ezek rövid

ismertetését – az opponensem kérésére – a saját munkáimat jobban láttató, kritikai szempontokat és jövőbeni terveket is felvázoló összefoglaló tartalmazza (3. Táblázat).

A betegséghez való alkalmazkodás modelljeivel kapcsolatos válaszok

A betegséghez való alkalmazkodás modelljei esetében pozitív visszajelzés az opponenseimtől, hogy az adaptációra helyeztem a hangsúlyt, ugyanakkor a bírálatokban felmerült a kérdés, hogy a bemutatott modelleket hogyan értékelem kritikai szempontból.

A kérdésre adott fő válaszként azt emelném ki, hogy majdnem minden ismertett modellel kapcsolatban felmerült, hogy nem biztos, hogy az adott jelenség az alkalmazkodást szolgálja; elképzelhető, hogy épp ellenkezőleg, olyan folyamatokat támogat, amelyek a személyeket eltávolítják a realitástól, s ezzel együtt a megfelelő megküzdéstől. Ezek a kritikai szempontok elsősorban Taylor kognitív adaptációs modelljével, az előnytalálás koncepciójával és a poszttraumás növekedéssel kapcsolatban merültek fel, s később átfogóbban a pozitív pszichológiai élmények „mesterséges” erőltetésével kapcsolatban, amelynek következménye lehet az egyéni felelősség túlhangsúlyozása, s ezáltal az önvád felerősödése, valamint a negatív érzések adaptív szerepének a megkérdőjelezése (Van Zyl és mtsai., 2024; Yakushko & Blodgett, 2021). A kritikai elemzések és észrevételek továbbá arra is rámutatnak, hogy testi betegséggel élőkénél nincs elegendő bizonyítékon alapuló adatunk arról, hogy ezek a pozitív pszichológiai jelenségek jobb betegségmutatókkal járnának együtt (elsősorban daganatos és szív-érrendszeri betegségekben végezték az áttekintést), vagy hogy az ilyen típusú intervenciók segítenék a megküzdést (Coyne és mtsai., 2010; Coyne & Tennen, 2010). Mások azonban amellet érvelnek, hogy a jelenségek pontosabb definiálásának hiánya és módszertani nehézségek is állhatnak az inkonzisztens eredmények mögött (Aspinwall & Tedeschi, 2010), illetve, hogy fontos különbséget tenni az illuzórikus pozitív jelenségek (amelyek rövid távon szintén szolgálhatják az én integritásának a védelmét, de nem járnak fejlődéssel, sőt megeshet, hogy gátolják a megküzdés reális folyamatait) és a pozitív változások valódi megélése között (Sumalla és mtsai., 2009). A válaszeltolódás modelljével kapcsolatban szintén megjelentek olyan kritikai hangok, amelyek szerint bár a válaszeltolódás jelenségét alapvetően adaptív folyamatként írták le, előfordulhat, hogy hosszú távon negatív konzekvenciákkal jár az egészségre vagy életminőségre nézve. Ilyen eset lehet, ha a válaszeltolódás nem valódi, hanem sokkal inkább tagadást tükröz, vagy ha ahhoz vezet, hogy a

beteg figyelmen kívül hagy fontos egészséggel kapcsolatos jelzéseket, vagy alulértékeli a progressziót, hiszen ez gátolhatja a megfelelő megküzdést, egészségviselkedést és segítségkérést (Rapkin & Schwartz, 2004; Sprangers & Schwartz, 1999).

A pozitív pszichológia irányzatának átfogó kritikájában az is megjelenik továbbá, hogy erősíti a negatív pszichológiai kimenetek és az optimális funkcionálás közötti szembeállítást (szakadékot), illetve, hogy azt implikálja, hogy mintha a fejlődés, a növekedés, a pozitív kimenetel egyéni választás kérdése lenne (Van Zyl és mtsai., 2024). A betegséggel való együttélés pozitív pszichológiai modelljeivel szemben további kritika, hogy erősen kultúrafüggőek, a személyes fejlődésre fókuszálnak (előnytalálás, pozitív illúziók), s kevésbé fogadják el a szenvedést, mint az élet részét; miközben ez számos kultúrának és vallásnak inherens része. Ezeknek a modelleknek az univerzalitása így mindenképpen megkérdőjelezhető (Lomas, 2015; Van Zyl és mtsai., 2024). Hasonló kritika azonban a krónikus betegségek önszabályozási modelljével és a betegségidentitás modellel kapcsolatban is felmerülhet, hiszen ezek a jelenségek elsősorban az individualista, az egyéni megküzdés és jóllét fontosságát hangsúlyozó társadalmakban értelmezhetők vagy tekinthetőek dominánsabbnak az egyén megélésében (Masaki, 2023). Így a modell elméleti és empirikus tesztelésre vonatkozó kiterjesztésével összefüggésben javasolják a lehetséges mediátor tényezők – többek között a szociokulturális aspektusok – beemelését is (Hagger & Orbell, 2022).

A betegségidentitás koncepciójával kapcsolatban felmerülő kritika lehet továbbá, hogy a rendelkezésre álló kérdőívek a betegségidentitás keresztmetszeti megközelítésének a megragadására alkalmasak, miközben a betegség, a kezelések, az eltelt idő és a társas kontextus függvényében a betegségidentitás dinamikusan változhat, amit maga Charmaz is hangsúlyoz a kvalitatív vizsgálataiból kiindulva (Charmaz, 2002; Hagger & Orbell, 2022). A kritikusok azt is kiemelik, hogy szükséges a demográfiai, kulturális és betegségjellemzők hatásának a komplexebb figyelembe vétele (Charmaz, 2002; Shneider és mtsai., 2024), hiszen a betegségről alkotott narratíva, vagyis az új identitás kialakítása, minden esetben a társadalmi elvárások és normák hálójában zajlik (Sharf & Vanderford, 2003). Minden bemutatott modell esetében további kritikai szempontként lehet megemlíteni azt is, hogy a konstruktumokat nehéz operacionalizálni és mérni (Ortega-Gómez és mtsai., 2022; Rapkin & Schwartz, 2004).

Itt reflektálnék röviden Pikó Bettina Professzor Asszony kérdésére, hogy miért tartottam a poszttraumás növekedés témáját kevésbé relevánsnak, vagyis miért nem mutattam be itt, a modellek között. A PTN modelljét nem tartom kevésbé relevánsnak, ugyanakkor mivel egy

későbbi fejezetben részletesebb bemutatását terveztem, csak említés szintjén – mintegy a helyét jelezve – utaltam rá. A disszertáció továbbfejlesztett változatában azonban mindenképpen helyet fog kapni a modellek között is. Az összefoglaló táblázatban, amit a bíráló kérésére készítettem, szerepel a PTN is. Az opponensem kérésének eleget téve az egyes modellek lényegi elemeit és a velük kapcsolatban felmerült kritikákat (a szöveges válasznál kissé részletesebben) az 1. Táblázat foglalja össze.

1. Táblázat. Betegséghez való alkalmazkodás modelljei és kritikáik

Modellek	Lényegi elem	Kritikai szempontok
Taylor kognitív adaptációs elmélete	Az egyének pozitív illúziókat alakítanak ki a kontrollról, az önértékelésről és a jövőről, hogy megbirkózzanak a stresszel és a betegséggel.	Nem mindig szolgálja az adaptációt (kontextus- és egyénfüggő lehet), illúziókat is erősíthet, ami gátolja a megküzdést. Az individualista társadalmakban értelmezhető inkább, ahol a személyes kontroll központi fogalom, vagyis nem tekinthető univerzálisnak. Alulértékeli a negatív érzelmek adaptív szerepét. Önvádláshoz vezethet, amikor nem sikeresek a pozitív illúziók. Túlhangsúlyozza az egyéni felelősséget. A rövid- és hosszú távú adaptivitás elkülönítésének a problémája. Az empirikus bizonyítékok nem konzisztensek.
Az előnytalálás koncepciója	A pozitív hatások, előnyök keresése nehéz helyzetekben.	Az előnyök keresése mesterséges lehet, túlhangsúlyozva az egyéni felelősséget. A genuin és szociokulturális hatásokra megjelenő előnytalálás megkülönböztetésének nehézsége. A negatív érzések szerepének figyelmen kívül hagyása. Kulturális különbségek jelentősek lehetnek. Az előnytalálás definíciója nem konzisztens. A rövid- és hosszú távú adaptivitás elkülönítésének a problémája. Inkonzisztens empirikus adatok az adaptivitással kapcsolatban. Megfelelő mérőeszközök hiánya.
Poszttraumás növekedés	A trauma következményeként fellépő pozitív változások.	A pozitív változások nem mindig valósak, illúziók is lehetnek. Méréssel kapcsolatos nehézségek (pl. szociális kíváncsiság, emlékezeti torzítások). A háttérben álló mechanizmusok nem kellően feltártak. Az időbeli folyamatok nem jelennek meg a modellben. A nyugati kultúrákban értelmezhető inkább, ahol a személyes növekedés központi jelentőségű; nem tekinthető univerzálisnak. Az egyéni (korábbi trauma-élmények, személyiség) és kontextuális tényezők (trauma típusa, társas támogatás) kiemelt szerepet játszanak, miközben a modell az egyéni „felelősséget” sugallja.
A válaszeltolódás modellje	A belső normák, értékek vagy az életminőség (QoL) fogalmának a megváltoztatása életet megváltoztató eseményekkel szembesülés során, s ezek	Konceptuális bizonytalanság (pl. nehéz az egyes komponenseket elkülöníteni, mert átfedőek). Mérési nehézségek (sztenderdizált mérőeszközök hiánya; valódi változásról van szó, vagy artefaktumról?).

	segítségével a jóllét vagy az elégedettség újraértékelése.	Tagadást tükrözhet, és akadályozhatja a megfelelő megküzdést. Nem univerzális, populáció- és kultúrafüggő. Más modellek (pl. előnytalálás, PTN) jobban meg tudják magyarázni a jelenségeket). Klinikai jelentősége nem biztos, hogy mérvadó.
Krónikus betegségek önszabályozási modellje	Egy keretrendszert biztosít annak megértésére, hogy a személyek hogyan észlelik, értelmezik és alkalmazkodnak a krónikus betegségekhez. Összefoglalja azokat az érzelmi és kognitív folyamatokat, amelyek az egészség megtartását vagy visszaállítását célozzák.	Elsősorban individualista társadalmakra érvényes, szociokulturális tényezők hatása elhanyagolt. Nem veszi kellően figyelembe (és a mérőeszközök nem mérik) a társas hatásokat. Leegyszerűsítő a betegségekkel kapcsolatos reprezentációs rész (ennél komplexebb lehet a betegségek egyéni megélése).
Betegségidentitás modell	A betegség identitásra kifejtett potenciális hatásait foglalja össze; vagyis, hogy a betegség megélése hogyan szerveződik az én vonatkozásában (elutasítás, korlátozás/belemélyedés, elfogadás, gazdagodás)	Keresztmetszeti megközelítés dominál, kevés figyelem a dinamikus változásokra. Túlságosan az egyénre fókuszál, nem veszi figyelembe a kontextuális és szociokulturális tényezők szerepét. Krónikus betegségekre/állapotokra fókuszál, nem alkalmas az akut vagy fluktuáló állapotokkal kapcsolatos változások értelmezésére.

Köszönöm Csabai Mártának Professzor Asszonynak a komplex modellről szóló elismerő szavait, s a hozzá fűzött kérdést is, ami arra vonatkozik, hogy tudnék-e olyan szempontokat említeni, amelyek mentén akár betegség- akár a betegjellemzők segíthetik a keretmodell alkalmazását és az egyedi megközelítést. A kérdés lehetővé tette, hogy tovább gondolkodjam, s megpróbáljak általános irányelveket megfogalmazni.

A betegségjellemzőkkel kapcsolatban általánosságban a pszicho-szomatikus és szomato-pszichikus interakciókban való jártasságot emelném ki. Úgy vélem, hogy a kölcsönkapcsolatok és háttérmechanizmusok ismerete fontos keretet nyújthat abban, hogy elképzelésünk legyen a betegséggel együtt járó testi és lelki kihívásokról, a megküzdési jellegzetességekről, s hogy ezáltal megfelelően tudjuk értelmezni az adott személyre jellemző jegyeket, próbálkozásokat. Ide tartozhat az is, hogy például ismerjük, hogy egy adott betegség milyen komorbid pszichiátriai zavarokra hajlamosít, vagy hogy milyen, a betegséggel együtt járó biológiai tényezők vagy központi idegrendszeri mechanizmusok hátráltathatják a viselkedéses vagy kognitív megküzdést. Ezek az ismeretek több szempontból is hasznosak lehetnek. Amennyiben a pszichológus szakember kellőképpen jártas a betegség orvosi aspektusainak az ismeretében, sokkal hitelesebben tudja támogatni a páciens a megküzdésben, és hidat tud képezni a valódi komplex ellátás irányába. Az ismeretekkel kapcsolatos páciens-educáció továbbá jelentősen csökkentheti az érintettek bizonytalanságát, önvádlását, s ezáltal adekvátabb megküzdési folyamatoknak teremthet teret.

A betegségjellemzők szempontjából kiemelném továbbá, hogy a felvázolt modell egyénre levetített változata esetén iránymutató lehet, hogy az adott állapot az orvosi ismeretek alapján mennyire számít véglegesnek, gyógyíthatatlannak, illetve lassan vagy gyorsan progrediálónak. A súlyos korlátozottság vagy az életvégi állapothoz közelítő betegségek nagy valószínűséggel más mechanizmusokat fognak aktiválni, vagy legalábbis más hangsúllyal; s ezek az információk fontosak lehetnek a szakember számára a páciensben zajló folyamatok megértésében, s annak eldöntésében is, hogy mely mechanizmusok támogatása lehet a legrelevánsabb.

A betegségek szempontjából szintén fontos tényező lehet, hogy az adott állapot mennyi bizonytalansággal, s ezáltal szorongással jár. Tapasztalatom szerint azokban az esetekben, ahol bizonytalan a diagnózis, megmagyarázhatatlanok a tünetek, az érintetteknek nehezebb „lehorgonyozniuk” az egészséggel kapcsolatos élményeiket, így az alkalmazkodási próbálkozások lehetősége is beszűkült.

Az egyén szempontjából – a modellben említett jellemzőkön túl – a premorbid pszichiátriai zavarok és a személyiség szerkezet ismeretének a fontosságát hangsúlyoznám, vagyis annak a felmérését, hogy a személy a személyiség szerveződés milyen szintjén áll, mennyire terhelhető, milyen mértékben képes érzelmileg nehéz élményeket elviselni. Ez szintén segíthet abban, hogy követni tudjuk, milyen alkalmazkodási mechanizmusok lehetnek relevánsak vagy megvalósíthatóak az adott páciens esetében, vagy esetleg melyek lehetnek non-adaptívak. Hasonlóan, viszonylag egészséges személyiség szerveződés mellett az általános személyiség jellemzők lehetnek fontos tényezők (pl. a BIG5 dimenziókon való elhelyezkedés), hiszen ezek a vonás szintű sajátosságok kapcsolatban állnak azzal, hogy a személyek milyen megküzdési mechanizmusokat preferálnak (O'Brien & DeLongis, 1996), továbbá a testi tünetekkel és panaszokkal mennyiségével is (Mostafaei és mtsai., 2019). A személyiség jellemzők közül a Köteles Ferenc opponensem által említett negatív affektivitás (vagy neurocitás) is ez utóbbi kérdéskörhöz kapcsolható, hiszen számos vizsgálat arra mutatott rá, hogy az alapvető személyiség dimenziók közül a testi tünetek mennyiségével leginkább ez a dimenzió mutat összefüggést (Lamm és mtsai., 2025; Watson & Pennebaker, 1989).

Köteles Ferenc Professzor Úr a témával kapcsolatban továbbá arra kérdez rá, hogy a betegséghez való alkalmazkodás mennyire tekinthető abban az értelemben adaptívnak, hogy megváltoztatja (csökkenti) a szóban forgó betegség súlyosságát, s hogy ebben a folyamatban milyen pszichológiai és viselkedési tényezők közvetítenek. A disszertációban és a komplex modellben az alkalmazkodás adaptivitását olyan értelemben használtam, miszerint a felvázolt folyamatok segítik egy jó életminőség megtartását, vagy az életminőség emelését. Mindez olyan esetekben is elképzelhető, ahol a pszichológiai és viselkedési tényezők nem tudják jelentősen befolyásolni a betegség súlyosságát vagy kimenetelét, vagyis a kemény, biológiai mutatókat, de kedvező irányba módosítják a betegséggel való együttélés szubjektív élményét. Ugyanakkor teljesen jogosnak vélem az opponensem kérdését, hiszen az ismertett alkalmazkodást szolgáló mechanizmusok számos betegség esetében a betegség súlyosságára vagy kimenetére is hatással lehetnek. Bár a korábbi modellek esetében épp az az egyik kritika, hogy azok a konstrukciók nem minden esetben mutatnak pozitív kapcsolatot az objektív egészségmutatókkal, a konzisztencia hiánya nem feltétlenül arra mutat rá, hogy egyáltalán nincs vagy nem lehet kapcsolatuk a betegség biológiai paramétereivel. Lényeges feltárni azt, hogy mely mechanizmusok – és milyen egészségi állapot mellett – képesek olyan biológiai, neuroendokrin, immunológiai, vagy akár epigenetikai

változásokat is előidézni, amelyek befolyásolhatják a betegség súlyosságát. Ez a kutatási kérdés az RCT vizsgálatokkal, s azok eredményeinek metaanalíziseivel a legtöbb felvázolt alkalmazkodási folyamat/koncepció esetében fókuszban van, s néhány példát a disszertáció is tartalmaz az eddigi eredményekből.

