

**Zárójelentés (K71754): A szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegek személyiségjellemzőinek komplex klinikai és egészségpszichológiai megközelítése c. OTKA pályázathoz (2008-2012)**

Témavezető: Gyöngyösiné Prof. Dr. Kiss Enikő

## **1. A kutatás előzményei**

A betegségsspektrumot tekintve jelentős változás következett be az utóbbi száz évben, a vezető helyet a mortalitási statisztikákban a krónikus nem fertőző betegségek vették át a fertőző megbetegedésekkel szemben (Sanderson, 2004). A problémát tovább mélyíti az a tény, hogy a következő évtizedekben a krónikus betegségek prevalenciája a születéskor várható élettartam folyamatosan növekvő tendenciája miatt várhatóan tovább emelkedik (De Ridder, 2004). A krónikus megbetegedések közé sorolhatók a szisztémás autoimmun kórképek (kötőszöveti betegségek), amelyek eltérő klinikai képet mutatnak a diagnosztikai kritériumtünetek számát, a szervi károsodás irreverzibilitásának mértékét, a betegség aktuális gyulladáshoz való aktivitásának mértékét illetően, miközben a kezdeti szimptomák igen hasonlóak lehetnek. Következésképpen a betegség súlyossága és prognózisa rendkívül változatos képet mutat még egy adott kórképen belül is (Czirják, 2006).

A leggyakoribb szisztémás kötőszöveti megbetegedés, a rheumatoid arthritis vizsgálata hosszabb pszichológiatörténeti múltra tekint vissza. A lakosság 1-2%-t érintő betegséggel kapcsolatban már az 1950-es években alapvető kutatási eredmények és elméletek láttak napvilágot, leginkább a pszichoszomatikus medicina tudományterületén belül (ld. Alexander, 1950, magyar vonatkozását lásd pl. Mendelényi és Marton, 1962, illetve Kulcsár összefoglaló munkáját 1993-ból).

A szisztémás kötőszöveti megbetegedések újabb személyiség-lélektani kutatási témái elsősorban a depresszió szerepének tisztázására (ld. többek között Johnston et al., 1999; Omdal et al., 1995; Hutchinson et al., 1996; Wang et al., 1998.), a stressz szerepére (többek között Iverson et al., 1994; Amit et al., 1997; Adams et al., 1994; Moran, 1996; Hanly et al., 1997; Shortall et al., 1995; Sloan et al., 1998; Stoute et al., 1996; és Druley et al., 1997), a betegséggel együtt járó kognitív diszfunkciókra (többek között Carbotte et al., 1995; Hanly et al., 1994, 1997; Hay et al., 1994; Kozora et al., 1996) valamint az életminőség vizsgálatára irányultak (többek között Thumboo et al., 1997).

Az autoimmun megbetegedések kutatásának a pszichoneuroimmunológia színre lépése adott új lendületet (ld. Adler, 2001; Ader, 2003), és azon kérdőíves eljárások megjelenése, amelyek a megküzdés vizsgálatára fókuszáltak.

Magyar viszonylatban elsősorban a szisztémás lupus erythematosus (SLE) pszichés hátterének vizsgálatával kapcsolatban folytak kutatások (Kulcsár Zs., Ehmann B., Rigó A., 1996; Kulcsár Zs., 1998; Ehmann B., 2000; Rigó A., et al., 2001, Rigó A., 2003), melyek a téma kutatásának első lépéseit jelentették.

A jelenlegi helyzetet összegezve a kötőszöveti betegségek etiológiai kialakulására és a bekövetkező egészségkárosodás egyéni különbségeinek előfordulására nincs még magyarázatunk. A kötőszöveti betegségek nagyfokú diverzitása (klinikai kép, tünetek súlyossága, prognózis) mellett hiányoznak azok az átfogó nemzetközi és hazai kutatások, amelyek a szisztémás autoimmun megbetegedések minél szélesebb spektrumát nagy elemszámú mintán vizsgálták volna, külön hangsúlyt helyezve a szomatikus és pszichés differenciáldiagnosztikai jellemzőkre. Jelen kutatási témánk és célkitűzésünk e hiánypótló területen kívánt előre lépni.

## 2. Kutatási célkitűzések

Kutatásunk célja a szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegek személyiség-jellemzőinek komplex klinikai és egészségpszichológiai megközelítése volt. Kiindulásunk alapján a személyiség-jellemzők (temperamentum- és karakterfaktorok) olyan alapvető tényezők, amelyek a kritikus élethelyzetekre adott egyéni reakálási módokon keresztül befolyásolják az egyén egészség-betegség kontinuumon való elhelyezkedését. A kutatás továbbá olyan integrált megközelítést foglal magában, amely több szerveződési szinten igyekszik képet kapni az autoimmun betegek személyiségmintázatáról, intrapszichés dinamikájáról, a betegséget esetlegesen kísérő pszichopatológiai jellemzőkről, és a kötőszöveti betegséggel, mint krónikus állapottal való megküzdésben szerepet játszó pozitív erőforrásokról. A kutatás négy alapvető kérdéskör mentén szerveződött.

1. A kutatás egyik fő kérdése, hogy az egyes szisztémás autoimmun betegcsoportok (RA, SLE, SSc) megkülönböztethetők-e egymástól és az egészséges, valamint a nem autoimmun beteg kontroll csoporttól a különböző személyiségfaktorok mintázatát tekintve. Jelen kutatási perspektívánkban az örökletes háttérű és az egyéni életút során kialakult személyiségjellemzőket (vagyis a temperamentum- és karakter tényezőket) olyan meghatározó faktoroknak tekintjük, amelyek behatárolják az egyén érzelmi, kognitív és viselkedéses reakcióit a különböző élethelyzetekben. A személyiség temperamentum- és karakterfaktorait, az egyes vizsgált csoportok személyiségmintázatait a Temperamentum és Karakter Kérdőívvel vizsgáltuk (TCI, Cloninger et al., 1993, 1994; magyar adaptáció Rózsa et al., 2005). A témával kapcsolatos szakirodalmi háttérrel, valamint a kérdőívet későbbi fejezetben mutatjuk be.

2. A szisztémás autoimmun betegségek esetén gyakoriak a pszichés rendellenességek, amelyek mind etiológiájukban, mind megjelenésükben változatos képet mutatnak (Waterloo et al., 2002). A pszichiátriai szindrómák létrejöhetnek az adott betegség patofiziológiájaként (Brey et al., 2002), a kortikoszteroidkezelés iatrogén ártalmaként (Lewis et al., 1983) vagy a krónikus megbetegedéssel összefüggő pszichoszociális stresszorok hatására (Purandare, 1983). A szindrómák közül leginkább a delírium, a szorongás, a hangulatzavar és a pszichózis jellemző (Segui et al., 2000; West et al., 1995; Sibley et al., 1992).

Következésképpen kutatásukban célul tűztük ki a szisztémás kötőszöveti megbetegedéseket kísérő esetleges pszichiátriai jelenségek azonosítását.

Az előforduló pszichopatológiai rendellenességeket az MMPI-2 kérdőívvel vizsgáltuk, míg a szomatikus betegségtudattal együtt megjelenő szorongás és depresszió mérésére a HADS és a CES-D kérdőíveket alkalmaztuk.

3. A kutatás harmadik szintjének célja a személyiség azon pozitív erőforrásainak feltárása és azonosítása volt, amelyek védőfaktoroként járulnak hozzá a krónikus betegséggel való megküzdéshez és a lelki ellenálló-képesség kialakulásához. Kiinduló kérdésünk az volt, hogy vajon melyek azok a személyiségtényezők, amelyek növelik az egyén ellenálló képességét a tartós megterhelésekkel szemben és egyben lehetővé teszik a betegek fokozott alkalmazkodását, ami pozitív irányban hat a betegség lefolyására? Másképpen feltéve a kérdést a betegség lefolyása, az orvosi terápiás beavatkozás sikeressége mennyire függ össze a személyiségtényezőkkel, így többek között a rezilienciával? A pozitív személyiség-jellemzőket a TCI megfelelő alskáláival, a lelki ellenálló képességet a reziliencia skálával mértük (CD-RISC).

4. A szisztémás autoimmun megbetegedések esetében - kiváltképp a szisztémás lupusnál (általános kisartéria- és kapilláris-keringészavarral jár) - elengedhetetlen a betegek kognitív funkcióinak vizsgálata (Denburg et al., 2003; Emori, 2005).

A mentális funkciók vizsgálatát az is indokolja, hogy a kognitív funkciók zavara - például a memória, vagy a figyelmi kapacitás korlátozottsága – többek között megakadályozhatja a vizsgálatban alkalmazott kérdőívek megfelelő kitöltését. A kognitív funkciók épségét vizsgáló szűrőteszt nélkül a kapott teszteredmények érvényessége és megbízhatósága kérdésessé válhatna. Vizsgálatunkban a kognitív funkciók megfelelő működésére, a szűrésre vonatkozóan a Mini Mental State tesztet (Folstein et al., 1975) alkalmaztuk.

A kutatásban megfogalmazott célkitűzéseinket összefoglalva, azok elsősorban leíró-feltáró jellegűek voltak, és olyan személyiség-lélektani jelenségekre és összefüggésekre irányultak, amelyek a szisztémás autoimmun betegségek széles spektrumát illetően eddig még kevésbé váltak a kutatás tárgyául.

### 3. A kutatás elméleti háttere

A kutatás elméleti háttéréül a személyiség-lélektani irányzatok közül a *modern temperamentum- és karakterelméletek* megközelítést vettük alapul, amely a személyiség örökletes, biológiai háttérével és a tanulás, a szocializáció során létrejött személyiségjellemzőkkel egyaránt foglalkozik. A modern temperamentum megközelítések között említhetjük meg többek között Chess és Thomas longitudinális vizsgálatát (1991), valamint Buss és Plomin (1975, 1984), Kagan (1989), továbbá Rothbart, Derryberry és Posner (1994) kutatásait.

Jelen vizsgálati célkitűzésünkben Robert Cloninger amerikai pszichiáter kutatási eredményeit és szemléletét vettük alapul. Cloninger *bio-pszicho-szociális* személyiségmodelljének kialakításakor a biológiai és a környezeti tényezők szerepére egyaránt tekintettel volt. Figyelembe vette azokat a vizsgálati eredményeket, mely szerint a személyiségvonások öröklékenysége 40-60% közötti, vagyis a genetikai és a környezeti tényezők csaknem azonos mértékben határozzák meg a viselkedéses válaszok létrejöttét. A személyiségről alkotott felfogásában továbbá olyan korábbi kutatások eredményeit vette alapul, mint a személyiség felépítésének pszichometriai modelljei, a család- és ikervizsgálatok eredményei, longitudinális fejlődés-lélektani vizsgálatok megfigyelései, valamint a kondicionált válaszok létrejöttének neurofarmakológiai, neuroanatómiai leírásai. Ezen információkat alapul véve dolgozta ki elméletét a személyiség hét dimenziójáról, mely dimenziók mindig a környezettel való kölcsönhatásban alakulnak és jelennek meg.

Cloninger 1987-ben publikálta temperamentum és karakter kérdőívének első változatát, amely a normál személyek és a különböző pszichopatológiai betegségekben szenvedők esetében megjelenő egyéni különbségek megragadására egyaránt alkalmazható. Később továbbfejlesztett elméleti modelljében és kérdőívében (Temperament and Character Inventory, 1994) négy temperamentum- és három karakterfaktor segítségével írja le a személyiség főbb jellemzőit.