Az életminőséget befolyásoló mechanizmusok esetén a modellemben négy fő részre bontottam azokat a folyamatokat és a következményükként megfigyelhető potenciális változásokat, amelyek az életminőség emelését segíthetik; ezek a kognitív, az érzelmi, az identitásbeli (összességében a három, mint pszichológiai) és a viselkedéses változások. Úgy vélem, hogy a betegségek vagy tünetek súlyosságának a megváltoztatásában is ezek a folyamatok játszhatnak szerepet; olykor egymással szoros interakcióban. A kognitív folyamatok közül lehetséges mediátorként kiemelném a reálisabb betegségreprezentációk kialakulását, ami az egészségértés fokozódásán keresztül javíthatja például az adherenciát és az egészségviselkedést, amelyek a betegség súlyosságára is hatással lehetnek. Ugyanakkor a kognitív mechanizmusok (mint a figyelem, a kognitív értékelés és újrakeretezés, az elvárások, a prediktív kódolás, a memóriefunkciók stb.), illetve azok módosulása szintén kiemelt szerepet játszanak azokban a top-down folyamatokban (pl. fájdalomszabályozás, a stressz-válasz szabályozása, placebo hatás, interoceptív tudatosság) amelyek befolyásolják a tünetek megélését és az egészségügyi ellátórendszer igénybevételét. A különböző érzelmi alkalmazkodást segítő mechanizmusok elsősorban a distressz mérséklésén keresztül csökkenthetik a betegség vagy tünetek súlyosságát. A distressz alacsonyabb szintje redukálhatja a maladaptív megküzdési mechanizmusok arányát, segítheti az érzelemszabályozást, s fokozhatja az egészségvédő magatartást is, s természetesen biológiai (a stresszválasz-rendszerek és az immunrendszer optimálisabb működése) folyamatok révén is hathat a betegség súlyosságára. A betegségidentitás pozitív irányú formálódása – a betegségnarratíva alakulása és az állapot erőteljesebb elfogadása révén – szintén elsősorban az érzelmi distressz csökkentésén keresztül hathat, ugyanakkor támogathatja a szükséges egészségmagatartást is például a reális felelősségvállalás erősítésével. A betegség egészséges integrálása az identitásba a szociális támaszt, illetve a társas források mobilizálását és elfogadását is facilitálhatja; amelyekről ismert, hogy fontos egészségvédő szerepet töltenek be. A megfelelő betegségnarratíva kialakulásával olyan pozitív pszichológiai és egzisztenciális folyamatokat is erősödhetnek (pl. optimizmus, elköteleződés, értékekhez való ragaszkodás, az élet értelmességének megélése), amelyek komplex fiziológiai és viselkedéses mechanizmusokon keresztül szintén

hozzájárulhatnak a betegségek vagy tünetek súlyosságának a csökkenéséhez. A viselkedéses mediátorok közül elsősorban az adherencia emelkedése – mind az orvosi kezelésekkal, mind a gyógyszereszedéssel, mind a szükséges életmódbeli változtatásokkal (pl. diéta, rendszeres testmozgás, stresszkezelési technikák alkalmazása) összefüggésben –, az egészségkárosító viselkedések csökkenése és az aktivitás lehetőség szerinti fenntartása lehetnek kiemelendő tényezők a betegség súlyosságának csökkentése szempontjából.

A komorbid zavarokkal kapcsolatos válaszok

Csabai Márta Professzor Asszony jogosan teszi fel a kérdést, hogy szabad-e komorbid evészavarokról beszélni azon krónikus betegségek esetében, ahol gyakran a betegség jellegéből kifolyólag speciális a viszony az étkezéssel. A felvetést relevánsnak érzem mind a mérés/diagnózis, mind az elnevezés, mind pedig a szerveződés megértése szempontjából. A dilemmát több oldalról érdemes megközelíteni. Jogos az a felvetés, hogy az általános vagy klinikai populációra kifejlesztett evészavar kérdőívek pontatlan becslést adhatnak az evészavarok gyakoriságáról, s már az adaptívnek értelmezhető változásokat is rizikómagatartásnak tekinthetik, ugyanakkor arra is utalnak adatok, hogy gyakran épp a szomatikus betegség tünetei segítenek elfedni az evészavar gyanúját és megemelkedett valószínűségét, így monitorozásuk elengedhetetlen a megfelelően kidolgozott mérőeszközök hiányában is (Werlang és mtsai., 2021). Számos vizsgálat utal arra is, hogy egy adaptívnek indult diétázás olyan mértékűt ölthet, ami biológiai szempontból indokolatlan, beszűkíti az étletteret, erőteljes szorongással és korlátozottsággal jár. Például irritábilis bél szindróma, cöliákia és gyulladós bélbetegségek esetében is jelentős arányban leírtak olyan mértékű diéta-korlátozást, ami kimeríti az elkerülő/korlátozó táplálékfelvételi zavar kritériumát, s ami az alultápláltság veszélyét hordozza (Bennett és mtsai., 2022; Melchior és mtsai., 2022; Yelencich és mtsai., 2022). Az ilyen mértékű, igazoltan a betegség menedzselését nem támogató diétázás semmiképpen sem tekinthető sikeres alkalmazkodásnak (Bennett és mtsai., 2022), s az életminőség különböző területeit is negatívan befolyásolja (Melchior és mtsai., 2022). Ugyanakkor egyetértek az opponensemmel abban, hogy – a túldiagnosztizálás és patológizálás elkerülése érdekében – fontos lenne ismerni a diétázást követelő krónikus betegségek esetében a megváltozott evési mintázat adaptivitásának a határait; sajnos azonban ezzel kapcsolatban meglehetősen szegényes a szakirodalom. Mérési szempontból több irányból megközelíthető a kérdés. Az egyik lehetőség az általános, klinikumban használt kérdőívek komoly pszichometriai vizsgálata az egyes

betegségcsoportokban, illetve az adott szomatikus betegcsoportra specifikus határértékek megállapítása. Bár több betegcsoport esetében validálták a leggyakrabban használt evészavar kérdőíveket, kellő mennyiségű kutatás hiányában legtöbbször nem rendelkezünk klinikai releváns határértékekkel, így inkább a klinikus vagy kutató megítélésére van bízva, hogy hogyan értelmezi az eredményeket. Egy másik lehetőség, ha azon betegségek esetében, ahol a diétázás a betegség menedzselésének az inherens része, külön kérdőíveket dolgoznak ki az evési magatartás mérésére, vagy épp a betegség-specifikus életminőség kérdőívek tartalmaznak erre vonatkozó modult. Ilyen mérőeszköz például a Diabetes Eating Problem Survey-Revised (DEPS-R) (Markowitz és mtsai., 2010), amely kifejezetten cukorbeteg számára készült, és az evészavarokra utaló viselkedéseket méri a diabétesz kezelésével összefüggésben, vagy a gyomor-bélrendszeri betegek számára megalkotott Eating Beliefs and Behaviors Questionnaire for Gastrointestinal Disorders (EBBQ-GID), amelynek specifikuma, hogy a betegségcsoporthoz illeszkedően a korlátozó evési magatartás mellett a diéta iránti elkötelezettséget és az azzal kapcsolatos bizalmatlanságot is feltérképezi (Chamberland és mtsai., 2024). A Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) kérdőív (Hays és mtsai., 1994) pedig azon életminőség kérdőívek közé tartozik, amelyek tartalmaznak az evési magatartásra vonatkozó tételket is, s igyekszik feltérképezni az evéssel kapcsolatos kihívásokat vesebetegek esetében. Ugyanakkor azt is fontos megemlíteni, hogy diabéteszben például egy szisztematikus áttekintés és metaanalízis szerint nem diabétesz-specifikus evészavar kérdőív alkalmazásával alacsonyabb (nem pedig magasabb!) arányban találtak klinikai szintű evészavart (24%), mint a specifikus Diabetes Eating Problem Survey-vel mérve (27%) (Niemelä és mtsai., 2024), ami arra is utalhat, hogy a gyakoriságnál fontosabb kérdés a kóros evési magatartás jellege, vagyis mindenképpen érdemes specifikus mérőeszközökben gondolkodni. A módszertani kihívásra reflektáló még általánosabb válasz pedig – mint ahogyan a disszertáció egy fő fejezete is rávilágít – hogy a táplálkozás az egészségizmus részévé vált, így annak eldöntése, hogy hol a határvonal valamilyen evési magatartás egészséges és patológiás formája között, általánosabb kutatásokat is igényel. Ha az orthorexia nervosa koncepciójára gondolunk, kurrens szakirodalmi kérdés, hogy vajon elkülöníthető-e egymástól, – s ha igen, hogyan – az egészséges és a patológiás egészséges étkezés, vagyis az egészséges orthorexia és az orthorexia nervosa. A kutatók egy része két különálló dimenzió mellett érvel (Barrada & Roncero, 2018), ugyanakkor a latens profil-elemzések ezt nem minden esetben erősítik meg, vagyis nem tudjuk még, hogy külön minőségekről vagy csak mennyiségi különbségekről beszélhetünk-e (Boutin és mtsai., 2024).

Hasonló nehézségekkel szembesülhetünk, amikor a testi betegségekkel együtt járó evési mintázatok adaptivitását vagy patológiás voltát próbáljuk megragadni.

A komorbid depresszió értelmezése esetén is keskeny ösvényen mozgunk, vagyis fontos kérdés, hogy amit a depressziót mérő kérdőívek alkalmazásával depressziónak tudunk diagnosztizálni, egy krónikus testi beteg esetében – a háttérben zajló potenciális biopszicho-neuroimmunológiai folyamatok ismeretében – valóban tekinthető-e klinikai szintű depressziónak, vagy ez esetben is érdemes differenciáltabban gondolkodni. A disszertáció megfelelő fejezete részletesebben elemzi ezt a kérdéskört a depresszió, mint az evési magatartás zavarainak esetében, s rámutat arra, hogy itt már ismerünk olyan módszertani szempontokat, eredményeket és irányelveket, amelyek segíthetnek az értelmezésben.

A komorbid pszichiátriai zavarok mérésével kapcsolatban a kritikai pszichológia nézőpontjából kiindulva általánosságban tehát elsősorban azt emelném ki, hogy a szomatikus betegségek esetén csak nagy körültekintéssel szabad az általános diagnosztikai kérdőíveket alkalmazni és interpretálni. A kritikai pszichológia rávilágít arra is, hogy a mérőeszközök esetében fontos lenne, hogy képesek legyenek elkülöníteni a testi betegségből fakadó tüneteket az önálló pszichiátriai kórképektől – ami ma még kevés esetben valósul meg. Szintén fontos kritikai szempont lehet, hogy a kérdőívek nem kulturálisan semlegesek, s nem feltétlenül veszik figyelembe a testi betegségek társadalmi reprezentációit.

A mérésével kapcsolatban Pikó Bettina Professzor Asszony azt a kérdést fogalmazta meg, hogy mennyire képezik tárgyát manapság a HRQoL (általános és specifikus) mérési módszereinek a hangulatra, kronobiológiai sajátosságokra és szexualitásra vonatkozó területek? A HRQoL általános kérdőívek általában tartalmazznak a hangulatra vagy az érzelmi nehézségekre vonatkozó skálákat/tételeket, ugyanakkor ezek nem alkalmasak a komorbid pszichiátriai zavarok mérésére, hiszen többnyire nem rendelkeznek olyan határértékkel, amit diagnózis szempontjából érdemes használni, és sok esetben az állapotra specifikus érzelmeket is feltérképezik. A szexualitásra vonatkozó dimenziók az általános HRQoL kérdőívekben nem jelennek meg, egyedül a PROMIS rendszer kínál olyan kiegészítő skálát, amit erre a célra terveztek (PROMIS-SexFS) (Weinfurt és mtsai., 2015). Ugyanakkor néhány betegség-specifikus mérőeszköz integrálja a szexuális funkcionálásra vonatkozó témát. Természetesen ezek a skálák (vagy inkább csak tételek) olyan betegségek QoL méréseiben jelennek meg, ahol a szexuális élet érintettsége kiemelkedően gyakori. Ilyenek például a szklerózis multiplex (Multiple Sclerosis Quality of Life-54; Vickrey és mtsai.,

1995)); a HIV (WHOQOL-HIV BREF; O'Connell & Skevington, 2012), vagy a melldaganat (EORTC QLQ-BR23; Sprangers és mtsai., 1996). A kronobiológiai szempontok mind az általános, mind a betegség-specifikus QoL kérdőívekben megjelennek, ugyanakkor a tételek vagy skálák inkább az alvás minőségével, zavaraiival és a fáradtsággal foglalkoznak, illetve azok mindennapi funkcionálásra kifejtett hatásával. A kronoviselkedéses aspektusokat (pl. a kronotípus, a kronotáplálkozás, a kezelés kronobiológiai aspektusai (ha vannak), s azok hatása) az életminőség kérdőívek általában nem integrálják. Az a trend körvonalazódik, hogy a kronobiológiai aspektusok mérésére inkább külön mérőeszközöket hoznak létre, amelyek inkább a kronoterápiás kutatások esetében kerülnek fókuszba, de nem részei az általános életminőség méréseknek. Ilyen például a Food Timing Questionnaire vagy a Food Timing Screener (Chakradeo és mtsai., 2022), vagy az általunk épp adaptáció alatt álló Kronotáplálkozás Profil Kérdőív (Veronda és mtsai., 2022).

A komorbid zavarok pszichotikus reakciók fejezetével kapcsolatban Csabai Márta opponensem megjegyzi, hogy a disszertáció felsorolását érdemes kiegészíteni olyan speciális esetekkel, ahol az én és a test integritása nagyon speciálisan sérül (pl. transzplantált betegek), s ahol – akár ennek köszönhetően is – előfordulhatnak pszichotikus vagy annak tűnő esetek. A szakirodalom a transzplantáció utáni pszichotikus tüneteket/epizódokat leggyakrabban az immunosuppresszív kezelés neurotoxikus hatásának vagy a háttérben zajló immunfolyamatoknak tulajdonítja (Claeys & Vermeire, 2019; Gunther és mtsai., 2023; Jing és mtsai., 2023), ugyanakkor valóban felmerült a lehetősége annak is, hogy pszichológiai, traumával összefüggő és kulturális tényezők, valamint a beavatkozással együtt járó stressz és életmód is szerepet játszhatnak a poszttranszplantációs pszichózis kialakulásában (Mattoo & Anil Kumar, 2015; Probert & Punko, 2022). A transzplantált szerv pszichológiai elutasítása pedig – ahogyan a bírálóm utalt rá – a testkép és az énkép integritásának a sérülése által járulhat hozzá pszichiátriai zavarok kialakulásához (Latos és mtsai., 2016; Pasquale, 2014).

Bár – ahogyan az opponenseim rámutattak – a disszertációba nem emeltem be explicit módon a mentális tünetek kontinuum hipotézisét, vagy általánosabban a pszichopatológiai rendellenességek hierarchikus rendszerezését (Kotov és mtsai., 2017), úgy vélem, hogy a komorbid zavarokat tárgyaló fejezetek tartalma összhangban áll ezekkel a megközelítésekkel. Egyrészt annak hangsúlyozásával, hogy a tünetek mértéke, szerveződése és jelentőségének a megértése lehet a fontos, s kevésbé a dichotómián alapuló diagnózisalkotás. Másrészt abban, hogy a közös genetikai sérülékenységre, a közös környezeti rizikótényezőkre, és a neurobiológiai eltérésekre is próbáltam

hangsúlyt fektetni. A testi betegségekkel együtt járó mentális tünetek esetében a disszertáció fejezetei épp azokra a mechanizmusokra próbáltak rávilágítani, amelyek segítenek megérteni, hogy a biológiai történések talaján miként módosulhat az érzelmi, kognitív és viselkedéses működés, s hogy ezek a jellegzetességek a tüneteket mérő kérdőívek szintjén pszichiátriai tünetek formájában nyilvánulhatnak meg, ugyanakkor ezen folyamatok és jellegzetességek megfelelő értelmezése segíthet elkerülni a patologizálást. A pszichiátriai zavarok esetében a kvantitatív nozológiai megközelítésnek, s a pszichopatológiák dimenzionális elképzelésének és hierarchikus szerveződésének az elképzelése egyre komolyabb teret kap, és ezekben a rendszerekben a testi betegségek vagy tünetek kérdésköre is megjelenik, jelenleg azonban még kevésbé megalapozott adatokon nyugszik, mint a többi dimenzió. Bár a szomatoform spektrum provizionális alapon bekerült a modellbe, viszonylag kevés vizsgálat erősítette meg a létjogosultságát, továbbá az is kérdéses, hogy mennyire tekinthető önálló komponensnek, vagy mennyire az internalizáló komponens részének. Elképzelhetőnek vélem, hogy a testi tünetekkel kapcsolatos élmények megélésének inkább csak a kórosabb formái, vagyis a spektrum súlyosabb részéről származó adatok) tudtak bekerülni az eddigi elemzésekbe (ez nem meglepő, hiszen gyakran DSM diagnózisok alapján dolgoztak a kutatók), így mindaz, amit a mentálisan egészségesebb személyek testi élményeiről, szomatikus betegségekkel való megküzdéséről érdemes tudni, épp az egészségpszichológia Köteles Ferenc Professor Úr által említett interdiszciplináris megközelítése hozhatja – mint ahogyan már rendelkezünk is számos ilyen eredménnyel. Összességében ugyanakkor mind a mentális betegségek dimenzionális megközelítését, mind Watson és Pennebaker modelljét nagyon relevánsnak érzem, elsősorban az opponensem által említett tünetészlelésnek és a szubjektív egészségi állapot szerveződésének a területén; vagyis teljes mértékben egyetértek azzal, hogy ennek a témának a beemelése elengedhetetlen egy átfogóbb klinikai egészségpszichológiai szakkönyv esetében.