A *temperamentumot* Cloninger úgy határozza meg, mint amelyek genetikailag egymástól független és bejósolható interakciós mintákat jelentenek a környezeti ingerek specifikus tényezőire adott adaptív válaszokban. A *karakter* azon egyéni különbségeket mutatja, melyek a temperamentum, a családi környezet és egyéni élettapasztalatok interakcióinak eredményeként fokozatosan alakulnak ki az élet során.

A Cloninger által leírt négy temperamentum faktor: az ártalomkerülés, az újdonságkeresés, a jutalomfüggőség és a kintartás.

Az *ártalomkerülés* (Harm Avoidance), a viselkedés gátlásának öröklött mintázata, ami megfigyelhető a passzív elkerülő magatartás gyakori megnyilvánulásaiban, a bizonytalanságtól való félelemben, az idegenekkel szemben megnyilvánuló féltékenységben, valamint a gyors kifáradásban. Az ilyen hajlammal fokozottan jellemezhető egyének óvatosak, félénkek, súlyosabb esetben kifejezetten aggodalmasak vagy szorongóak. Ezzel szemben, akikre az alacsony ártalomkerülés a jellemző, azok inkább optimisták, gátlásoktól mentesek, ellazultak, magabiztosak.

A magas *újdonságkereséssel* (Novelty Seeking) jellemezhető személy jó esetben lehet ugyan a kíváncsiság által motivált és bátran explorálja környezetét, máskor inkább ingerlékeny és impulzív, ekkor nem annyira a jutalom megközelítése, mint inkább a monotonia és a frusztráció vagy a potenciális büntetés aktív elkerülése a célja. A Cloninger által fokozottan *jutalomfüggőnek* (Reward dependence) nevezett emberek érzékenyek mások szociális elismerésére, fokozottan igénylik azt, szélsőséges esetben szinte függenek azoktól. Ennek fényében lehetnek együtt-érzők és segítőkészek, vagyis mindenképpen a fokozott kötődési szükséglet vagy a szociabilitás bizonyos jegyeit mutatják. A kevésbé jutalomfüggő személyek érzelmi értelemben véve függetlenebbek a szociális környezetüktől.

A negyedik temperamentum faktor a *kitartás* (Persistence). A magas értékű kitartású személy ambiciózus, szorgalmas, eltökélt, perfekcionista, szemben az alacsony kitartásával, aki inaktív, könnyen feladja a cselekvést és általában alulteljesítő.

Cloninger ikervizsgálatok eredményeire utalva megjegyzi, hogy bebizonyosodott, a négy temperamentum faktor genetikailag homogén és független egymástól. Utalást tesz arra is, hogy az általa meghatározott négy temperamentum faktor összefüggésbe hozható az ókori típusokkal: az ártalomkerülés a melankólikussal, az újdonságkeresés a kolerikussal, a jutalomfüggés a szangvinikussal és a kitartás a flegmatikussal.

Cloninger személyiségmodelljében a négy temperamentum-faktor mellett három karakter-faktort tételez fel. A karakter faktorok főként a self és az azt körülvevő külső világ kölcsönhatásának folyamatában formálódnak. A self-alakulás során az önmagunkhoz, a társainkhoz és a tágabb értelemben vett környezetünkhöz való viszonyulásunk jelenik meg. A karakter-faktorok egyéni különbségei - a temperamentum öröklött tényezői mellett - a családi környezetnek és az egyéni élettapasztalatoknak a sajátos interakciói mentén alakulnak ki.

Cloninger-nél az első karakter faktor értelmezése mentén a személy mint autonóm individuum jelenik meg (önirányítottság faktora), a második faktor az egyénnek a társadalomba, az adott kultúrába való integrálódását jelzi (együttműködés faktora), míg a harmadik faktor az egyén kapcsolódását mutatja a világhoz, az univerzumhoz (transzcendencia-élmény faktora).

Részletesebben bemutatva a karakter faktorokat, az *önirányítottság* (Self-Directedness) mértéke arra utal, hogy a személy mennyire képes céltudatosan és eredményesen, tetteiért felelősséget vállalva élni az életét. A magas önirányítottsággal rendelkező személyek továbbá jó önfogadással, önbecsüléssel rendelkeznek, konstruktívak, hatékonyak, vezetői szerepre alkalmasak, személyiségük jól integrált.

Az *együttműködés* (Cooperativeness) karakter faktorának lényegét a társas elfogadás, segítőkészség, együttérzés, empátia és lelkiismeretesség jelentik. Amennyiben az alkalmazkodási zavarok felől közelítjük meg ugyanezt a dimenziót, akkor az alacsony pontértéket elérő egyének intoleránsak, mások iránt közömbösek, bosszúvágyóak és önérdéktől vezéreltek.

A *transzcendencia-élmény* (Self-Transcendence) faktora a spirituális étellel és a transzperszonális azonosulási képességgel vagy készséggel kapcsolatos attitűdöket foglalja magába. Ide tartozik az önmagunknak megbocsátani való tudás, a transzperszonális azonosulás (a természettel, az univerzummal), a spirituális elfogadás.

Cloninger a személyiség hét faktorának mérésére kidolgozott kérdőíve a 240 tételből álló Temperamentum és Karakter Kérdőív (Temperament and Character Inventory). A kérdőív lehetővé teszi egészséges és különböző pszichopatológiai problémával rendelkező személyek személyiségprofiljainak leírását illetve diagnosztizálását.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy Cloninger a temperamentum faktorok háttérében neurobiológiai folyamatokat feltételez. Modelljének megalkotásakor figyelembe veszi a genetikai tényezők, az agyműködés és a neurokémiai folyamatok szerepét is (ld. Nagy L. és Gyöngyösiné Kiss E., 2007).

Kutatásunkban a *szisztémás autoimmun betegek* (RA, SLE, SSc) esetében vizsgáltuk a személyiség örökletes, biológiai háttérét (temperamentum faktorok), és azokat a személyiségjellemzőket, amelyek inkább a szocializáció, a környezeti tényezők függvényében jönnek létre (karakter faktorok). Kutatási célkitűzésünkben a temperamentum és karakterfaktor sajátosságait kutattuk normál- és beteg kontroll csoporttal összevetve.

Vizsgáltuk továbbá a szorongás és depresszió mértékét a szisztémás autoimmun betegek körében, amelyet más krónikus betegséghez hasonlóan a normál csoportnál magasabb mértékűnek véltünk. (A krónikus betegségekkel együtt járó magasabb szorongás és depresszió mértékét a korábbiakban már számos nemzetközi és hazai tanulmány ismertette, pl. Valtysdottir, S. T., Gudbjörnsson, B., Lindqvist, U. et al. (2000); Stojanovich, 2007.)

Kutatásunk elméleti háttérét a modern temperamentum és karakter megközelítéseken túl a személyiség protektív faktoraival kapcsolatos publikációk képezték. Tágabb értelemben szakirodalmi háttérként szolgáltak a korábbi stressz- és megküzdés kutatások eredményei (ld. többek között Cohen és Lazarus (1979), Lazarus és Folkman (1984), Costa et al. (1996), Antonovsky (1987), illetve idehaza Oláh (2005)), ezen belül kutatási fókuszunkat elsősorban a sikeres megküzdés tényezőinek feltárása felé fordítottuk.

A nemzetközi szakirodalomban ennek következtében találtunk rá a *reziliencia* jelenségére, ami a *lelki ellenálló képesség* vizsgálatát kutatja az egyént érő különböző traumatikus, stresszteli események előfordulása esetében.

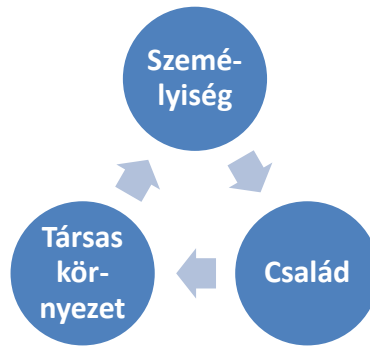
A rezilienciát röviden a következőképpen definiálhatjuk: veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás.

Kérdés, melyek lehetnek a veszélyeztető élethelyzetek? A reziliencia szakirodalmában számos veszélyeztető élethelyzetet és annak következményeit vizsgálták. Ilyenek lehetnek például:

- a családi körülmények (pl. szülők mentális terheltsége, szenvedélybetegsége, szocioökonómiai háttér, szülők válása, egyéb hátrányos helyzet),
- a szexuális ill. más erőszakos bántalmazás,
- súlyosabb, akár az életet veszélyeztető krónikus betegség,
- természeti katasztrófa (cunami, éghajlatváltozás),
- háború,
- és egyéb poszttraumás helyzetek.

A reziliencia témakörének klasszikus tanulmányaiként tartják számon többek között a Kauai Study-t – (Werner és Smith, 1992); a Lundby Study-t (Cederblad, et al., 1994), a Competence Study-t (Masten, 1994).

A reziliencia legújabb megközelítése ma már multidimenzionális modellben történik, vagyis a rezilienciát befolyásoló egyes tényezők dinamikus kapcsolatban állnak egymással (a személyiségtényezők, a családi jellemzők és a családon kívüli faktorok kölcsönös egymásra hatása eredményeként tekinthetünk rá, ld. 1. ábra).



1. ábra: A reziliencia multidimenzióális felfogása, az egyes tényezők kölcsönös egymásra hatása

A fent jelzett elméleti megközelítéseket alapul véve saját kutatásunkban elsődlegesen a szisztémás autoimmun betegek (RA, SLE, SSc) temperamentum- és karakter faktorainak jellegzetességére, a szorongás- és depresszióra, az esetleges pszichopatológiai jellemzőkre, a személyiség protektív védőfaktoraira, valamint a reziliencia mértékére irányítottuk figyelmünket.

#### 4. A kutatás lefolytatása

A kutatásban - a szükséges etikai engedélyek megszerzése után - a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának Reumatológiai és Immunológiai Klinikája vett részt, mint olyan partnerintézmény, aki a vizsgálati mintát biztosította számunkra, illetve a klinika igazgatójával rendszeres konzultációs kapcsolatban álltunk, aki szakorvosi tanácsadóként járult hozzá a kutatás sikeres lefolytatásához. A vizsgálatban a kutatásban részt vevő személyek önállóan töltötték ki a kérdőíveket, miközben egy kutatásban részt vevő asszisztens a helyszínen rendelkezésre állt a kitöltéssel kapcsolatos szükséges tájékoztatás céljából.

#### 4.1. A kutatás módszertana

##### 4.1.1. A kutatási minta

Az adatgyűjtés eredményeképpen a vizsgálati minta összesen 762 vizsgálati személy anyagát tartalmazza, mely 330 egészséges kontrollszemélyből és 432 autoimmun kórképekben szenvedő beteg (rheumatoid arthritis (RA), szisztémás lupus erythematosus (SLE), szisztémás sclerosis (SSc)) valamint krónikus – nem autoimmun eredetű – mozgásszervi kontroll betegcsoport anyagának felvételéből áll. A későbbiekben kiszűrtük a nem helyesen, illetve hiányosan kitöltött kérdőíveket, valamint a férfi vizsgálati személyek anyagait alacsony előfordulásuk miatt kizártuk. A továbbiakban egy csak nőkből álló, iskolázottságban és életkorban illesztett mintával számoltunk, amely végül 522 főből állt. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy az SLE-sek átlagéletkora a jellemző előfordulás miatt így is alacsonyabb a többi csoportnál. A minta összetételével kapcsolatban ld. a 2. sz. ábrát.