A testi betegségekhez kapcsolódó komorbid pszichiátriai tünetek/zavarok megértésében – mint ahogyan arra Csabai Márta Professor Asszony utalt – a mentális tünetek folyamat-jellege modell is releváns (Nelson és mtsai., 2017). A lelki működésben megjelenő nehézségek vagy tünetek a testi állapot függvényében is változhatnak – sőt a háttérben zajló pszichológiai és neurobiológiai mechanizmusok révén, mint pl. a szorongás emelkedése, a betegségviselkedés élményei stb. változnak is –, sőt körkörös interakciót érdemes elképzelnünk, ahol a testi és pszichés állapot kéz a kézben jár. Így a megjelenő pszichés nehézségek, tünetek és azok súlyossága

meglehetősen gyorsan és dinamikusán változó lehet, vagyis sokszor inkább állapotjellegű, ami szintén óvatosságra int a diagnózisalkotással kapcsolatban.

Opponensem felvetésével egyetérték, hogy érdemes a kritikai egészségpszichológia azon tézisének is beemelni, hogy a diagnózisok szociálisan és kulturálisan konstruált entitások is (Brown, 1995), s hogy ez kiemelten releváns a testi kórképek, s még inkább a szomatizációs tünetek és betegségek és azok pszichiátriai tünetekkel való kapcsolatának a megértése szempontjából, s arra is felhívja a figyelmet, hogy a páciens egyéni jellegzetességeit és a szociokulturális kontextust nem kellőképpen figyelembe vevő diagnózisalkotás stigmatizációhoz és az identitás káros formálódásához vezethet. Bár vitathatatlan, hogy a diagnózisalkotásnak számos előnye is lehet (például segíthet a gyógyszerelés eldöntésében, vagy ez alapján számolható el az ellátás), a testi betegséghez kapcsolódó mentális nehézségek értelmezésében elengedhetetlen a narratív megközelítés beemelése, a kontextuális faktorok és a testi-lelki interakciók megértése és megfelelő értékelése (Csabai, 2006, 2007).

Csabai Márta Professzor Asszony a 'Tekintheső-e traumának a testi betegség című fejezet' kapcsán a tudománytörténeti keretbe foglalás és az erősebb kritikai nézőpont szükségességére hívja fel a figyelmet. Az opponens által felvetett bővítésre vonatkozó javaslatokat teljes mértékben elfogadom, ugyanakkor ez a vállalkozás messze meghaladta volna a disszertáció kereteit. A válaszomban egy-két szílat kiragadva próbálom szemléltetni a kontextuális tényezők és a kritikai nézőpont beemelésének a fontosságát. Elsőként a fogalom kiterjesztésének a jelenségét emelném ki, vagyis, hogy az utóbbi évtizedekben – mind a tudományos, mind a köznap diskurzusokban – általánosabb értelemben kezdtük el használni a trauma fogalmát. A trauma kifejezést az eredeti jelentéstől – ami az agyi elváltozást okozó fizikai sérülésre utalt – eltávolodva ma sokkal inkább olyan pszichológiai sérülésekre használjuk, amelyek a lelki működésben okoznak hosszan tartó, negatív elváltozásokat. A fogalom jelentésének e horizontális kiterjesztése egy általánosabb trend része, amelyet a fogalomkúszás vagy fogalomkiterjesztés (concept creep) névvel illettek, s ami arra a jelenségre utal, hogy a negatív humán élményekre vonatkozó pszichológiai fogalmak (abúzus, trauma, mentális zavar, függőség, bullying) esetében az utóbbi évtizedekben – a pszichológia popularizálódásával párhuzamban – általános a fogalmak jelentésének a kiterjesztése. Ennek előnye lehet, hogy ezek a jelenségek nagyobb figyelmet kapnak a különböző diskurzusokban, és megemelkedik a kutatások mennyisége is, ugyanakkor hátrányként merülhet fel, hogy olyan jelenségeket is patologizálhat, amelyek még nem feltétlenül haladják meg a nem patológiás

élmények/változások szintjét (Haslam, 2016). A fogalomkiterjesztés jelensége a konstruktumok pontosabb definiálásának igényét hozza magával, illetve annak vizsgálatát, hogy milyen jellemzők lehetnek kiemelkedőek annak magyarázatában, hogy egy adott élmény megfelel-e a fogalom kritériumainak.

Másik példaként annak a dilemmáját említeném, hogy hogyan dönthető el, hogy a szomatikus betegségek kapcsán erősen stresszteli életeseménnyel, átmeneti krízissel vagy traumával állunk-e szemben, illetve, hogy a testi betegségeknek/történekeknek vagy a hozzájuk kapcsolódó kezelésekkkel összefüggő jellemzők vagy élmények mely aspektusai lehetnek traumatizálóak. A testi betegségek és trauma kérdésének esetében különösen releváns lehet az az elképzelés, miszerint a trauma definíciója esetén túlságosan leegyszerűsítő a bináris gondolkodás, vagyis annak a kérdésnek a feltevése, hogy egy esemény traumának tekinthető-e vagy sem. A trauma definíciójában – hasonlóan a pszichiátriai zavarok modern megközelítéséhez – mind a kutatásokat az viheti előrébb, mind pedig a gyakorlatban az lehet a relevánsabb, ha dimenzióban gondolkodunk, ahol a trauma a súlyos életesemények kontinuumának azon végpontján helyezhető el, ahol az élet veszélyeztetettségének az élménye is megjelenik vagy megjelenhet (Spence és mtsai., 2019). A kritikai szempontokat is boncolgató tanulmányok egyértelműen abba az irányba mutatnak, hogy mindenképpen dimenzionális és egyéni megközelítésre van szükség annak eldöntésénél, hogy traumatikus élménnyel állunk-e szemben, amelyben meghatározó lehet a testi betegség/történeke jellege, de a személy szubjektív élményei és egyéni jellemzői is (pl. korábbi mentális egészség, korábbi súlyos életesemények, immunológiai jellemzők, reprezentációk) (Moos & Schaefer, 1984; Neigh & Ali, 2016; Spence és mtsai., 2019).

Az opponensem a PTN és a korábbi témák kapcsán is felteszi a kérdést, szabad-e ezekről a fogalmakról anélkül beszélni, hogy a tudománytörténeti kontextust és az adott témában korábbi, neves szerzők munkáira hivatkoznánk. Jómagam is komoly dilemmákkal szembesültem a disszertáció egyes fejezeteinek írása közben. A döntésemet, miszerint a jelen munkában inkább a friss és krónikus betegségekkel kapcsolatos szakirodalomra fókuszálok, elsősorban a terjedelmi és idői keretek befolyásolták, valamint az, hogy a disszertációt olvasó szakemberek körében feltehetően jól ismertek ezek az előzmények. Ugyanakkor, amennyiben a jelen fejezetek később, szakkönyv formájában megjelennek, én is elengedhetetlennek érzem, hogy az egyes témák bevezetéseképpen méltó módon és terjedelemben megjelenjenek a tudománytörténeti aspektusok.

A szexualitás kérdéskörével kapcsolatos válaszok

A szexualitással kapcsolatos fejezettel összefüggésben egyetértek Csabai Márta Professzor Asszonynak azzal a felvetésével, hogy a menopauza kérdéskörét érdemes lesz beemelni a tárgyalandó témák közé, sőt úgy vélem, hogy általánosabban, az idősödéssel együttjáró testi változások és a hozzá kapcsolódó attitűdök (és azok változásainak) területét is, hiszen ezek rendkívül módon változnak, s befolyásolják a biológiai idősödéssel szembesülő emberek életét és életminőségét. A menopauza egészséges megélésének a témája mind a női egészségpszichológia (women's health psychology), mind az életciklus-szemlélet (life-span developmental psychology) fontos kérdésköre, főleg a gazdaságilag fejlettebb országokban. Hazánkban egyértelműen alulreprezentáltak az ezzel kapcsolatos kutatások, miközben az öregedő társadalmakban központi helyet vívtak ki maguknak (Sarasati és mtsai., 2024), s számos kutatás és tematikus kötet is foglalkozik a kihívásokkal (pl. *Frontiers in Global Women's Health The Psychology of Menopause: Volume I* kötete). A menopauza témáján túl fontosnak tartanám még az egészséges öregedés általánosabb, egészségpszichológiai szempontú kérdéskörét, s ellenpárját, a testi öregedés el nem fogadásával járó küzdelmek egészségpszichológiai témáit is („öregedésfóbia”, „öregedéssel összefüggő testképzavar”), illetve az ezekkel kapcsolatos, többnyire potenciálisan egészségkárosító magatartásokat; mint például a fiatalság megőrzését szolgáló szépségápolási termékek túlzott használata (Botox, hialuronsavas feltöltés, krémek), vagy a plasztikai sebészeti lehetőség szépsészeti célú igénybevétele (Honelová & Vidovićová, 2023). Ide tartozhat továbbá az extrém sport/ edzési rutin vagy túlzott egészséges táplálkozásra való törekvés követése is a fiatalság megőrzésének céljából. Bár a idősödés késleltetését célzó magatartásformák rövid távon fokozhatják az elégedettség érzését, gyakran társulnak emelkedett szorongással, és hosszabb távon negatív hatást fejthetnek ki az életminőségre (Rehman és mtsai., 2023).

A kronobiológiai fejezettel kapcsolatos válaszok

Míg Pikó Bettina és Csabai Márta Professzor Asszonyok kifejezetten pozitívan értékelték a szomatikus betegségekkel kapcsolatos kronobiológiai fejezetet, addig Köteles Ferenc Professzor Úr jelezte, hogy nem teljesen volt egyértelmű. Számára, hogy a téma miért került be az alkalmazkodást és az életminőséget befolyásoló tényezők közé, vagy legalábbis ezt nem fejtetem ki eléggé. Arra is reflektált, hogy több esetben túl hangsúlyosnak érezte a biológiai faktorok kiemelését, miközben hiányolta az erősebb pszichológiai szálát. Egyrészt sajnálom, ha ezek az

aspektusok nem emelkedtek ki eléggé a disszertációban, másrészt megpróbálom röviden indokolni a témák relevanciáját. A kronobiológiai aspektusok esetében – a hivatkozott szakirodalmak és ábrák segítségével – éppen arra szerettem volna felhívni a figyelmet, hogy a leggyakoribb krónikus testi betegségek esetén (mint például a metabolikus zavarok, a szív- és érrendszeri zavarok és a daganatos betegségek) a patológiás folyamatok és tünetek megjelenését, azok súlyosságát és a kezelést olyan, még kevésbé a fókuszba került életmódbeli tényezők is befolyásolják, amelyek a cirkadián ritmus deszinkronizációjához vezethetnek. Ilyen például a nem megfelelően időzített vagy kevés alvás, a rendszertelen táplálkozás, a nem ideális időpontban végzett testedzés, a mesterséges fénynek való kitettség vagy a túlzott monitorhasználat stb., amelyek mind egészségpszichológiai relevanciájú témák. A cirkadián deszinkronizáció – a bemutatott kölcsönkapcsolatok révén – egyaránt befolyásolja a fizikai egészséget, a közérzetet (pl. az alvási nehézségek, zavarok, álmoság és fáradtság által), az érzelmi és kognitív funkciókat, az önszabályozási kapacitást; vagyis mind az objektívabb, mind a szubjektívabb egészségmutatókra, illetve az azokról való beszámolókra is hatással lehet. Mindezek értelmében, véleményem szerint, szorosan kapcsolódik az életminőség kérdéséhez. Hogy a disszertáció idevágó fejezetében kevésbé jelenik meg a pszichológiai szint, az elsősorban azzal függ össze, hogy a krónikus betegségekre helyeztem a hangsúlyt. Ezeken a területeken ma még sokkal szegényesebb a kronopszichológiai irodalom, vagyis a kutatások sem tartanak ott, hogy a felvázolt kronobiológiai folyamatokat erősebben összekapcsolják a pszichológiai tényezőkkel, illetve konkrétan az általánosabb életminőség kérdésével. A disszertációban hivatkozott monográfiám különböző fejezetei ezt hangsúlyosabban képviselik (Rigó, 2017).

Az evési magatartásokkal kapcsolatos kérdéskörre adott válaszok

Evéssel kapcsolatos fejezettel összefüggésben Csabai Márta Professzor Asszony részéről kérdésként merült fel, hogy az intuitív evés, a mindful evés, a kronotáplálkozás és az ökojólét milyen tágabb nézetrendszerbe ágyazódnak. Véleményem szerint a felsorolt táplálkozási formák elsősorban a posztmodern egészség szemlélet keretrendszerébe ágyazódnak, mivel előtérbe helyezik az egyén autonómiáját, a testi jelzések tiszteletét és a testi-lelki egyensúlyt, s hangsúlyozzák, hogy az egészség és jóllét többdimenziós megközelítése egyéni, kulturális, társadalmi és kontextuális tényezőket integrál, elutasítva az univerzális, redukcionista definíciókat (Karki, 2020). A felsorolt táplálkozási magatartásformák beleillenek a holisztikus egészség és

integratív orvoslás trendjébe is, hiszen a táplálkozási viselkedésen keresztül mind az egészség valamely aspektusát próbálja képviselni. További közös jellemzőjük, hogy erősen fókuszálnak az egyén biológiai-pszichológiai-környezeti szükségleteire vagy feltételeire, így a személyre szabott étrend trendjébe is illeszkedhetnek (De Toro-Martín és mtsai., 2017). Az intuitív evés és a mindful evés a pozitív pszichológia tágabb keretében is elhelyezhető, s a kronotáplálkozás kivételével mindegyik tárgyalt evési magatartás besorolható lehet a diétaellenes (anti-diet) vagy diétamentes (no-diet) mozgalmak alá (Clifford és mtsai., 2015). Az ökotáplálkozás ugyanakkor a fenntarthatóság és ökológiai tudatosság nézetrendszerébe is beleillik, vagy általánosabban az etikus fogyasztás és társadalmi felelősségvállalás irányzataiba is, s jól példázza, hogy a táplálkozási szokások kialakításában kiemelkedő szerepet tölthet be a személy értékrendje.

A vizsgálatok szerint a felsorolt étrendeket többségében a fiatalabb vagy középkorú személyek követik, inkább a nők, inkább a magasabban iskolázottak, akik magasabb tudatossággal rendelkeznek az egészségükkel, a jóllétüket befolyásoló tényezőkkel, a teljesítményükkel vagy a fenntarthatósággal kapcsolatban (Bruce & Ricciardelli, 2016; Verain és mtsai., 2015). A diéta-választás esetében számos szempont érvényesülhet; az egészségügyi aspektust jó esetben az egyén fizikai állapota (vagy az azzal kapcsolatos elképzelései) határozzák meg. Ugyanakkor az egészségizmus előretörésével a környezetből, elsősorban a médiából érkező üzenetek – mely szerint elsődleges érték az egészség, s ebben jelentős az egyén felelőssége is –, jelentősen hathatnak a diétaválasztásra. Hogy a tradíciók hiányában ki milyen étrendet követ, azt valószínűleg az egyének személyisége, értékrendje, hitrendszere, egészségi állapota, reprezentációi és a hozzá elért információk kölcsönhatása határozza meg. A disszertációban tárgyalt evési magatartásformák – vagy az azzal kapcsolatos értékek – igencsak túlreprezentáltak a különböző szociális média felületeken, így elsősorban az ilyen platformokat gyakran használók körében találnak követőkre. Számos olyan publikációt ismerünk, amely azt mutatja be, hogy a szociális média felületeken megjelenő tartalmak hogyan befolyásolják a táplálkozási viselkedést (Jovanovski & Jaeger – anti-diet, 2022; Pilař és mtsai., 2021 – clean eating; Hoare és mtsai., 2022 – mindful és intuitive eating).