Minta	Elemszám	Életkor	Iskolázottság
0. Kontroll	216	53,06	13,55
1. SLE	79	44,91	11,57
2. RA	68	57,31	11,01
3. SSC	112	56,29	11,34
4. Betegkontroll	47	58,11	10,81
Összesen	522	-	-

2. ábra: A vizsgálati minta összetétele és jellemzői

#### 4.1.2. A kutatásban használt mérőeszközök

- Mini Mental State - MMSE (Folstein et al, 1975), Mini Mentál Teszt
- TCI – Temperament and Character Inventory (Cloninger, C. R., 1994. Magyar adaptáció, Rózsa et al., 2005)
- HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond, A. S., & Snaith, R. P., 1983, magyar adaptáció Muszbek K. et al., 2004)
- CES-D - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977; magyar adaptáció: Novák M, et al., 2009)
- Reziliencia skála (CD-RISC, Connor-Davidson, 2003) 25 és 10 ítemes változata (Campbell-Sills, L. & Stein, B. M. , 2007) – a magyar adaptációt mindkét kérdőív esetében munkacsoportunk végezte el.
- MMPI-2 (Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., Kaemmer, B. ; magyar adaptáció: Rózsa et al., 2011)

A reziliencia vizsgálatára eddig magyar mérőeszközt nem fejlesztettek ki, illetve a nemzetközi kérdőívek közül nem történt meg egyik kérdőív magyar adaptációja sem. Kutatócsoportunk az OTKA pályázat keretében végezte el a Reziliencia skála (CD-RISC) magyar adaptációját. A hosszabb, 25 ítemes verzió és a 10 ítemes verzió reliabilitás- és validitásvizsgálatát is kidolgoztuk. Kutatási eredményeink azt mutatják, hogy mindkét skála jól hasznosítható idehaza is, ugyanakkor a 25 ítemes kérdőív faktorstruktúráját - más nemzetközi vizsgálatokhoz hasonlóan - mi sem kaptuk vissza. Egy skálaként használva a kérdőívet magas reliabilitás és validitás értékeket kaptunk (Cronbach Alpha = 0.939), ld. Gy. Kiss Enikő et al., 2012; Járai Róbert et al., 2010.

## 5. A főbb eredmények rövid bemutatása

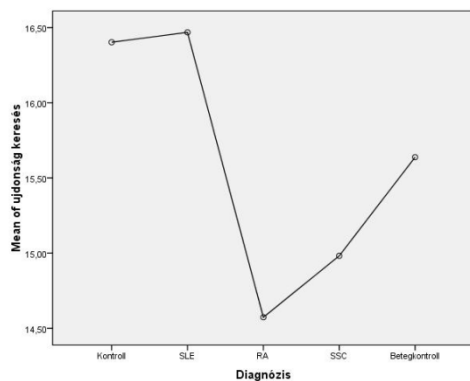
### 5.1. A Temperamentum- és Karakterfaktorok jellegzetességei az egyes alcsoportokban

Röviden összefoglalva a kutatás eredményeit az egyes csoportokban a TCI kérdőív faktoraiban a következő fontosabb eredményeket kaptuk.

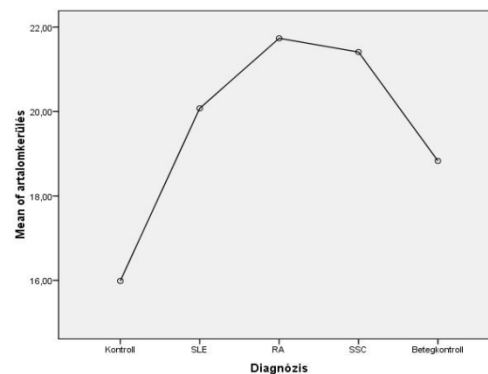
Az Újdonságkeresés faktorában az RA-sok jelentősen különböznek a többi csoporttól; az Extravagancia alfaktorában az RA-sok az SLE-sektől is szignifikánsan különböznek. A személyiségvizsgáló kérdőív jól tükrözi a hétköznapi tapasztalatot az RA-sok merevebb, újdonságra kevésbé fogékony személyiségjellemzőiket tekintve. A kapott eredmény a szakorvosok számára fontos információt jelenthet a betegekkel való kommunikáció szempontjából is. (ld. 3. ábra).

Az Ártalomkerülés faktorában jól látható, szignifikáns különbség mutatkozik az egészséges és a betegkontroll csoport valamint a szisztémás autoimmun betegcsoportok között (ld. 4. ábra).

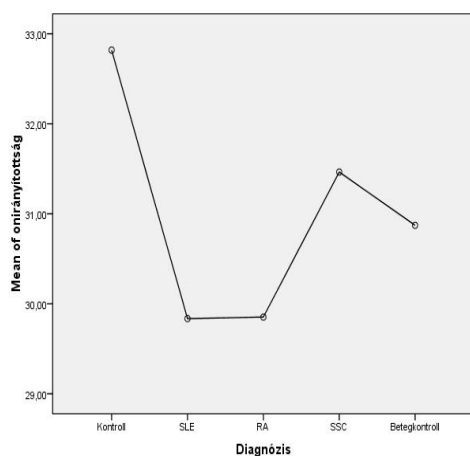
A szisztémás autoimmun betegségekben szenvedők Ártalomkerülés értéke rendre magasabb a kontrollcsoportokénál. A kapott eredmény alátámaszthatja a személyiség eredendő vulnerabilitásával kapcsolatos feltételezéseket. (Korábbi kutatások kimutatták már a neuroticizmus valamint a sérülékenység összefüggését, ld. többek között Costa és McCrae, 1992; Ormel et al 2004, Campbell-Sills et al, 2006).



3. ábra: Az Újdonságkeresés értéke az egyes csoportokban



4. ábra: Az Ártalomkerülés értéke az egyes csoportokban



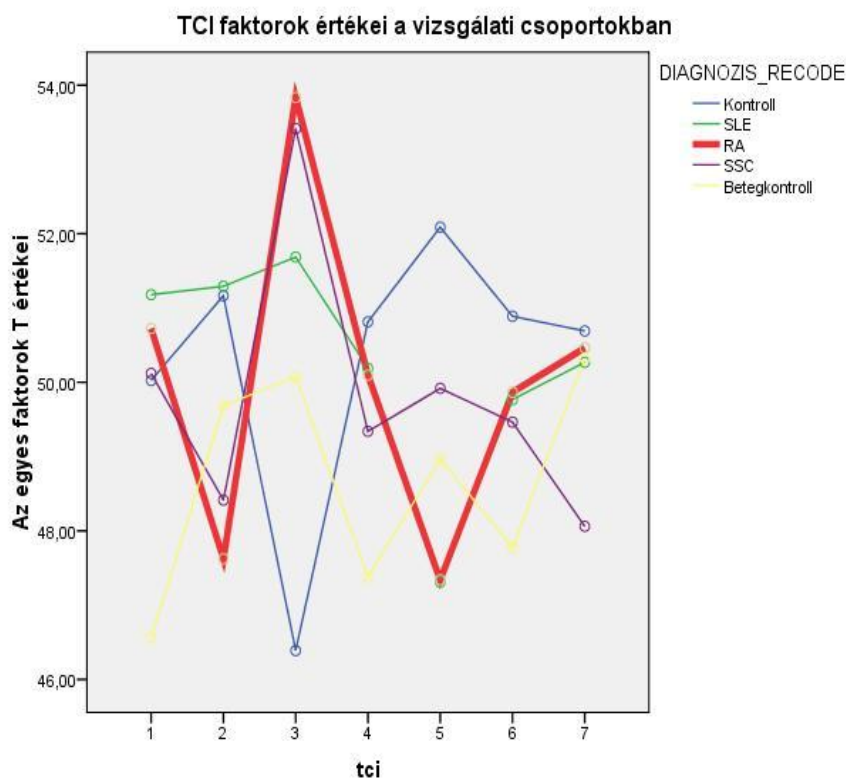
5. ábra: Az Önirányítottság értéke az egyes csoportokban



A karakterfaktorok közül az Önirányítottság faktorában találtunk szignifikáns különbséget, a legnagyobb a különbség az egészséges kontroll csoport és az SLE autoimmun betegcsoport között. Az Önirányítottság tartalmilag az önszabályozás megjelenítését mutathatja a kérdőívben, az alfaktorok közül elsősorban a Célra irányultság és a Kongruens második természet értékei maradnak el a várt értékektől. A kapott eredmények a célkitűzés képességének problematikuságát mutatja, valamint azt a problémát, hogy a személy spontán reakciói a kitűzött célokkal, értékekkel megegyező legyen. Az eredmények szemléltetését ld. az 5. ábrán.

A TCI Önirányítottság faktora kutatásaink alapján szignifikánsan együtt jár a reziliencia (lelki ellenálló képesség) értékével, ami szintén fontos információt jelenthet a gyógyító munkában a betegekkel való kommunikáció, ill. a betegek saját kontrollképességének kialakítása szempontjából.

A 6. ábrán látható az egyes csoportok csoportos személyiségprofilja, ami részletesen is bemutatja a csoportok személyiségmintázatát, személyiségjellemzőit a 4 temperamentum és 3 karakterfaktort tekintve. Összefoglalóan azt mondhatjuk, hogy a szisztémás autoimmun betegcsoportokat tekintve az SSc-ek térnek el a legkevésbé az egészséges kontrollcsoport értékeitől, mely eredmény megegyezik a szakorvosok mindennapi tapasztalataival (Csókási et al, 2009, 2010).



6. ábra: Az egyes alcsoportok csoportos személyiségprofilja (TCI alapján)

1. Kitartás
2. Újdonságkeresés
3. Ártalomkerülés
4. Jutalomfüggőség
5. Önirányítottság
6. Együtműködés
7. Transzcendencia

## 5.2. Patológiás tünetek vizsgálata az MMPI-2 segítségével, továbbá a szorongás és depresszió mértéke a szisztémás autoimmun betegcsoportokban

A szorongás és depresszió mérésére a HADS kérdőívet használtuk (a kérdőív copyright köteles, az engedélyt a GL Assessment Ltd-től beszereztük, cím: Freeport London 16517, Swindon, SN2 8DR).

A kérdőív magyar adaptációját Muszbek és mtsai végezték el (2004), a kérdőív hazai alkalmazásával kapcsolatban azóta Tiringer és mtsai (2008) is pozitív tapasztalatokat szereztek.

Kutatásaink egyfelől megerősítették a kérdőívvel kapcsolatos hazai eredményeket, másfelől a *depressziót tekintve* az egészséges kontrollcsoportot és az SSc autoimmun betegcsoportot elválasztotta a többi betegcsoporttól ( $F(4, 517)=10,767$   $p < 0.001$ ), mivel az utóbbi betegcsoportokban a depresszió értéke szignifikánsan magasabb volt. Ez a kapott eredmény is összecseng a korábbi adatokkal, ami szerint az egyes személyiségjellemzőket tekintve az egészséges kontrollcsoport és a szisztémás autoimmun betegcsoportok közül az SSc különbözik a legkevésbé egymástól.

A *szorongást tekintve* az egészséges kontrollcsoport és az SLE valamint az RA között kaptunk szignifikáns különbséget  $F(4, 517)=7,229$   $p < 0.001$  (Hargitai R. et al., 2008; Nagy L. et al., 2009), a szorongás az SLE és az RA betegcsoportokban magasabb volt.

A *depressziót* a CES-D kérdőívvel is vizsgáltuk, az eredményekben az egészséges kontrollcsoport értékei szignifikánsan különböznek az összes betegcsoport értékeitől,  $F(4, 517)=12,42$   $p < 0.001$ . A CES-D alkalmazása során más hazai tapasztalatokhoz hasonlóan mi sem kaptuk vissza a kérdőív eredeti faktorstruktúráját, így sajnos az alsókálakra vonatkozó információkat nem tudtuk hasznosítani (Hargitai R. et al., 2008; Nagy L. et al., 2009).