Opponensemmel egyetérték abban, hogy a táplálkozás választott formája – a biológiai szükséglet kielégítésén túl – számos más funkciót is betölthet az emberek életében, s a disszertációm ezen fejezete is hasonló következtetéseket jár körül. A választott táplálkozási módnak az identitás formálódásban betöltött szerepét is érintettem, igaz, nem hangsúlyozottan, így ezt a válaszomban igyekszem kiegészíteni. A táplálkozás, mint ahogyan Fischler erre már a

nyolcvanas években felhívta a figyelmet, az identitás formálódásában kiemelt szerepet játszhat. E folyamat részeként két dimenziót vázol fel a szerző; az egyik a biológiaiától a kulturálisig halad, a másik az egyéntől a kollektívig. Fisher leírja a mindenevőséggel összefüggő paradoxont (ennek lényege, hogy bármilyen táplálékon képes megélni az ember, vagyis nagyon flexibilis, ugyanakkor mindenképpen változatos étrendre van szüksége ahhoz, hogy megfelelően kielégítse a testi szükségletei), és úgy véli, hogy e paradoxonnak a megoldásában segítenek a választott „konyha” praktikái, a közösség reprezentációi, szabályai és normái is. A „mindenevők szorongásának” egyik legfőbb fókusza a bekebelezett táplálék minőségében rejlik, vagyis abban a reprezentációban, hogy „az vagy, amit megeszel”. Ez mind biológiai, mind szimbolikus értelemben megélhető, s ezáltal a választott táplálék valóban a testi és a kollektív identitás alapjaihoz járulhat hozzá. Így a választott étrendnek megragadható egy spirituális dimenziója is, ami a kapcsolódást jelenti a szelf és a világ, az egyén és a társadalom, a mikro- és a makrokozmosz között (Fischler, 1988). A szerző arra is felhívja a figyelmet, hogy az iparosodott társadalmakban olyan folyamatok játszódtak le (pl. a fogyasztói aspektus előtérbe kerülése, ami azzal jár, hogy olyan ételeket eszünk, amelyek eredetéről szinte semmit sem tudunk; a kész és félkész ételek elterjedése; a táplálkozási tradíciók helyett a választott táplálkozási szokás egyéni felelőssége stb.), amelyek a táplálkozás biztonságos keretének elvesztésével jártak, s ez az identitás megingásához is hozzájárulhatott. Fisher ebben a keretben értelmezi a különböző, modern táplálkozási irányzatok/diéták előretörését; s feltételezi, hogy a modern ember a táplálkozáson keresztül is igyekszik visszaállítani az életébe egy érthető keretrendszert, ami számára biztonságot, értelmet ad, s ami az identitásának a megerősítését is szolgálhatja. A disszertációban felsorolt táplálkozási magatartások esetében ezek a törekvések tetten érhetők, igaz inkább csak részfolyamatokban jelennek meg, s talán az ökotáplálkozás esetén bontakozik ki a legerősebben. A szociális média (influenzerek, csoportok, élménymegosztások stb.) pedig kiváló platformnak bizonyul arra, hogy a táplálkozási mód identitásépítő funkcióját – egy széles közeghez tartozás élményén keresztül – tovább erősítse (Sasahara, 2019).

A bemutatott evési magatartásokkal összefüggésben Pikó Bettina Professzor Asszony az intuitív evés (IE) és jelentudatos evés (ME) esetében felhívja a figyelmet, hogy nem minden esetben állnak pozitív kapcsolatban az egészségmutatókkal. Továbbá rákérdez az IE és ME legfrissebb kritikáira, s arra, hogy mi állhat ezek hátterében. Vajon a koncepció letisztultságának hiányosságai vagy a mérési módszerek inadekvát fejlesztése; illetve, hogy hogyan lehetne ezeket kiküszöbölni?

Azt gondolom, hogy az IE és ME egészségmutatókkal, valamint azoknak az egészséges-ételfüggőséggel (ON) való kapcsolatában megjelenő inkonzisztenciák háttérében mindkét tényező – mind a koncepciók letisztultságának a hiánya, mind pedig a megfelelő mérőeszközök fejlesztésének a hiányosságai – állhat. Természetesen ezek nem választhatóak teljesen szét, hiszen amíg nem rendelkezünk egyértelmű koncepciókkal, addig nem is lehetséges pontosan megragadni őket kérdőívekkel. Ugyanakkor a mérési próbálkozások – még ha messze is állunk a koncepció letisztultságától – segíthetik, hogy minél komplexebben megértsük a jelenségeket, s minél pontosabb definíciókat alkossunk. Meglátásom szerint ennek a folyamatnak különböző szakaszaiban tartunk mind az IE, mind az ME, mind pedig az ON esetén.

Válaszomban először a mindful evésre koncentrálnék, s ezen keresztül mutatnám be a kérdés összetettségét. Ahogyan Tapper tanulmánya rávilágít, a mindful evés koncepciója korántsem letisztult, s ráadásul a különböző kérdőívek a tudatos evési viselkedés különböző aspektusait ragadják meg, vagy eltérő mértékben jelenítik meg azokat (Tapper, 2022). A szerző áttekintéséből azt emelném ki, hogy az ME tudatos figyelem (awareness) dimenziója például az evés különböző aspektusaira való fókuszálást jelentheti. Irányulhat az étel milyenségére, jellemzőire, így ez esetben külső tényezőkre. Ugyanakkor irányulhat az evés közben megélt testi érzetekre, illetve arra is, hogy mi váltja ki az evés motivációját/vágyát. Az evési magatartás egészségessége szempontjából eltérő adaptivitással bírhat, hogy mikor mely aspektusra fókuszálunk. Például az egészséges vagy teljes értékű növényi étrendre törekvőknél az étel jellemzőire való fókuszálás lehet erőteljesebb, míg pl. funkcionális bélrendszeri betegséggel élőknel az, hogy az adott étel/étkezés milyen fiziológiai érzetekkel jár együtt, fogyókúra esetén pedig az evési motivációt erősítő ingerek azonosítása lehet a középpontban. A különböző irányú fókuszok azonban önmagukban nem feltétlenül utalnak arra, hogy az adott figyelmi folyamat (awareness) adaptív-e, mivel az egyrészt függhet a figyelmi folyamatok erősségétől, másrészt attól is, hogy aztán a figyelmi folyamatok által megtapasztalt információkat kognitív módon hogyan értékeli a személy.

Az ME-vel kapcsolatos további, általánosabb kritikák, hogy mind a koncepció, mind a mérőeszközök szintjén is tartalmaz olyan aspektusokat, amelyek nem tartoznak a mindfulness eredeti „praktikái” alá, továbbá, hogy a mérni kívánt élmények felmérésére nem feltétlenül alkalmasak a kérdőíves módszerek. A rendelkezésre álló mérőeszközök különböző dimenziókat ragadnak meg, köztük olyanokat is, amelyek jelentős átfedésben vannak más evéssel kapcsolatos

jelenségekkel (pl. érzelmi evés, külső ingerek hatására történő (external) evés, a tudatos (mindful) evés következményei, vagy mindful evés hiányának következményei) (Tapper, 2022). Mindezek alapján a kérdőívekkel kapcsolatos módszertani nehézségekkel is összefüggésben lehet az, hogy az ME intervenciók hatékonyságát nem sikerült konzisztensen igazolni. További módszertani nehézség, hogy kevés a területen az RCT vizsgálat, s hogy az ME intervenciók gyakran részei komplexebb interakcióknak.

A konceptuális és módszertani kihívások jelenlétére világít rá az a vizsgálat is, amire bírálataiban az opponens utalt. A Pikó Bettina Professzor Asszony vezetésével végzett kutatásban például egyértelmű közepes mértékű pozitív kapcsolat jelent meg (a korrelációk esetében is és a regressziós modellben is) az ME és az ON között; ami első látásra meglepő eredménynek tűnik (Dobos és mtsai., 2024). Bár valóban találhatunk inkonzisztens eredményeket a két konstruktum kapcsolatát illetően, ebben a hazai, egyetemistákra kiterjedő mintában már az is figyelemre méltó, hogy az ME mérésére használt 4 faktoros kérdőív esetében (The Four Facet Mindful Eating Scale; FFaMES) a figyelmi fókuszra és az attitűdökre vonatkozó skálák nem azt a korrelációs mintázatot mutatják, mint a kérdőív eredeti, validáló tanulmányában (Carrière és mtsai., 2022; Carrière & Knäuper, 2023). A validáló tanulmányban pozitív együttjárásokat láthatunk a két attitűd és a két figyelemre vonatkozó skála között, s negatívakat az attitűd és figyelmi skálák között, míg a magyar mintán minden alszála közepes mértékben pozitívan korrelál egymással. Ezeket az eredményeket már önmagukban (az ON-nel való kapcsolatuktól függetlenül) sem könnyű értelmezni, hiszen Carrière és munkatársai utalnak arra, hogy több kutató negatív korrelációt talált a figyelmi fókusszal és az attitűddel kapcsolatos skálák között, s ezért e két dimenzió elemzéseiben történő külön változóként való használatát javasolják. Vagyis még mielőtt az ME ON-nel való kapcsolatában megjelenő inkonzisztenciákat megpróbálnánk értelmezni, fontos lenne pontosabban megérteni, hogy mit is értünk tudatos evés alatt, hogy a rendelkezésre álló kérdőívek mit mérnek, s mi lehet az oka annak, hogy a megfelelő faktorstruktúra mellett (hiszen azt a magyar mintán történő elemzés is igazolta), ennyire eltérő jelenségeket láthatunk már az alszála viselkedésével kapcsolatban is. Tartalmi szempontból is megpróbálhatjuk elemezni az eredményeket. Carrière és kollégái (2022, 2023) arra is utalnak – sőt a kérdőívük kidolgozását alapvetően az inspirálta -, hogy a mindful állapottal együtt járó figyelmi folyamatok önmagukban nem feltétlenül adaptívak az evési magatartás szempontjából, sokkal inkább az lehet a döntő, hogy a személy képes-e nonreaktív módon szervezni az evését, s képes-e ítékezésmentesen viszonyulni hozzá; vagyis az adaptivitás

szempontjából az attitűdbeli tényezőkön lehet a hangsúly. Elképzelhető, hogy a magyar fiatal egyetemista populációra az jellemző, hogy a magas figyelmi fókusz mellett olyan attitűdöket mutat, amelyek nem az elfogadást és ítélkezésmentességet erősítik. Ez érthető is lenne, hiszen körükben erőteljes lehet a soványság-ideál, a média hatása és az egészségizmusra való törekvés. A kérdőív kialakítását és validálását olyan mintákon végezték, amelyek esetében a bevont személyek jelentősen magasabb átlagéletkorúak voltak, és arányaiban kevesebben rendelkeztek magasabb iskolai végzettséggel; vagyis más szociokulturális hatások lehettek mérvadóbbak a magyar minta esetében. Ugyanakkor az is elképzelhető – mivel az FFaMES kérdőív még nagyon friss kérdőív, s meglehetősen kevés adattal rendelkezünk a használhatóságával kapcsolatban – hogy további, módszertani szempontok is magyarázhatják a magyar mintán kapott eredményeket. Például a validáló cikkben megadott egyes skálákhoz tartozó átlagértékek jelentősen különböznek attól, amit a magyar adatok alapján ki lehet számolni, s ez szintén vagy módszertani háttérkihívásokra, vagy a minta sajátos jellemzőire utalhat. E komplex összefüggések alapján nem meglepőnek, inkább vártak gondolom, hogy az ME nem mutat egyértelmű pozitív kapcsolatot – vagy legalábbis nem minden mintán, nem minden evési magatartás vagy evészavar esetében, s nem minden kérdőívvel mérve – a pozitív evési magatartás-mutatókkal, sőt, akár azok bizonyos negatív aspektusaival járhat együtt, amennyiben épp olyan működésmódot „erősít”, ami az adott problémás evési magatartásnak a része. Vagyis például ON esetében az étel külső jegyeinek fókuszba helyezése tovább erősítheti az ON tendenciáját. Ennek példája lehet Davies és munkatársai korábban említett eredménye is, s hasonló konklúzióra jut Tapper is a mindful evési technikáknak a különböző evési magatartásokra való hatásának áttekintése során; vagyis, hogy a különböző stratégiák specifikus körülmények esetén lehetnek hasznosak a személyek egyes csoportjaiban (Davies és mtsai., 2022; Tapper, 2022). Fontosnak érzem hozzátenni, hogy az adaptivitást az döntheti el, hogy az ME komponens vagy technika milyen mechanizmusokat erősíthet (pl. az evés lassítása, a sóvárgás csökkenése, a külső ingerekre való nagyobb odafigyelés stb.), amelyek hasznossága szintén függhet attól, hogy a személynek mire van szüksége az adott (akár kóros) evési magatartás esetén.

Bár az intuitív evés és az egészségmutatók pozitív kapcsolatát a vizsgálatok többsége igazolta (Van Dyke & Drinkwater, 2014, 2022), újabban ezzel a konstrukttal kapcsolatban is megfogalmazódtak kritikák. Az egyik kritika az IE esetében – az ME-hez hasonlóan – az, hogy nem teljesen precíz és világos a koncepció definíciója, s a kérdőívek is eltérő aspektusokat mérnek (Van Dyke és mtsai., 2023). További kritika, hogy elhízás esetén az IE nem minden esetben tűnik

hatékony módszernek, pontosabban inkább a testsúly megtartásában, mint annak csökkentésében bizonyult sikeresnek (Van Dyke & Drinkwater, 2014). Ennek háttérében több tényezőt is feltételeznek. Az egyik arról szól, hogy ha szabadon választhat a szervezet a különböző táplálékok közül, az nem feltétlenül jelenti az egészséges ételek preferálását, vagyis nem biztos, hogy a test helyesen „érzekeli”, hogy az egészség megőrzése, fenntartása szempontjából milyen vagy mennyi táplálékra lenne szüksége. Másrészt kvalitatív módszerrel arra mutattak rá, hogy kevesen ismerik a fogalmat vagy annak pontos jelentését, s ha nem magyarázzuk el, hogy mit jelent az intuitív evés, akkor a személyek gyakran arra asszociálnak, hogy bármit – így gyorséttermi ételeket és nassolásokat is – nyugodtan megengedhetnek maguknak, s nem tudják elképzelni, hogy ez egészséges legyen. Emiatt fontosnak tartják, hogy „ellenőrizzék” a személy étrendjét, mielőtt „szabad” evésbe kezd. Gyakorlati szempontból az IE megvalósíthatóságát is kritizálják; a megkérdezett személyek nehezen tartják integrálhatónak a mindennapokba ez a táplálkozási módot (Van Dyke és mtsai., 2023). A kvalitatív vizsgálatból származó információkat kérdőíves vizsgálat is megerősítette, amely felhívja a figyelmet arra, hogy az IE különböző dimenziói eltérő összefüggést mutatnak a táplálékválasztással. Míg a Feltételek nélküli evés skála (Unconditional permission to eat) gyenge pozitív kapcsolatot mutat több egészségtelen ételtípus fogyasztásával és negatívát számos egészséges étel fogyasztásával, addig a Test-étel választás kongruencia (Body-food choice congruence) skála pozitívát az egészségesekkel (Horwath és mtsai., 2019). Érdeemes megjegyezni, hogy ez utóbbi skála már éppen azzal a céllal került be a mérendő dimenziók közé, mert fontos aspektusnak tűnt, hogy a szabadon választott ételkészlet egészséges legyen. Az IE intervenciók hatékonyságvizsgálatok esetén látható inkonzisztencia abból is fakadhat, hogy a személy nem rendelkezik megfelelő interoceptív érzékenységgel, vagyis nem képes helyesen érzékelni az éhség és telítettség érzéseit, továbbá az éhség és érzelmi arousal elkülönítése is nehezített számára, miközben erre a deficitre nem feltétlenül van ráhatása. Különböző szerzők amellet érvelnek, hogy az IE Éhség és telítettség érzetére való hagyatkozás (Reliance on internal hunger and satiety cues) és a Fiziológiai szükséglet irányította evési magatartás dimenziói jól működő interoceptív készségeket feltételeznek (Herbert és mtsai., 2013; Renner és mtsai., 2012), miközben a problémás evési magatartást vagy evészavart mutatók körében gyakran épp ez a készségek sérültek (Herbert és mtsai., 2013; Warschburger és mtsai., 2022). Egy egészen friss publikáció épp az orthorexia nervosa megemelkedett rizikójára mutat rá abban az esetben, ha az IE említett két dimenzióján mutat alacsony értékeket a személy (Bayram, 2024). Ehhez a

kérdéskörhöz kapcsolható a Köteles Ferenc opponensem által hiányolt interocepció általánosabb témája, amelyből most csak annyit emelnék ki, hogy az interocepcióval összefüggő komplex mechanizmusok (Ferentzi és mtsai., 2018; Van Den Bergh és mtsai., 2017) jelentőségét és a diszfunkcionális interoceptív folyamatok szerepét nem csak a tünetképzés és tünetbeszámolás, hanem a maladaptív evési magatartások esetében is kimutatták (Martin és mtsai., 2019).

Mindkét táplálkozási formával kapcsolatban felmerülő kritika továbbá, hogy nem tekinthetők univerzálisnak, hiszen számos olyan kultúra létezik, ahol a szűkös táplálékélelérhetőség miatt az ételválasztásban az ME és IE konstruktumok nehezen értelmezhetőek, illetve azzal kapcsolatban is ismerünk adatokat, hogy a táplálék elérhetőségének a bizonytalansága a gyermekkorban csökkenti a felnőtt kori „igény szerinti” étkezés valószínűségét (Langley, 2024).

Arra a kérdésre, hogy hogyan lehetne ezeket a konceptuális és módszertani bizonytalanságokat kiküszöbölni, csak nagyon általános válaszokat tudok adni. Ebben a folyamatban fontos lehet az eddigi eredmények integrálása, mindazok alapján egységesebb koncepciók felvázolása. Továbbá átfogóbb kérdőívek megalkotása, azok alapos pszichometriai elemzése, illetve a más konstruktumokkal történő összehasonlítás vihet előrébb. Szintén lényeges lehet annak végig gondolása és vizsgálata, hogy melyek azok a személyiségbeli/működésbeli jellemzők, amelyek feltételét képezhetik a jelentudatos működésnek; s hasonlóan, a jelentudatos evés következményeit is fontos lehet elkülöníteni magától a folyamattól.

Köszönöm Pikó Bettina Professzor Asszonynak, hogy figyelmembe ajánlotta Renner modelljét az étkezési motivációkkal kapcsolatban! Renner modellje és kérdőíve az egyik legátfogóbb az étkezési motivációk feltárására való törekvésben. Jelentősége vitathatatlan, hiszen megpróbálta integrálni a szakirodalomban korábban megjelent motivációkat, s gondos módszertani alapossággal hozott létre egy új, komplex kérdőívet (Renner és mtsai., 2012). A kérdőív a motivációk 15 típusát különíti el, azonban fontos szempontnak vélem, hogy keverednek a „miért eszünk” és „milyen élelmiszereket választunk” kérdésekre adott válaszok; vagyis konceptuális szempontból számomra nem teljesen tiszta a modell és a kérdőív. Egyértelmű előnyének látom azonban, hogy az alkalmazott módszerekkel (korábbi kérdőívek faktorainak áttekintése, táplálkozás szakértőkkel és pszichológusokkal folytatott interjúk és egyeztetések, a kérdőív többkörös pszichometriai fejlesztése) egy nagyon átfogó – s ahogyan a szerzők maguk is hangsúlyozzák – az univerzális motivációkat csokorba gyűjtő eszköz született, ami jó kiindulási alap lehet további vizsgálatokhoz. Előnye még, hogy alkalmas lehet annak feltárására is, hogy a

különböző kultúrákban, szubkultúrákban és csoportokban mely motivációk játszanak kiemelkedő szerepet, s ez segíthet az egészséges és kóros étkezési magatartások megértésében és intervenciók tervezésében is. Tehát a kérdőív gyakorlati hasznát megkérdőjelezhetetlennek érzem, ugyanakkor a publikálása óta eltelt bő 10 évben még viszonylag kevés vizsgálat született a mérőeszközzel (Rempe és mtsai., 2019; Sproesser és mtsai., 2019).

Renner modelljével kapcsolatban ugyanakkor véleményem szerint több kritikai is megfogalmazható. Bár korábbi adatok is megerősítik, hogy a táplálkozás „miértjével” és a választott élelmiszerekkel típusával kapcsolatos motivációk összefüggést mutathatnak, a szerző nem indokolja eléggé, hogy miért érdemes együttesen kezelni (felmérni) ezeket a motivációkat, vagy hogy az eredményei (faktorai) hogyan helyezhetők el/értelmezhetők a két dimenzió függvényében. Renner modellje így összességében a táplálkozási motivációk biológiai, tanult, szociokulturális és anyagi-gazdasági aspektusait tartalmazzák, s a kialakított kérdőív ezeket a faktorokat fedi le. Ugyanakkor a szerző is utal arra, hogy létezhetnek további, akár látens faktorok a háttérben, s hogy fontos lenne minél szélesebb kulturális közegben vizsgálni ezeket a jelenségeket. A disszertációmban tárgyalt evési magatartások közös jellemzője, hogy nem vagy nem csak a táplálkozás miértjére és az étel típusára, vagyis az ételválasztásra vonatkoznak, hanem tartalmaznak olyan aspektusokat is, amelyek valami magasabb rendű univerzális értékhez való kapcsolódásra, összhangra törekvést jelentenek. Így ezen táplálkozási magatartások esetében a motivációkra vonatkozó kérdések nem annyira a „miért” és „mit”, hanem sokkal inkább a „hogyan” vagy „mihez kapcsolódva, mire hangolódva” kérdésekre irányulnak. Az intuitív evés és a kronotáplálkozás esetében a testi/fiziológiai működéssel való összhang állhat a középpontban (legalábbis az elméleti koncepciók értelmében). A mindful evés a jelenhez, míg az ökotáplálkozás a természethez való kapcsolódás szándékát hordozza. S bár az alapmotivációk esetében is megjelenhet azok identitásképző aspektusa (pl. bizonyos diétát egészségügyi okból követők csoportja, vagy tradicionális és szociális normák szerinti étkezés), a disszertációban tárgyalt evési magatartások talán egy plusz, bizonyos szempontból spirituálisabb dimenzióban is hozzájárulhatnak az identitásképzéshez.

A motivációk könnyebb áttekintése érdekében készítettem egy táblázatot (2. Táblázat), amely a disszertációban tárgyalt evési magatartásokat is megpróbálja elhelyezni a komplex hálózatban.

2. Táblázat. Az evéssel kapcsolatos motivációk

Korábban azonosított motivációk az evés aktusával kapcsolatban („Miért” eszünk?)	Az ételválasztással összefüggő motivációk („Mit” eszünk?)	Az étkezés módjára reflektáló evési magatartások (Hogyan eszünk?)
Fiziológiai szükséglet (telítettség/éhség érzete)	Egészség	Intuitív evés <i>(összhang a testtel, fiziológiai szükségletekkel)</i>
Érzelmek szabályozása	Ár	Mindful evés <i>(összhang a jelennel, érzéletekkel)</i>
Az étel külső ingerei által kiváltott vágy	Elérhetőség	Kronotáplálkozás <i>(összhang a biológiai ritmussal, szükségletekkel, igényekkel, fontos aspektus lehet a mit eszünk kérdése is)</i>
Az étel élvezeti értéke/élménye	Szenzoros ingerek	
Társas tényezők	Természetes élelmiszerek preferálása	
	Testsúlykontroll	
	Hangulat	
	Etikai aggodalmak <i>(összhang az adott kultúra/életvitel értékrendjével)</i>	
	Ismerősség	
	Tradíciók, szociális normák <i>(összhang a hagyományokkal)</i>	
	Ökológiai jóllét <i>(összhang a környezettel)</i>	Ökotáplálkozás <i>(összhang a környezettel)</i>
	Politikai értékek <i>(összhang a politikai nézetekkel)</i>	
	Vallási előírások <i>(összhang a vallási előírásokkal)</i>	

Pikó Bettina opponensem a rizikópercepció lehetséges szerepére és empirikus tesztelhetőségére is rákérdez az egészséges táplálkozással összefüggésben. A rizikópercepcióhoz, az Egészséghit Modell (Health Belief Model; HBM) keretében, elsősorban az észlelt sérülékenység és észlelt súlyosság kapcsolható. A válaszmotívum ketté bontanám az alapján, hogy a személy, aki az egészséges táplálkozás mellett dönt, rendelkezik-e valamilyen ismert betegséggel vagy egészségi állapottal, amelyben egyértelműen javasolt valamilyen egészséget megőrző diéta követése. Ha a személy olyan egészségügyi állapottal él (pl. cukorbetegség, lisztérzékenység, súlyos ételallergia), amelynek a menedzselése megkívánja a diétakövetést, az egészséges táplálkozással kapcsolatos motivációk erősebbé válhatnak, hiszen komolyabb tétje van annak, hogy hogyan érinti a táplálkozás a személy életét. Amennyiben a betegség észlelt súlyossága magasabb, vagy amennyiben a személy erősebbnek tudja/véli/érzi a kapcsolatot a táplálkozás és az állapota között, vagyis határozottabban tart attól, hogy a betegséggel összefüggésben súlyosabb szövődményei lehetnek, erősebb motivációra – és valószínűleg ezzel együtt erősebb diétakövetésre számíthatunk. Ha a betegséget vagy későbbi szövődményeit a személy nem tartja súlyosnak, és a táplálék-állapotromlás kapcsolatát sem érzi jelentősnek, az valószínűleg nem fogja erősíteni az egészséges táplálkozással és döntésekkel kapcsolatos motivációját. Mindezek alapján elengedhetetlenül fontosnak tartanám felmérni – a motivációk mellett – hogy a személy mennyire érzi súlyosnak a betegségét, illetve mennyire gondolja és tapasztalta, hogy a nem megfelelő (számára egészségtelen) táplálkozás hatással van a betegségére/tüneteire. A különböző krónikus betegségekben végzett vizsgálatok azt mutatják, hogy az észlelt súlyosság és az észlelt sérülékenység (ami többnyire a súlyosbodás lehetőségére és a szövődmények kialakulására vonatkozott) pozitív kapcsolatot mutatott az öngondoskodó viselkedésekkel, köztük a diétakövetéssel is (Abose és mtsai., 2024; Jones és mtsai., 2014; Karimy és mtsai., 2016). Módszertani szempontból fontos kiemelni, hogy e populáció esetében az észlelt súlyosság magára a betegségre/tünetekre vonatkozik, az észlelt sérülékenység azonban két különböző fókusszal is feltérképezhető; általánosan, vagyis, hogy mennyire tartja magát sérülékenynek a személy a szövődmények, illetve betegség súlyosbodása szempontjából, illetve a táplálkozásra specifikusan is, vagyis, hogy mennyire véli úgy, hogy a diéta nem megfelelő követése komoly hatással lehet az egészségi állapotára.

Abban az esetben, ha a személy nem rendelkezik olyan testi jellemzővel, ami kifejezetten megkívánna az egészséges táplálkozás követését, az észlelt súlyosság – legalábbis a betegségére

nézve – nem értelmezhető konstrukció. Ilyen esetben inkább az észlelt sérülékenységet lehet feltérképezni. Szintén egyrészt általánosan, vagyis, azzal a fókusszal, hogy a személy mennyire tartja valószínűleg, hogy az ő esetében ki fog alakulni valamilyen betegség, másrészt specifikusabban, vagyis, hogy mit gondol arról, hogy az egészségtelen táplálkozás milyen súlyos következményekkel járhat az egészségére vagy működésére nézve. Ezt az utat választották például Szabó & Pikó (2019) (pl. Attól tartok, hogy az egészségtelen táplálkozásom miatt sokáig ágyhoz kötött leszek majd az életem során.), míg mások olyan kérdéseket használtak, amelyek a diéta-egészségkonzekvencia kérdését általánosabban ragadták meg (Glick és mtsai., 2024) (pl. A kevesebb só fogyasztása véd a szívbetegség ellen.). Egészséges fiatal/serdülő mintán végzett vizsgálatban azt találták, hogy az általános és a diétázással kapcsolatos észlelt sérülékenység csak közvetett úton (a cselekvésre utaló jelzéseken keresztül) magyarázta az egészséges étkezés valószínűségét (Szabó & Pikó, 2019). A szerzők szerint a közvetlen kapcsolat hiánya a vizsgált populáció jellegzetességeiből eredhet, hiszen a fiatalok még az egészségükkel kapcsolatos irrealisztikus optimizmus korszakában élhetnek. Ugyanakkor felnőtt mintán mások közvetlen kapcsolatot is találtak az észlelt sérülékenység és az egészséges étkezésre való motiváció erőssége között (Wang & Li, 2015).

A rizikópercepció kérdése talán még komplexebb azok esetében, akik nem rendelkeznek orvosi diagnózissal, de megélik olyan tüneteket, amelyek vagy a gyomor-bélrendszerhez köthetőek, vagy más formában kapcsolhatóak össze a táplálkozással/táplálékok minőségével. Ilyenek lehetnek bizonyos funkcionális tünetek vagy a nehezen definiálható betegségekkel élők csoportja. Az abból fakadó bizonytalanság, hogy a személynek nincs magyarázata a betegségre, fokozhatja az olyan oktatási és viselkedési tanácsokat, amelyek a meggyengült kontroll érzést próbálják helyreállítani. Ilyen esetben szintén annak a feltérképezése lehet a cél, hogy a személy érzékeli-e, s ha igen, milyen szorosnak véli a kapcsolatot az egészséges táplálkozás és a tünetek intenzitása között, s esetleg az egészségszorongás mértékét is érdemes kontrollálni.

A válaszaimat összefoglalva; a rizikópercepció kérdése fontos aspektus lehet az egészséges étkezésre való törekvés szempontjából, s attól függően, hogy egészséges, diagnosztizált betegséggel rendelkező, vagy olyan tünetekkel rendelkező személyekről van szó, akiknek bizonytalan a betegsége, más-más fókusszal érdemes az észlelt sérülékenységet és súlyosságot feltérképezni.

Egyetértek Pikó Bettina Professzor Asszony azon meglátásával, hogy az életminőség preventív oldala – legalábbis a különböző krónikus betegségek esetében – kevésbé hangsúlyos, pedig kiemelten fontos lenne, hogy nagyobb teret kapjon a klinikai ellátásban. Bár a kutatások terén igen erőteljes a táplálkozás egészségre kifejtett hatásának a vizsgálata – mind egészségesnek ismert személyek, mind krónikus betegségekkel élők körében –, a vizsgálatokból származó eredmények csak igen ritkán konvertálódnak át jól körülhatárolt, evidencián alapuló diétázási javaslatokká vagy programokká. Az érintett személyek kevés professzionális segítséget kapva inkább a szociális médiában terjedő divattrendeket követik. Bár az egyes, az életmóddal szorosan összefüggő betegségek esetén léteznek ajánlott diéták (pl. a FODMAP irritábilis bél szindrómában (Ooi és mtsai., 2019), a DASH diéta szív- és érrendszeri betegségekben (Filippou és mtsai., 2020), a ketogén diéta az epilepsziás betegek egy csoportjában (Pinto és mtsai., 2024)), ezeknek diétáknak az életmódba való beágyazása valóban nem képezi szerves részét a krónikus betegségek menedzselésének. Fellendülőben vannak a genom elemzésén alapuló személyre szabott táplálkozási trendek is, amelyek célja, hogy az egyén genetikai profilja alapján optimalizálják az étrendet, elősegítve az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését vagy az állapot javítását. Bár a nutrigenomika és nutrigenetika fejlődésével a személyre szabott táplálkozási javaslatok is elérhetővé váltak, azok gyakorlatba történő átültetése szintén komoly kérdéseket vet fel (Singh, 2023).

Pikó Bettina Professzor Asszony hangsúlyozta az orthorexia nervosával kapcsolatos diagnosztikai bizonytalanságokat, s arra vonatkozott a kérése, hogy fejtsem ki a véleményemet azzal kapcsolatban, hogy önálló kórképnek tekinthető-e az ON, illetve, hogy elegendő lenne-e kérdőíves módszerek alapján megadni a diagnózist. A kérdés, hogy az ON önálló kórképnek tekinthető-e, mai napig vitákat kelt a szakirodalomban. Atchinson és Zickgraf témában írt áttekintő tanulmánya bemutatta a pro- és kontra érveket, ugyanakkor azóta sem született konszenzus a kérdés megválaszolásában (Atchison & Zickgraf, 2022). Többen – mint ahogyan az opponensem is – inkább amellet érvelnek, hogy az ON nem feltétlenül önálló patológia, hanem egy olyan jelenség, aminek keretében az egészséges táplálkozás álarcába bújtatva nyilvánulnak meg a személy olyan, nem feltétlenül egészséges, vagy akár patológiás szintű jellegzetességei és viselkedései, mint például a kényszeresség, a perfekcionizmus, a testképzavar, vagy egyéb evészavarok. Ennek motorja az is lehet, hogy az egészséges táplálkozás egy kulturálisan elfogadott, sőt nagyra értékelt viselkedésmód, amely mögött észrevétlenebb módon tudnak teret kapni a kóros mechanizmusok

is. Vagyis inkább háttér-patológiás jegyekről lehet szó, ahol a „tünetválasztásban” fontos a szociokulturális kontextus (többek között az egészségizmus terjedése, a szociális média hatása, a testkép jelentősége). Ugyanakkor, mivel az ON egy speciális, körülhatárolt tünet/viselkedésjellemzőkkel leírható jelenség, beleférhet a kultúra-függő betegségek kategóriájába is. Ezek a szindrómák – bár a megértésben és kezelésben lehet relevanciájuk – többnyire nem kerülnek be a diagnosztikai rendszerekbe, vagyis ebben az értelemben nem tekinthetők pszichiátriai zavarnak. Az ON kultúra-függő jellegét erősíti, hogy elsősorban azokban a társadalmakban figyelhető meg, ahol az egészség és a tiszta étkezés érték, s ahol a táplálékválasztásában viszonylagos szabadsága van az embereknek. A kultúrspecifikus betegségekhez való besorolás ellen szól azonban, hogy a hozzá kapcsolódó háttérmechanizmusok (szorongás, perfekcionizmus, kontrolligény) univerzálisak, s ugyan más formákban, de hasonló évessel kapcsolatos jelenségek a keleti kultúrákban is megfigyelhetők (Gramaglia és mtsai., 2019; Syurina és mtsai., 2018). Bár magam is részt vettem abban a folyamatban, amely során számos ország szakembereinek konszenzusos megegyezése segítségével kidolgoztunk egy javaslatot az orthorexia nervosa, mint önálló pszichiátriai betegség diagnosztikai jellemzőinek a felvázolására, egyelőre nem vagyok arról teljesen meggyőződve, hogy hasznos lenne önálló betegségként megjeleníteni. Az önálló diagnózis mellett szólhat, hogy körülhatárolt tünetekkel jellemezhető, amelynek van csak az ON-re jellemző komponense, s jelentősen képes korlátozni az élettevékenységeket. Ugyanakkor ismert pszichiátriai zavarokkal (elsősorban a kényszerzavarral és az anorexia nervosával), illetve azok mechanizmusaival jelentős átfedést mutat, ami viszont ellene szól annak, hogy önálló zavar lehet (Pontillo és mtsai., 2022). Ha a HiTOP rendszerben szeretnénk elhelyezni, akkor valószínűleg az internalizáló spektrumon, azon belül az evészavar alfaktoron jelenhetne meg, ugyanakkor a komponenseket tekintve egyértelműen keverednek benne a distressz és a félelem komponensei is; s az eddigi kutatások alapján azt mondhatjuk, hogy az ON extrém formájában számos olyan vonás megfigyelhető (pl. szorongás, érzelmi labilitás, ellenségesség, perszeveráció, identitással kapcsolatos bizonytalanságok, negatív kapcsolatok), amelyek az internalizáló spektrum alapjellemei. Talán azok a további vizsgálatok fognak tudni választ adni erre a kérdésre, amelyek statisztikai módszerek segítségével párhuzamosan képesek feltárni a dimenzionalitást és a csoportba tartozás kérdését (Kotov és mtsai., 2017). Személy szerint leginkább azzal a nézettel tudok azonosulni, hogy az ON-t az egészséges étkezés egy túlzott formájának tekintjük, ugyanakkor dimenzióként kezeljük; ezzel az állásponttal közel állok a