Az MMPI-2 kérdőív felvétele több szempontból is indokoltnak tűnt. A krónikus betegségekhez - így az autoimmun megbetegedésekhez is - gyakran társulnak pszichopatológiai tünetek, melyek befolyásolják a betegek testi és lelki állapotát, így szükséges ezek felismerése és kezelése az egészségi állapotuk javítása és/vagy fenntartása érdekében. Az adott betegcsoportok (RA, SLE, SSc) esetében eddig kevés nemzetközi vizsgálat alkalmazta az MMPI kérdőívet - a szisztémás sclerosisos (SSc) betegekkel pedig még nem készült ilyen felmérés. A korábbi kutatások nagyrészt a betegségek egyikére fókuszáltak, így a különböző szisztémás autoimmun betegségek pszichopatológiai szempontú összehasonlítására kevés lehetőség adódott, illetve a kis minta-elemszámok korlátozzák ezek értelmezési lehetőségeit. Vizsgálatunk újszerűsége abban áll, hogy kutatásunk több autoimmun betegcsoport bevonásával készült, nagy létszámú mintákkal, módszertani eszközként pedig az MMPI kérdőív felújított, módosított változatát alkalmaztuk. Az eredményeket röviden összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a betegcsoportok és az egészséges kontrollcsoport közti legjelentősebb különbségek a neurotikus triász skáláin mutatkoznak, melyeken a betegek klinikailag is értelmezhető (60T feletti) értéket mutatnak. Feltehetően mindhárom skála emelkedett értéke a krónikus betegség, és az ehhez való alkalmazkodás következményeként értelmezhető. A magas pontszámok arra utalnak, hogy a betegek aggódnak egészségükért és számos testi panaszról számolnak be (Hipocondriázis, Hisztéria skálák), miközben a depresszió tüneteitől szenvednek (Depresszió skála). Utóbbi esetében az alsókálákat megvizsgálva kiderül, hogy a 2. skálán mutatkozó eltérés elsősorban a fizikai panaszoknak (D3 gyenge testi működés alsókála) tudható be, melyen mindhárom betegcsoport a normál tartományon kívül eső pontszámot ér el. A korábbi kutatások egy része éppen ezen az alapon vitatja az MMPI kérdőív alkalmazhatóságát a kérdéses betegcsoportoknál, és

megkérdőjelezi a Depresszió skála értelmezhetőségét. Jelen vizsgálatból azonban kiderül, hogy a skálán elért magas pontszámhoz nem csak a testi tünetek járulnak hozzá, hanem a többi alskálán is szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el a betegek a kontrollhoz viszonyítva, így esetükben a depresszió egyéb tüneti jegyeivel (mentális tompultság, töprengés, boldogtalanság, motiváció és energia hiánya) is számolnunk kell – melyek a korábban említettekkel összhangban, a krónikus betegség következményének tekinthetőek. Erős félelemérzetre és szorongásra utalnak a Pszichaszténia skála pontszámai, melyen mindhárom betegcsoport statisztikailag jelentősen magasabb pontszámmal jellemezhető az egészségekhez viszonyítva. Ugyanez az irány mutatkozik a Szkizofrénia skála esetében (az értékek a normál tartományon belül maradnak), melyet elsősorban a Sc6 alskála (Bizarr szenzoros élmények) 60T feletti magas pontszámai okoznak, amihez a többi alskála (Érzelmi elidegenedés, társas elidegenedés, én-hatékonyság hiánya) a kontrollcsoportéhoz viszonyított szignifikánsan magasabb pontszámai is hozzájárulnak, még ha kisebb mértékben is. A hasonlóságok mellett disztinktív jegyek is feltárhatóak az MMPI-teszt eredményeinek elemzésével, melyek mentén a betegcsoportok különböznek egymástól. A rheumatoid arthritises és szisztémás lupusos betegeket a társas viselkedés problémás jellege jellemzi, valamint a társas kapcsolatok nem kielégítő volta (a kontrollhoz viszonyított emelkedett pontszám a Pd4 Társas elidegenedés, Sc1 Társas elidegenedés, Sc2 Érzelmi elidegenedés, Si3 Elidegenedés az éntől és másoktól alskálákon), a lupusos csoportnál továbbá az egészségekhez képest nagyobb mértékű pszichomotoros felgyorsultság (Ma2 alskála) jelentkezik (Nagy et al., 2010; Csókási et al., (in press)).

### 5.3. A személyiség védőfaktorai – a reziliencia

A reziliencia skála eredményeit tekintve (25 ítemes verzió) szignifikáns különbséget kaptunk az egészséges kontrollcsoport és a betegcsoportok között ( $t(162.44)=2.14$   $p < 0.05$ ), ezen belül az egészséges kontrollcsoporttól az SSc-ek alig különböztek, kis mértékű különbség mutatkozott az SLE-ekkel összevetve és a legnagyobb különbséget az RA-sok esetében kaptuk (Gy. Kiss E. et al, 2012).

Csoport	Átlag	Szórás
Egészséges kontroll csoport	68,78	13,25
Betegcsoportok	63,66	19,77

7. ábra: A Reziliencia skála értéke az egészséges és a betegcsoportokban

Megvizsgáltuk továbbá a reziliencia skála kapcsolatát a TCI faktoraival, ahol a várt eredményeket kaptuk: vagyis a reziliencia pozitív kapcsolatban van a Kitarással, Önirányítottsággal, Együttműködéssel és fordított összefüggésben áll az Ártalomkerüléssel.

TCI skálák	Korreláció	Szignifikancia
Kitartás	.278.000	.000
Ártalomkerülés	-.625.000	.000
Önirányítottság	.510.000	.000
Együttműködés	.279.000	.000

8. ábra: A Reziliencia skála összefüggése a TCI faktorokkal

A Reziliencia skála olyan további alskálákkal áll szignifikánsan pozitív kapcsolatban, mint az Explorációs ingerelhetőség, Felelősségérzet, Céltudatosság, Leleményesség, Önellfogadás, Kongruens második természet és az Empátia. A Reziliencia ugyanakkor negatív korrelációban áll az olyan alskálákkal, mint az Aggodalmaskodás, pesszimizmus, Bizonytalanságtól való félelem, Félénkség az idegenekkel szemben, Fáradékonyság és aszténia (Gy. Kiss Enikő et al., 2008, 2009, 2010, 2012).