professzor asszonyék egyik idei publikációjukban megfogalmazott véleményéhez (Piko és mtsai., 2024). Egészségpszichológiai nézőpontból kiindulva úgy vélem, fontos elkerülni az orthorexiás tendenciákkal jellemezhető személyek patologizálását, ugyanakkor hasznos az ON tendencia mértékét mérni, hiszen rizikótényezőt jelent a diagnosztizálható evészavarok irányába, és a viselkedés mögött meghúzódhatnak más pszichopatológiai jegyek. Ezzel az állásponttal a pszichiátriai zavarok kontinuum-hipotézise mellett érvelek, s amellett, hogy a tünetek és a velük együtt járó korlátozottság és szenvedés mértéke lehet mérvadó abból a szempontból, hogy igényel-e a zavar kezelést, s ha igen, milyen. A kontinuum mérésére az újabb kérdőívek lehetnek alkalmasak, amelyek külön skálán mérik a viselkedéses és érzelmi jellemzőket és a károsodás mértékét. (Ahogy opponensem utalt rá, egy ilyen kérdőívet magyar nyelvre is lefordítottunk, s készül a validáló tanulmány.) A kérdőívek mellett azonban fontosnak vélem, hogy a kontinuum szélsőséges végén elhelyezhető, súlyos ON tendenciák esetében segítse a klinikusokat valamilyen kritériumrendszer és hozzá kapcsolódó strukturált interjú. Egészségpszichológusként az ON esetében a mérési/diagnosztikai bizonytalanságnál relevánsabbnak érzem azt a máig még kevésbé kutatott területet, amely annak megértésében segít, hogy a testi betegség miatt diétázásra kényszerülő személyek esetében – akik számos vizsgálat szerint rizikócsoportha sorolhatók (Kamarli Altun és mtsai., 2023; Kujawowicz és mtsai., 2022) – mi minden segíthet az orthorexiás tendenciák optimális szintjét meghaladó tendenciájának a prevenciójában vagy mérséklésében.

A reprodukív témákkal foglalkozó fejezetre vonatkozó válaszok

Bár a disszertáció utolsó nagy egységével kapcsolatban nem kaptam megválaszolandó kérdést, Köteles Ferenc opponensem jelezte, hogy a táplálkozással és a reprodukív egészséggel összefüggő fejezetek esetében is úgy érezte, hogy nem adnak hozzá elegendő információt a dolgozat fő témájához (vagy nem fejtettem ki eléggé, hogy ha mégis, hogyan). A táplálkozással kapcsolatos fejezettel összefüggő opponensi kérdésekre adott reflexióim remélhetőleg a Professzor Úrnak is választ adtak arra, hogy miért éreztem relevánsnak ezeket a kérdéseket az életminőség szempontjából.

A reprodukív egészség területéről hozott témák esetében pedig – saját megélésem szerint – kifejezetten azokat a szakirodalmakat igyekeztem integrálni, amelyek az életminőség szempontjából relevánsak, s arra helyeztem a hangsúlyt, hogy az életminőség mely területei

érintettek, s azok háttérében milyen biopszicho-szociális interakciókat tártak fel eddig. Az azonban vitathatatlan, hogy a biológiai részletek jóval nagyobb súllyal jelentek meg a dolgozatban, mint ami a pszichológiai tanulmányokban várható. Mivel a disszertáció ezen részeiben konkrét betegségekkel vagy egészségi állapotokkal foglalkoztam, elengedhetetlennek tartottam – s általában is ezt a szemléletet képviselem – hogy az egészségpszichológus kollégák ismerjék a betegségek és a felvázolt jelenségek alapvető biológiai mechanizmusait is. Az életminőség megértése szempontjából sem tartottam ezeket elhanyagolhatónak, hiszen a QoL integrált fogalma magában foglalja a testi egészség és folyamatok releváns jellemzőit is. Úgy vélem, ennek hiánya csökkentheti az interakciók megértésének és az egészségügyi szakemberekkel való együttműködésnek az esélyét. De el tudom fogadni, hogy ez szokatlan, s akár túlzónak is érezhető egy pszichológiai dolgozat esetén. A top-down folyamatokat szerepét természetesen én is kiemelten fontosnak érzem, s számos olyan mechanizmust lehetett volna részletesen bemutatni, amely ezeket tartalmazza. A disszertációban arra törekedtem, hogy az adott betegségek esetén mutassam be, hogy hol tartanak a kutatási eredmények a top-down folyamatok megértésében, integrálásában – s úgy vélem, hogy a szakirodalmi lehetőségekhez mérten ezeket felvázoltam. Ugyanakkor valóban lehetett volna célja a disszertációnak ezeknek a folyamatoknak az általánosabb – a konkrét témáktól független – és részletesebb bemutatása is.

Záró gondolatok

A bírálatokban erősen megjelent, hogy a saját munkáim kiemelése nem történt meg kellő hangsúllyal. Köszönöm, opponenseimnek, hogy felhívták erre a figyelmet! Ennek egyik oka abban keresendő, hogy mivel egy összefoglaló mű készült, nem szerettem volna az egyes vizsgálati eredményeinkre aránytalanul nagy hangsúlyt fektetni, inkább arra törekedtem, hogy ezek a munkák mintegy „beleolvadjanak” a szövegbe. Ez a disszertáció típusával kapcsolatos bizonytalanságomat is tükrözi, amire vonatkozóan eléggé ellentmondó javaslatokat kaptam. A visszajelzések hatására egyértelműen úgy gondolom, hogy érdemes lett volna ezeket a munkákat sok esetben nem csak hivatkozásként megjeleníteni. Ezt utólag valamennyire pótolva egy táblázatban összefoglaltam a disszertáció egyes fejezetei esetében a saját korábbi munkák fő vonulatait, jelentőségét, előnyeit, hiányait, gyakorlati implikációit, illetve a jövőbeli kutatási javaslatokat (3. Táblázat).

Végezetül ismét szeretnék köszönetet mondani mindhárom opponensemnek; a felvetett kérdésekkel arra sarkalltak, hogy bizonyos területeken igyekezzem még tovább gyarapítani, mélyíteni és integrálni az ismereteimet; s javaslataikat, tanácsaikat további munkáim során mindenképpen megfogadom.

Budapest, 2025.01.08.



Pigniczkiné dr. Rigó Adrien

3. Táblázat. A disszertációban tárgyalt témák, saját munkásság, annak előnyeinek, korlátainak, gyakorlati implikációinak és a jövőbeli kutatási terveknek a bemutatása

Téma	Fő munkásság, előnyei és a disszertációban megjelent aspektusok	Korlátok	Gyakorlati implikációk	Jövőbeli kutatási javaslatok/tervek
Az egészséggel összefüggő életminőség és mérése	<p>HRQoL kérdőívek fordítása, és adaptálása (Coeliac Disease Questionnaire; HIV/AIDS Targeted Quality of Life Questionnaire; Thyroid-Related Patient-Reported Outcome-39).</p> <p>A HRQoL magyarázóváltozóinak vizsgálata különböző betegségekben (krónikus légúti betegségek, emlődaganat, melanóma, HIV, szív- és érrendszeri betegségek, endometriózis, pajzsmirigy-alulműködés, vesetranszplantáció, bőrbetegségek)</p> <p>A disszertációban a HRQoL elhelyezése az egészségpszichológiában fontos konstruktumok hálójában; a koncepció és mérés fő kérdéseinek bemutatása.</p>	Nem minden esetben készült átfogó pszichometriai elemzés vagy validáció.	<p>A magyar nyelvű HRQoL kérdőívek elérhetőségének támogatása.</p> <p>Szemponatok megfogalmazása a további kutatások számára és a kérdőívek eredményeinek értelmezéséhez.</p>	<p>Egy, a HRQoL témájával foglalkozó kötet létrehozása, amely a magyar nyelven elérhető mérőeszközöket és azok jellemzőit is tartalmazza.</p> <p>További betegség-specifikus HRQoL kérdőívek adaptálása és validációja.</p>
Alkalmazkodás a testi betegségekhez	<p>Vizsgálatok a krónikus betegséghez való alkalmazkodás szempontjából jelentősnek vélt konstruktumokkal (előnytalálás, poszttraumás növekedés, betegségprezentációk) kapcsolatban különböző kórképek esetén (daganatos betegségek, autoimmun pajzsmirigybetegségek).</p> <p>A disszertációban a legfőbb alkalmazkodással kapcsolatos elméleti modellek áttekintése, s egy saját, integratív modell felvázolása.</p>	A felvázolt modell tesztelése még hiányzik, s valószínűleg nehezen operacionalizálható lesz. Kimeneti változóként nem csak a HRQoL-t érdemes integrálni, hanem egészségmutatókat is.	A modell hangsúlyt helyez a kognitív, érzelmi, viselkedési és identitást érintő folyamatokra is, próbálja különválasztani az alkalmazkodást célzó mechanizmusokat és kimeneteket, ezáltal keretet ad mind a pozitív, mind a negatív következmények elhelyezésére. Hangsúlyozza továbbá a	<p>A felvázolt modell továbbfejlesztése és a hozzá rendelhető mérőeszközök átgondolása.</p> <p>A Betegségidentitás Kérdőív adaptációja (folyamatban lévő vizsgálat).</p>

			folyamatok dinamikus jellegét, a kontextuális tényezők és az egyéni megközelítés fontosságát.	
Komorbid pszichiátriai zavarok	<p>Mentális egészséggel kapcsolatos vizsgálatok és összefoglaló tanulmányok egyes krónikus testi betegségek/jelenségek (SLE, Hashimoto-betegség, lisztérzékenység, IBS, PCOS)</p> <p>A disszertációban a krónikus testi betegségek esetében megfigyelhető leggyakoribb komorbid mentális zavarok áttekintése, s a potenciális háttérmechanizmusok bemutatása.</p> <p>A testi betegségekhez társuló mentális tünetek mérésének kihívásai a depresszió témakörén keresztül.</p>	<p>A fejezet nem tartalmazza a komorbid zavarok esetében a pszichiátriai betegségek esetében erősödő folyamat- és dimenzionális modelleket.</p> <p>A fejezet nem foglalkozik az egészségsszorongás témakörével.</p>	<p>A testi betegségekkel társuló leggyakoribb mentális tünetek/zavarok, valamint a háttérmechanizmusok és mérési nehézségek megértése segítheti a komplexebb, személyre szabott értelmezést és ellátást, csökkentheti a patologizálást és stigmatizációt.</p>	<p>Specifikus, krónikus testi betegségek esetén a komorbid pszichiátriai zavarokat is mérő kérdőívek magyar nyelvű adaptációja és validációja; könnyen érthető és alkalmazható szempontrendszerek felvázolása az eredmények értelmezéséhez.</p>
A szomatikus betegség, mint trauma	<p>A poszttraumás növekedés és előnytalálás vizsgálata melldaganatos és gyermekkori daganatos betegségeken átesett személyek és szülei körében.</p> <p>A disszertációban a testi betegség, mint lehetséges trauma kérdésének az elemzése, a PTSD és PTN kutatások fő eredményeinek bemutatása szomatikus betegségek esetén, a PTN és életminőség kapcsolatának a bemutatása.</p>	<p>A fejezetből hiányzik a trauma-elméletek fejlődéstörténeti bemutatása, s azok összekapcsolása a testi betegség, mint lehetséges trauma témával.</p>	<p>A testi betegségekhez és a kezelésekhöz kapcsolódó traumatikus élmények forrásának és szerveződésének a megértése; illetve annak hangsúlyozása, hogy az individuális megközelítésre van szükség.</p>	<p>Az elméleti összefoglaló alapján a testi betegséghez kapcsolódó trauma-élmények (egyes betegségeken átívelő, általánosabb) magyarázóváltozóinak a komplexebb vizsgálata.</p>
Szexualitás a krónikus szomatikus betegségekben	<p>A szexuális jellemzők életminőségre gyakorolt hatásának vizsgálata nőgyógyászati betegségekben (endometriózis, PCOS), illetve ezzel kapcsolatos összefoglaló tanulmányok.</p> <p>A disszertációban a szexuális életminőség meghatározóinak átfogóbb bemutatása a fő krónikus szomatikus testi betegségek esetén.</p>	<p>Elméleti összefoglaló, kevés a saját, s általában a magyar kutatások száma.</p>	<p>A szakemberek figyelmének felhívása, hogy a szexualitás tabusított témáját fontos beemlíteni a testi betegségekkel élő személyek nehézségeinek megértésébe és támogatásába. A biopszichoszociális</p>	<p>Rövid, a gyakorlatban is jól használható összefoglaló az egészségpszichológus, klinikus és szexuálpszichológus szakemberek számára.</p>

			interakciók hangsúlyozása a szexuális életminőség területén.	
A krónikus szomatikus betegségek kronobiológiai aspektusai	<p>Vizsgálatok és publikációk a kronotípus mérésével összefüggésben, valamint a kronotípus és néhány egészségkárosító magatartás (problémás internethasználat, alkoholfogyasztás, kávéfogyasztás, inaktív életmód) kapcsolatáról.</p> <p>A disszertációban a korábban megjelent, a kronotípus egészségben és alkalmazkodásban betöltött szerepéről készült monográfia kiegészítése a krónikus betegségek témájával összefüggésben.</p>	A pszichológiai folyamatok erősebb integrációjának a hiánya.	A kronobiológiai és kronopszichológiai folyamatok jelentőségének hangsúlyozása az egészség megőrzése és a krónikus betegségek menedzselése és kezelése szempontjából.	A kronopszichológiai/kronoviselkedéses aspektusok integrálása a krónikus betegségekkel összefüggő kutatásokba. (Jelenleg I. és II. típusú cukorbetegség esetében folyik egy kutatás, amelyben a kronotáplálkozás szerepét is vizsgáljuk a betegség menedzselésével és a biológiai paraméterekkel összefüggésben.)
Táplálkozási magatartás új formái és kapcsolatuk az életminőséggel	<p>Kutatások az egészséges étkezéssel, motivációival és kóros formáit (elsősorban az orthorexia nervosát) magyarázó tényezőkkel összefüggésben.</p> <p>ON-t mérő kérdőívek (Orthorexia Nervosa Inventory (ONI), Teurel Orthorexia Scale (TOS)) adaptálása.</p> <p>A disszertációban a „modern” evési magatartások (intuitív evés, jelentudatos evés, ökotáplálkozás, egészséges étkezés (healthy orthorexia)) életminőséggel kapcsolatos komplex viszonyának bemutatása. Az orthorexia nervosa konstruktumának és a vizsgálatával kapcsolatos fő kérdéseknek az ismertetése.</p>	Az evési magatartás még komplexebb kontextusba helyezésének a hiánya.	A korábbi kérdőívnél megbízhatóbb és komplexebb ON kérdőív magyar nyelvű változatának elérhetősége. Az evési magatartások háttérében álló motivációk széles spektrumának hangsúlyozása.	<p>Krónikus szomatikus betegeknel az evési magatartás adaptív és kóros formái esetében a rizikó- és prediktív tényezők vizsgálata, prevenciós és intervenciós ajánlások megfogalmazása.</p> <p>További részvétel az ON-nel kapcsolatos aktuális kérdések kutatásában (jelenleg a maladaptív sémákkal és kötődéssel összefüggésben zajlanak vizsgálataink, s készülnek tanulmányok).</p>
A reproduktív egészség kérdése	A meddőséggel és nőgyógyászati betegségekkel (PCOS, endometriózis) kapcsolatos egészségpszichológiai szemléletű és a gyermekvállaláshoz/reproduktív	További, kurrens, a reprodukciót érintő egészségpszichológiai témák elemzése és vizsgálata kimaradt (változókor, az	Olyan, a klinikumban is releváns reproduktív egészséggel kapcsolatos témák áttekintése az életminőség szempontjából, amelyek	A gyermekvállalási attitűdöket és szándékokat befolyásoló tényezők komplex vizsgálata termékeny korú, gyermektelen magyar nők és férfiak körében (folyamatban lévő kutatás).

	<p>egészséghez kapcsolódó attitűdök vizsgálata.</p> <p>A Reproductív egészségpszichológia könyv szerkesztése, tanulmányok.</p> <p>A disszertációban a korábbi kötet témáinak kiegészítése a következő fókuszokkal: (1) termékenységet veszélyeztető betegségek (PCOS, endometriózis) esetében az életminőséggel kapcsolatos kutatások áttekintése, s az életminőség szempontjából kiemelt témák (centrális szenzitizáció, komorbid zavarok) elemzése; (2) a termékenységet befolyásoló módszerek (fogamzásszabályozás különböző típusai, művi terhességmegszakítás, ivarsejt donáció) egészséggel és életminőséggel kapcsolatos kérdéseinek összefoglalása.</p>	<p>asszisztált reprodukció elérhetőségének pszichológiai következményei, a társadalmi-politikai tényezők hatása a tárgyalt kérdésekre).</p>	<p> hazánkban kevésbé kutatottak, olykor tabunak számítók.</p>	<p>A Reproductív egészségpszichológia kötet átdolgozott/bővített változatának elkészítése.</p>
<p>A disszertációról - általánosan</p>	<p>A krónikus betegségekkel való együttéléssel összefüggő jelenségekre fókuszál, a klinikai egészségpszichológia magyar nyelvű „szakkönyvtárát” igyekszik bővíteni.</p> <p>Elsősorban olyan témákat tárgyal, amelyeknek átfogóbb magyar nyelvű összefoglalója még nem, vagy szűkebb fókusszal/terjedelemben született.</p> <p>Középpontba helyezi az egészséggel összefüggő életminőség fogalmát, a definíciójával és mérésével kapcsolatos nehézségeket. A különböző témákat az életminőség kérdést is hangsúlyozva tekinti át.</p>	<p>A disszertáció témái sajátos szelekció következményei, amellyel elsősorban az eddigi munkásságom fő területeit szerettem volna bemutatni. Bár a közös szervezővel az életminőség kérdése volt, nem biztos, hogy minden esetben eléggé láthatóvá vagy érthetővé vált ez a szál.</p> <p>A választott műfaj miatt saját korábbi kutatásaim részletes</p>	<p>Miközben hazánkban is egyre elterjedtebb, hogy a pszichológus kollégák a szomatikus ellátás területén dolgoznak, számukra nem állnak rendelkezésre kidolgozott protokollok, segédanyagok, s gyakran a képzésükbe sem integrálódnak eléggé a tárgyalt témák. A disszertáció (és a tervezett átfogóbb kötet) egy újabb segítség lehet a klinikai egészségpszichológiai területen dolgozó gyakorlati szakemberek</p>	<p>Az egyes témáknál részletezve. Egy átfogó, a klinikai egészségpszichológia fő témáit tartalmazó kötet létrehozása, a területen jártas kollégákkal közösen.</p> <p>Az általam írt témák esetében a történeti-kontextuális vonulat beépítése, a kritikai egészségpszichológia és a kritikai szemlélet erősítése.</p> <p>Bizonyos, a testi betegségek esetében is megfigyelhető, a kurrens kutatások fókuszában álló általánosabb témák (tünetpercepció, interocepció, az érzelmszabályozás zavarai/alexitímia,</p>

	<p>Az eddigi ismeretek és modellek integrációjára törekszik.</p>	<p>bemutatásai nem jelennek meg benne.</p> <p>Bár egyértelműen interdiszciplináris szemléletet képvisel, bizonyos témák alulreprezentáltak (Pl. az ideglettani folyamatok részletesebb ismertetése, vagy a kulturális és narratív tényezők tágabb perspektívája).</p> <p>Hiányolható a tárgyalt jelenségek erősebb történeti kontextusba helyezése és a markánsabb kritikai szemlélet.</p>	<p>számára, s reményeim szerint a kutatók számára is tartalmaz inspiráló gondolatokat, megoldásra váró problémafelvetéseket.</p> <p>A tárgyalt témák fontosak lehetnek az egészségügyben dolgozó egyéb szakemberek számára is, s erősítheti a szakterületek közötti együttműködést.</p>	<p>egészségsszorongás, fájdalomszabályozás stb.) integrálása.</p>
--	--	--	---	---

A táblázat egyes sorai az adott téma esetében röviden tartalmazzák a munkásságom releváns aspektusait, s külön bekezdésekben jelöltem (a **disszertáció** szó erősebb jelölésével), hogy melyek azok a részek/témák, amelyek kifejezetten a disszertáció elkészítése céljából íródtak.

Felhasznált irodalmak

- Abose, S., Dassie, G. A., Megerso, A., & Charkos, T. G. (2024). Adherence to recommended diet among patients with diabetes mellitus type 2 on follow-up at Adama Hospital Medical College, Ethiopia. *Frontiers in Medicine*, *11*, 1484071. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1484071>
- Aspinwall, L. G., & Tedeschi, R. G. (2010). Of Babies and Bathwater: A Reply to Coyne and Tennen's Views on Positive Psychology and Health. *Annals of Behavioral Medicine*, *39*(1), 27–34. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9155-y>
- Atchison, A. E., & Zickgraf, H. F. (2022). Orthorexia nervosa and eating disorder behaviors: A systematic review of the literature. *Appetite*, *177*, 106134. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106134>
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellett, M. L., Hadler, K. A., & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*(1), 134. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>
- Barrada, J. R., & Roncero, M. (2018). Bidimensional Structure of the Orthorexia: Development and Initial Validation of a New Instrument. *Anales de Psicología*, *34*(2), 283. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299671>
- Bayram, H. M. (2024). The role of mindful eating, and intuitive eating on the relationship with orthorexia nervosa in University Students: A cross-sectional study. *Revista de Nutrição*, *37*, e230219. <https://doi.org/10.1590/1678-9865202437e230219>
- Bellino, S., & La Salvia, A. (2024). The Importance of Patient Reported Outcomes in Oncology Clinical Trials and Clinical Practice to Inform Regulatory and Healthcare Decision-Making. *Drugs in R&D*, *24*(2), 123–127. <https://doi.org/10.1007/s40268-024-00478-2>
- Bennett, A., Bery, A., Esposito, P., Zickgraf, H., & Adams, D. W. (2022). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Characteristics and Prevalence in Adult Celiac Disease Patients. *Gastro Hep Advances*, *1*(3), 321–327. <https://doi.org/10.1016/j.gastha.2022.01.002>
- Bergner, M. (1985). Measurement of Health Status: *Medical Care*, *23*(5), 696–704. <https://doi.org/10.1097/00005650-198505000-00028>
- Boutin, C., Maïano, C., & Aimé, A. (2024). Relation between orthorexia nervosa and healthy orthorexia: A latent profile analysis. *Appetite*, *194*, 107165. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.107165>
- Brown, P. (1995). Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, *35*, 34. <https://doi.org/10.2307/2626956>
- Bruce, L. J., & Ricciardelli, L. A. (2016). A systematic review of the psychosocial correlates of intuitive eating among adult women. *Appetite*, *96*, 454–472. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.10.012>
- Carrière, K., & Knäuper, B. (2023). The Four Facet Mindful Eating Scale (FFaMES). In O. N. Medvedev, C. U. Krägeloh, R. J. Siegert, & N. N. Singh (Szerk.), *Handbook of Assessment in Mindfulness Research* (o. 1–14). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-77644-2_95-1
- Carrière, K., Shireen, S. H., Siemers, N., Preißner, C. E., Starr, J., Falk, C., & Knäuper, B. (2022). Development and Validation of the Four Facet Mindful Eating Scale (FFaMES). *Appetite*, *168*, 105689. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105689>
- Chakradeo, P., Rasmussen, H. E., Swanson, G. R., Swanson, B., Fogg, L. F., Bishehsari, F., Burgess, H. J., & Keshavarzian, A. (2022). Psychometric Testing of a Food Timing Questionnaire and Food Timing Screener. *Current Developments in Nutrition*, *6*(2), nzab148. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzab148>
- Chamberland, M., Rochette, S., Carbonneau, N., & Gagnon-Girouard, M.-P. (2024). Development and Validation of the Eating Beliefs and Behaviors Questionnaire for Gastrointestinal Disorders (EBBQ-GID). *European Review of Applied Psychology*, *74*(3), 100941. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2023.100941>
- Charmaz, K. (2002). Stories and Silences: Disclosures and Self in Chronic Illness. *Qualitative Inquiry*, *8*(3), 302–328. <https://doi.org/10.1177/107780040200800307>
- Chassany, O., Sagnier, P., Marquis, P., Fullerton, S., & Aaronson, N. (2002). Patient-Reported Outcomes: The Example of Health-Related Quality of Life—a European Guidance Document for the Improved Integration of Health-Related Quality of Life Assessment in the Drug Regulatory Process. *Drug Information Journal*, *36*(1), 209–238. <https://doi.org/10.1177/009286150203600127>
- Claeys, E., & Vermeire, K. (2019). Immunosuppressive drugs in organ transplantation to prevent allograft rejection: Mode of action and side effects. *Journal of Immunological Sciences*, *3*(4), 14–21. <https://doi.org/10.29245/2578-3009/2019/4.1178>

- Clifford, D., Ozier, A., Bundros, J., Moore, J., Kreiser, A., & Morris, M. N. (2015). Impact of Non-Diet Approaches on Attitudes, Behaviors, and Health Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(2), 143-155.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2014.12.002>
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, N. L., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Gayer, D. E., Glenn, L. M., Hudspeth, T., Mahoney, D., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Rizvi, S. A. T., Rizzo, D. M., ... Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2-3), 267-276. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2006.02.023>
- Coyne, J. C., & Tennen, H. (2010). Positive Psychology in Cancer Care: Bad Science, Exaggerated Claims, and Unproven Medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 16-26. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9154-z>
- Coyne, J. C., Tennen, H., & Ranchor, A. V. (2010). Positive Psychology in Cancer Care: A Story Line Resistant to Evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 35-42. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9157-9>
- Cruz Rivera, S., McMullan, C., Jones, L., Kyte, D., Slade, A., & Calvert, M. (2020). The impact of patient-reported outcome data from clinical trials: Perspectives from international stakeholders. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 4(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s41687-020-00219-4>
- Csabai, M. (2006). A szomatizáció szociálpszichológiai kutatásának tudományos és társadalmi környezete. *Pszichológia*, 26(4), 289-304.
- Csabai, M. (2007). *Tünetvándorlás. A hisztériától a krónikus fáradtságig*. Jászöveg Műhely Kiadó.
- Davies, G., Kalika, E., Hussain, M., Egan, H., & Mantzios, M. (2022). Exploring the association of body mass index, mindful and emotional eating to orthorexia. *Health Psychology Report*. <https://doi.org/10.5114/hpr/153966>
- De Toro-Martín, J., Arsenault, B., Després, J.-P., & Vohl, M.-C. (2017). Precision Nutrition: A Review of Personalized Nutritional Approaches for the Prevention and Management of Metabolic Syndrome. *Nutrients*, 9(8), 913. <https://doi.org/10.3390/nu9080913>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40(1/2), 189-216. <https://doi.org/10.1023/A:1006859511756>
- Dobos, B., Berki, T., Mellor, D., & Piko, B. F. (2024). Mindful eating and orthorexia nervosa: How do they interact? *Nutrition Bulletin*, 49(4), 513-525. <https://doi.org/10.1111/nbu.12708>
- Fayers, P. M. (1997). Factor analysis, causal indicators and quality of life. *Quality of Life Research*, 6(2), 0-0. <https://doi.org/10.1023/A:1026490117121>
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2007). *Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (2nd ed). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470024522>
- Ferentzi, E., Tihanyi, B. T., Szemerszky, R., Dömötör, Z., Bárdos, G., & Köteles, F. (2018). Interocepció. Narratív összefoglaló. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 19(4), 297-334. <https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.014>
- Filippou, C. D., Tsioufis, C. P., Thomopoulos, C. G., Mihos, C. C., Dimitriadis, K. S., Sotiropoulou, L. I., Chrysochoou, C. A., Nihoyannopoulos, P. I., & Tousoulis, D. M. (2020). Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet and Blood Pressure Reduction in Adults with and without Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Advances in Nutrition*, 11(5), 1150-1160. <https://doi.org/10.1093/advances/nmaa041>
- Fischler, C. (1988). Food, self and identity. *Social Science Information*, 27(2), 275-292. <https://doi.org/10.1177/053901888027002005>
- Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), 138-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.33.2.138>
- Fuchs, D., Schlipphak, B., Treib, O., Long, L. A. N., & Lederer, M. (2020). Which Way Forward in Measuring the Quality of Life? A Critical Analysis of Sustainability and Well-Being Indicator Sets. *Global Environmental Politics*, 20(2), 12-36. https://doi.org/10.1162/glep_a_00554
- Gaglio, B., Henton, M., Barbeau, A., Evans, E., Hickam, D., Newhouse, R., & Zickmund, S. (2020). Methodological standards for qualitative and mixed methods patient centered outcomes research. *BMJ*, m4435. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4435>
- Glick, A., Winham, D., Heer, M., Shelley, M., & Hutchins, A. (2024). Health Belief Model Predicts Likelihood of Eating Nutrient-Rich Foods among U.S. Adults. *Nutrients*, 16(14), 2335. <https://doi.org/10.3390/nu16142335>
- Gramaglia, C., Gambaro, E., Delicato, C., Marchetti, M., Sarchiapone, M., Ferrante, D., Roncero, M., Perpiñá, C., Brytek-Matera, A., Wojtyna, E., & Zeppegno, P. (2019). Orthorexia nervosa, eating patterns and personality

- traits: A cross-cultural comparison of Italian, Polish and Spanish university students. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 235. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2208-2>
- Gunther, M., Jiang, S., Banga, A., & Sher, Y. (2023). Delayed-Onset Psychosis Secondary to Tacrolimus Neurotoxicity After Lung Transplant: A Case Report and Systematic Review. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, *64*(6), 550–561. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2023.09.002>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2022). The common sense model of illness self-regulation: A conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review*, *16*(3), 347–377. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>
- Haslam, N. (2016). Concept Creep: Psychology’s Expanding Concepts of Harm and Pathology. *Psychological Inquiry*, *27*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2016.1082418>
- Hays, R. D., Kallich, J. D., Mapes, D. L., Coons, S. J., & Carter, W. B. (1994). Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQOLTM) Instrument. *Quality of Life Research*, *3*(5), 329–338. <https://doi.org/10.1007/BF00451725>
- Herbert, B. M., Blechert, J., Hautzinger, M., Matthias, E., & Herbert, C. (2013). Intuitive eating is associated with interoceptive sensitivity. Effects on body mass index. *Appetite*, *70*, 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.082>
- Hoare, J. K., Lister, N. B., Garnett, S. P., Baur, L. A., & Jebeile, H. (2022). Mindful and Intuitive Eating Imagery on Instagram: A Content Analysis. *Nutrients*, *14*(18), 3834. <https://doi.org/10.3390/nu14183834>
- Honelová, M., & Vidovičová, L. (2023). Why do (middle-aged) women undergo cosmetic/aesthetic surgery? Scoping review. *Women’s Studies International Forum*, *101*, 102842. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2023.102842>
- Horwath, C., Hagmann, D., & Hartmann, C. (2019). Intuitive eating and food intake in men and women: Results from the Swiss food panel study. *Appetite*, *135*, 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.12.036>
- Jing, W., Bi, C., Fang, Z., Qian, C., Chen, J., Yu, J., Tian, G., Ye, M., & Liu, Z. (2023). Neuropsychiatric sequelae after liver transplantation and their possible mechanism via the microbiota–gut–liver–brain axis. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *163*, 114855. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2023.114855>
- Johnson, R. J., & Wolinsky, F. D. (1993). The Structure of Health Status Among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation, and Perceived Health. *Journal of Health and Social Behavior*, *34*(2), 105. <https://doi.org/10.2307/2137238>
- Jones, C. J., Smith, H. E., Frew, A. J., Toit, G. D., Mukhopadhyay, S., & Llewellyn, C. D. (2014). Explaining adherence to self-care behaviours amongst adolescents with food allergy: A comparison of the health belief model and the common sense self-regulation model. *British Journal of Health Psychology*, *19*(1), 65–82. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12033>
- Jovanovski, N., & Jaeger, T. (2022). Demystifying ‘diet culture’: Exploring the meaning of diet culture in online ‘anti-diet’ feminist, fat activist, and health professional communities. *Women’s Studies International Forum*, *90*, 102558. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2021.102558>
- Kamarli Altun, H., Özyildirim, C., Koç, Ş., Aksoy, H. N., Sağır, B., Bozkurt, M. S., & Karasu, H. (2023). The factors associated with orthorexia nervosa in type 2 diabetes and their effect on diabetes self-management scores. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *28*(1), 22. <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01552-5>
- Kaneyasu, T., Saito, S., Miyazaki, K., Suzukamo, Y., Naito, M., Kawaguchi, T., Nakajima, T. E., Yamaguchi, T., & Shimoizuma, K. (2024). Perceptions regarding the concept and definition of patient-reported outcomes among healthcare stakeholders in Japan with relation to quality of life: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, *22*(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02224-9>
- Karimy, M., Araban, M., Zareban, I., Taher, M., & Abedi, A. (2016). Determinants of adherence to self-care behavior among women with type 2 diabetes: An explanation based on health belief model. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, *30*, 368.
- Karki, B. K. (2020). Postmodern Perspective towards Human Health and Illness. *KMC Research Journal*, *4*(4), 29–36. <https://doi.org/10.3126/kmcrj.v4i4.46476>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kujawowicz, K., Mirończuk-Chodakowska, I., & Witkowska, A. M. (2022). Dietary Behavior and Risk of Orthorexia in Women with Celiac Disease. *Nutrients*, *14*(4), 904. <https://doi.org/10.3390/nu14040904>

- Lamm, T. T., Von Schrottenberg, V., Rauch, A., Bach, B., Pedersen, H. F., Rask, M. T., Ørnbøl, E., Wellnitz, K. B., & Frostholm, L. (2025). Five-factor personality traits and functional somatic disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 115*, 102529. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102529>
- Langley, L. (2024). *Childhood Food Insecurity as it relates to Adult Intuitive Eating Patterns* [BA, University of Mississippi, Honors College]. https://egrove.olemiss.edu/hon_thesis/3072/?utm_source=egrove.olemiss.edu%2Fhon_thesis%2F3072&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
- Latos, M., Lázár, G., Horváth, Z., Wittmann, V., Szederkényi, E., Hódi, Z., Szenohradszky, P., & Csabai, M. (2016). Psychological rejection of the transplanted organ and graft dysfunction in kidney transplant patients. *Transplant Research and Risk Management, Volume 8*, 15–24. <https://doi.org/10.2147/TRRM.S104133>
- Lohr, K. N., & Zebrack, B. J. (2009). Using patient-reported outcomes in clinical practice: Challenges and opportunities. *Quality of Life Research, 18*(1), 99–107. <https://doi.org/10.1007/s11136-008-9413-7>
- Lomas, T. (2015). Positive cross-cultural psychology: Exploring similarity and difference in constructions and experiences of wellbeing. *International Journal of Wellbeing, 5*(4), 60–77. <https://doi.org/10.5502/ijw.v5i4.437>
- Markowitz, J. T., Butler, D. A., Volkening, L. K., Antisdel, J. E., Anderson, B. J., & Laffel, L. M. B. (2010). Brief Screening Tool for Disordered Eating in Diabetes. *Diabetes Care, 33*(3), 495–500. <https://doi.org/10.2337/dc09-1890>
- Marquis, P., Arnould, B., Acquadro, C., & Roberts, W. M. (2006). Patient-reported outcomes and health-related quality of life in effectiveness studies: Pros and cons. *Drug Development Research, 67*(3), 193–201. <https://doi.org/10.1002/ddr.20077>
- Martin, E., Dourish, C. T., Rotshtein, P., Spetter, M. S., & Higgs, S. (2019). Interoception and disordered eating: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 107*, 166–191. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.08.020>
- Masaki, F. (2023). Self-regulation from the sociocultural perspective—A literature review. *Cogent Education, 10*(2), 2243763. <https://doi.org/10.1080/2331186X.2023.2243763>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Mattoo, S., & Anil Kumar, B. (2015). Organ transplant & the psychiatrist: An overview. *Indian Journal of Medical Research, 141*(4), 408. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.159268>
- Melchior, C., Algera, J., Colomier, E., Törnblom, H., Simrén, M., & Störsrud, S. (2022). Food Avoidance and Restriction in Irritable Bowel Syndrome: Relevance for Symptoms, Quality of Life and Nutrient Intake. *Clinical Gastroenterology and Hepatology, 20*(6), 1290-1298.e4. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.07.004>
- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1984). The Crisis of Physical Illness: An Overview and Conceptual Approach. In R. H. Moos (Szerk.), *Coping with physical illness: 2 New perspectives* (o. 3–26). Plenum Medical Book Co.
- Morita, P. P., Sahu, K. S., & Oetomo, A. (2023). Health Monitoring Using Smart Home Technologies: Scoping Review. *JMIR mHealth and uHealth, 11*, e37347. <https://doi.org/10.2196/37347>
- Mostafaei, S., Kabir, K., Kazemnejad, A., Feizi, A., Mansourian, M., Hassanzadeh Keshteli, A., Afshar, H., Arzaghi, S. M., Rasekhi Dehkordi, S., Adibi, P., & Ghadirian, F. (2019). Explanation of somatic symptoms by mental health and personality traits: Application of Bayesian regularized quantile regression in a large population study. *BMC Psychiatry, 19*(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2189-1>
- Neigh, G. N., & Ali, F. F. (2016). Co-morbidity of PTSD and immune system dysfunction: Opportunities for treatment. *Current Opinion in Pharmacology, 29*, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2016.07.011>
- Nelson, B., McGorry, P. D., Wichers, M., Wigman, J. T. W., & Hartmann, J. A. (2017). Moving From Static to Dynamic Models of the Onset of Mental Disorder: A Review. *JAMA Psychiatry, 74*(5), 528. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0001>
- Niemelä, P. E., Leppänen, H. A., Voutilainen, A., Möykkynen, E. M., Virtanen, K. A., Ruusunen, A. A., & Rintamäki, R. M. (2024). Prevalence of eating disorder symptoms in people with insulin-dependent-diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors, 53*, 101863. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2024.101863>
- O'Brien, T. B., & DeLongis, A. (1996). The Interactional Context of Problem-, Emotion-, and Relationship-Focused Coping: The Role of the Big Five Personality Factors. *Journal of Personality, 64*(4), 775–813. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00944.x>
- O'Connell, K. A., & Skevington, S. M. (2012). An International Quality of Life Instrument to Assess Wellbeing in Adults Who are HIV-Positive: A Short Form of the WHOQOL-HIV (31 items). *AIDS and Behavior, 16*(2), 452–460. <https://doi.org/10.1007/s10461-010-9863-0>

- Ooi, S. L., Correa, D., & Pak, S. C. (2019). Probiotics, prebiotics, and low FODMAP diet for irritable bowel syndrome – What is the current evidence? *Complementary Therapies in Medicine*, 43, 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.01.010>
- Ortega-Gómez, E., Vicente-Galindo, P., Martín-Rodero, H., & Galindo-Villardón, P. (2022). Detection of response shift in health-related quality of life studies: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 20(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01926-w>
- Osoba, D. (2007). Translating the Science of Patient-Reported Outcomes Assessment Into Clinical Practice. *JNCI Monographs*, 2007(37), 5–11. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgm002>
- Pasquale, C. D. (2014). Psychopathological aspects of kidney transplantation: Efficacy of a multidisciplinary team. *World Journal of Transplantation*, 4(4), 267. <https://doi.org/10.5500/wjt.v4.i4.267>
- Piko, B. F., Kulmán, E., & Mellor, D. (2024). Orthorexic Tendency in Light of Eating Disorder Attitudes, Social Media Addiction and Regular Sporting Among Young Hungarian Women. *Issues in Mental Health Nursing*, 45(9), 990–997. <https://doi.org/10.1080/01612840.2024.2379428>
- Pilař, L., Stanislavská, L. K., Kvasnička, R., Hartman, R., & Tichá, I. (2021). Healthy Food on Instagram Social Network: Vegan, Homemade and Clean Eating. *Nutrients*, 13(6), 1991. <https://doi.org/10.3390/nu13061991>
- Pinto, A. L., Montenegro, M. A., Valente, K., & Sampaio, L. B. (2024). Ketogenic diet therapy for epilepsy: Clinical pearls. *Epilepsy & Behavior*, 161, 110091. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2024.110091>
- Pontillo, M., Zanna, V., Demaria, F., Averna, R., Di Vincenzo, C., De Biase, M., Di Luzio, M., Foti, B., Tata, M. C., & Vicari, S. (2022). Orthorexia Nervosa, Eating Disorders, and Obsessive-Compulsive Disorder: A Selective Review of the Last Seven Years. *Journal of Clinical Medicine*, 11(20), 6134. <https://doi.org/10.3390/jcm11206134>
- Probert, J., & Punko, D. (2022). (188) A Biopsychosocial Formulation of Psychosis after Kidney Transplantation: When Cultural Identity and Biology Collide. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 63, S204. <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.10.190>
- Rapkin, B. D., & Schwartz, C. E. (2004). Toward a theoretical model of quality-of-life appraisal: Implications of findings from studies of response shift. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-14>
- Read, J. L., Quinn, R. J., & Hoefler, M. A. (1987). Measuring overall health: An evaluation of three important approaches. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 7S-21S. [https://doi.org/10.1016/S0021-9681\(87\)80027-9](https://doi.org/10.1016/S0021-9681(87)80027-9)
- Rehman, U., Perwaiz, I., Sohaib Sarwar, M., & Brennan, P. A. (2023). Mental health screening in facial cosmetic surgery: A narrative review of the literature. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 61(7), 455–463. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2023.05.003>
- Rempe, H. M., Sproesser, G., Gingrich, A., Spiegel, A., Skurk, T., Brandl, B., Hauner, H., Renner, B., Volkert, D., Sieber, C. C., Freiberger, E., & Kiesswetter, E. (2019). Measuring eating motives in older adults with and without functional impairments with The Eating Motivation Survey (TEMS). *Appetite*, 137, 1–20. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.01.024>
- Renner, B., Sproesser, G., Strohbach, S., & Schupp, H. T. (2012). Why we eat what we eat. The Eating Motivation Survey (TEMS). *Appetite*, 59(1), 117–128. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.004>
- Rigó, A. (2017). *Baglyok és pacsirták—Együtt vagy egymás ellen a túlélésért?* ELTE Eötvös Kiadó.
- Sarasati, B., Setiasih, & Sukanto, M. E. (2024). Trends on Study of Women During Menopausal Transition. *ANIMA Indonesian Psychological Journal*, 39(2), E08. <https://doi.org/10.24123/aipj.v39i2.6263>
- Sasahara, K. (2019). You are what you eat: A social media study of food identity. *Journal of Computational Social Science*, 2(2), 103–117. <https://doi.org/10.1007/s42001-019-00039-7>
- Schalock, R. L., Bonham, G. S., & Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 181–190. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001>
- Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. Á., & Gómez, L. E. (2010). Quality of Life Model Development and Use in the Field of Intellectual Disability. In R. Kober (Szerk.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disabilities* (Köt. 41, o. 17–32). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-9650-0_2
- Sharf, B. F., & Vanderford, M. L. (2003). Illness narratives and the social construction of health. In *Handbook of health communication*. (o. 9–34). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Shneider, C. E., Robbertz, A. S., & Cohen, L. L. (2024). A Systematic Review of Relationships Between Illness Identity and Health-Related Outcomes in Individuals with Chronic Illnesses. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 31(1), 130–142. <https://doi.org/10.1007/s10880-023-09973-1>

- Singh, V. (2023). Current challenges and future implications of exploiting the omics data into nutrigenetics and nutrigenomics for personalized diagnosis and nutrition-based care. *Nutrition*, *110*, 112002. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2023.112002>
- Spence, R., Kagan, L., & Bifulco, A. (2019). A contextual approach to trauma experience: Lessons from life events research. *Psychological Medicine*, *49*(09), 1409–1413. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000850>
- Sprangers, M. A. G., & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: A theoretical model. *Social Science & Medicine*, *48*(11), 1507–1515. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00045-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00045-3)
- Sprangers, M. A., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., Te Velde, A., Muller, M., Franzini, L., Williams, A., De Haes, H. C., Hopwood, P., Cull, A., & Aaronson, N. K. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: First results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology*, *14*(10), 2756–2768. <https://doi.org/10.1200/JCO.1996.14.10.2756>
- Sproesser, G., Moraes, J. M. M., Renner, B., & Alvarenga, M. D. S. (2019). The Eating Motivation Survey in Brazil: Results From a Sample of the General Adult Population. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2334. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02334>
- Staunton, H., Willgoss, T., Nelsen, L., Burbridge, C., Sully, K., Rofail, D., & Arbuckle, R. (2019). An overview of using qualitative techniques to explore and define estimates of clinically important change on clinical outcome assessments. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, *3*(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s41687-019-0100-y>
- Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, *29*(1), 24–33. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.006>
- Syurina, E. V., Bood, Z. M., Ryman, F. V. M., & Muftugil-Yalcin, S. (2018). Cultural Phenomena Believed to Be Associated With Orthorexia Nervosa – Opinion Study in Dutch Health Professionals. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1419. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01419>
- Szabó, K., & Pikó, B. (2019). Likelihood of healthy eating among adolescents based on the health belief model. *Developments in Health Sciences*, *2*(1), 22–27. <https://doi.org/10.1556/2066.2.2019.004>
- Tapper, K. (2022). Mindful eating: What we know so far. *Nutrition Bulletin*, *47*(2), 168–185. <https://doi.org/10.1111/nbu.12559>
- Tiringer, I. (2012). *Az akut kardiológiai eseményen átesett betegek hosszú távú életminőségét befolyásoló pszichoszociális tényezők vizsgálata—Doktori (PhD) értekezés*. Pszichológiai Doktori Iskola, Pécsi Tudományegyetem.
- Van Den Bergh, O., Witthöft, M., Petersen, S., & Brown, R. J. (2017). Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *74*, 185–203. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.015>
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2014). Review Article Relationships between intuitive eating and health indicators: Literature review. *Public Health Nutrition*, *17*(8), 1757–1766. <https://doi.org/10.1017/S1368980013002139>
- Van Dyke, N., & Drinkwater, E. J. (2022). Intuitive eating is positively associated with indicators of physical and mental health among rural Australian adults. *Australian Journal of Rural Health*, *30*(4), 468–477. <https://doi.org/10.1111/ajr.12856>
- Van Dyke, N., Murphy, M., & Drinkwater, E. J. (2023). What do people think of intuitive eating? A qualitative exploration with rural Australians. *PLOS ONE*, *18*(8), e0278979. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278979>
- Van Zyl, L. E., Gaffaney, J., Van Der Vaart, L., Dik, B. J., & Donaldson, S. I. (2024). The critiques and criticisms of positive psychology: A systematic review. *The Journal of Positive Psychology*, *19*(2), 206–235. <https://doi.org/10.1080/17439760.2023.2178956>
- Verain, M. C. D., Dagevos, H., & Antonides, G. (2015). Sustainable food consumption. Product choice or curtailment? *Appetite*, *91*, 375–384. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.04.055>
- Veronda, A. C., Allison, K. C., Crosby, R. D., & Irish, L. A. (2022). Development and validation of the Chrononutrition Profile – Diary. *Eating Behaviors*, *45*, 101625. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2022.101625>
- Vet, H. C. W. D., Adèr, H. J., Terwee, C. B., & Pouwer, F. (2005). Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *Quality of Life Research*, *14*(5), 1203–1218. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-5742-3>
- Vickrey, B. G., Hays, R. D., Harooni, R., Myers, L. W., & Ellison, G. W. (1995). A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, *4*(3), 187–206. <https://doi.org/10.1007/BF02260859>
- Wang, E. S.-T., & Li, Y.-L. (2015). The effect of stress and visible health problems on the intent to continue health food consumption. *British Food Journal*, *117*(1), 302–317. <https://doi.org/10.1108/BFJ-09-2013-0275>

- Warschburger, P., Wortmann, H. R., Gisch, U. A., Baer, N.-R., Schenk, L., Anton, V., & Bergmann, M. M. (2022). An experimental approach to training interoceptive sensitivity: Study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Nutrition Journal*, *21*(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12937-022-00827-4>
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, *96*(2), 234–254. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.234>
- Weinfurt, K. P., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Dombek, C. B., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., Luecht, R. M., Magasi, S., Porter, L. S., Reese, J. B., Reeve, B. B., Shelby, R. A., Smith, A. W., Willse, J. T., & Flynn, K. E. (2015). Development and Initial Validation of the PROMIS® Sexual Function and Satisfaction Measures Version 2.0. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(9), 1961–1974. <https://doi.org/10.1111/jsm.12966>
- Werlang, M. E., Sim, L. A., Lebow, J. R., & Lacy, B. E. (2021). Assessing for Eating Disorders: A Primer for Gastroenterologists. *American Journal of Gastroenterology*, *116*(1), 68–76. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001029>
- WHO. (2012). *WHOQOL User Manual*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1
- Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, *273*(1), 59–65.
- Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing Quality of Life in Clinical Research. *Journal of Clinical Epidemiology*, *52*(4), 355–363. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00179-6](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00179-6)
- Yakushko, O., & Blodgett, E. (2021). Negative Reflections About Positive Psychology: On Constraining the Field to a Focus on Happiness and Personal Achievement. *Journal of Humanistic Psychology*, *61*(1), 104–131. <https://doi.org/10.1177/0022167818794551>
- Yelencich, E., Truong, E., Widaman, A. M., Pignotti, G., Yang, L., Jeon, Y., Weber, A. T., Shah, R., Smith, J., Sauk, J. S., & Limketkai, B. N. (2022). Avoidant Restrictive Food Intake Disorder Prevalent Among Patients With Inflammatory Bowel Disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, *20*(6), 1282–1289.e1. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.08.009>
- Zarif, A. (2022). The ethical challenges facing the widespread adoption of digital healthcare technology. *Health and Technology*, *12*(1), 175–179. <https://doi.org/10.1007/s12553-021-00596-w>