A kapott eredmények azt jelzik, hogy az említett pozitív személyiségjegyek a személyiség védőfaktorainak tekinthetők, amelyek a stresszhelyzetben, ill. a megbetegítő tényezőkkel szemben is védelmet jelenthetnek.

A Reziliencia ugyanakkor szignifikánsan negatív kapcsolatban áll a szorongással és a depresszióval (Gy. Kiss Enikő et al., 2008, 2009, 2010).

## 6. A kutatási eredmények visszacsatolása, hasznosítása a gyakorlatban

A kutatási eredményeket több szakmai fórumon ismertettük, ill. jeleztük vissza a szakemberek (a szakorvosok, szakorvosjelöltek, pszichológusok, szakpszichológusok, egészségügyi dolgozók) ill. a krónikus betegségben szenvedő páciensek számára. Ennek keretében az alábbi rendezvényeken vettünk részt, illetve szerveztünk magunk konferenciát.

1. A kutatás tudományos eredményeiről **PTE Reumatológiai és Immunológiai Klinika** által a reumatológus **szakorvosok, ill. szakorvosjelöltek (rezidensek)** számára rendezett országos konferencián számoltunk be és adtunk tájékoztatást a szisztémás autoimmun betegek lelki működésének háttéréről, az egyes betegcsoportok személyiségműködéséről, személyiségjellemzőiről. Az előadást az orvos kollegák nagy érdeklődéssel fogadták, egyben közvetlen visszajelzést adva az eredmények orvosi vonatkozásáról.

*Publikációs hivatkozás:*

Gyöngyösiné Kiss Enikő (2010): *Rheumatoid arthritises, SLE-s, szisztémás sclerosisos betegek pszichológiai jellemzője*. VIII. Pécsi Reumatológus Rezidens és Szakorvosjelölt Fórum, Pécs, 2010. március 26.

2. A kutatás eredményeiről és annak elméleti háttéréről a **PTE AOK Pszichiátriai Klinikája és a PTE BTK Pszichológiai Intézete** által szervezett **szakpszichológusok pontszerző továbbképző konferenciája keretében** két alkalommal tartottunk előadást, elősegítve a

krónikus betegekkel foglalkozó szakpszichológus kollegákat, hogy a legújabb elméleti, tudományos ismeretekről tájékozódhassanak, illetve gyakorlati munkájukban alkalmazhassák azt.

*A két továbbképző konferencia és az előadások publikációs adatai:*

Gyöngyösiné Kiss Enikő: *Reziliencia autoimmun szisztémás kórképekben szenvedő betegeknél*. A PTE ÁOK Pszichiátriai Intézete és a BTK Pszichológiai Intézete klinikai szakpszichológus szinten tartó konferenciája és elektronikusan írott tananyaga. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2010.04.19-2010.04.21. Pécsi Tudományegyetem.

Gy. Kiss Enikő: *A poszttraumatikus növekedés modelljei*. A PTE ÁOK Pszichiátriai Intézete és a BTK Pszichológiai Intézete klinikai szakpszichológus szinten tartó konferenciája és elektronikusan írott tananyaga. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2011.04.04-2011.04.06. Pécsi Tudományegyetem.

3. Kutatásunk eredményeit a **PTE AOK Neurológiai Klinikája** által szervezett „**Test és lélek**” **c. pontszerző továbbképző konferencián** is bemutattuk, ahol orvosok, pszichológusok, pszichiáterek, egészségügyi dolgozók szélesíthették el ismereteiket a témában.

*A konferencia és publikáció adatai:*

Gy. Kiss Enikő: *Személyiség és megküzdés szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegeknél*. In: "Test és Lélek" - Határterületek a neuropszichológiában és pszichoterápiában. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2012.03.09-2012.03.10.

4. A **Magyar ILCO Szövetséggel** két alkalommal rendeztünk konferenciát, amelynek a krónikus megbetegedések orvosi, pszichológiai és társadalmi megközelítése volt a témája, s aminek középpontjában a krónikus betegséggel élők testi, lelki és szociális támogatásának kérdései álltak. A rendezvények egyik legfontosabb eredményének azt tekintettük, hogy a krónikus betegséggel és fogyatékkal élők problémáinak interdiszciplináris megközelítése újszerű szakmai beszélgetésekre és találkozásokra adott lehetőséget.

*A két konferencia válogatott előadásaiból két kötet is napvilágot látott:*

Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk.): *A krónikus betegséggel élők orvosi, pszichológiai és társadalmi rehabilitációja*. Kaposvár: Magyar ILCO Szövetség, 2010. (Egészség Rehabilitációs Füzetek Könyvsorozat; 1.)

Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk.): *A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó, 2012. (Egészség Rehabilitációs Füzetek Könyvsorozat; 2.)

5. A kutatással kapcsolatos elméleti és gyakorlati ismereteket a **Magyar Arthritiszes Betegek Közhasznú Egyesülete** által szervezett két konferencián is előadtuk, amely során maguk a betegek hallhattak első kézből új információkat betegségük, állapotuk pszichés hátteréről.

### *Publikációs hivatkozások:*

Csókási Krisztina: *Depresszió és rheumatoid arthritis*. Magyar Arthritiszes Betegek Közhasznú Egyesülete, 2011. november 29. PTE Klinikai Központ.

Csókási Krisztina: *Fájdalom és rheumatoid arthritis*. Magyar Arthritiszes Betegek Közhasznú Egyesülete, 2012. május 15. PTE Klinikai Központ.

A betegek számára tartott két előadás a következő témákat járta körül:

### *Depresszió és rheumatoid arthritis*

A korábbi kutatások eredményei szerint a rheumatoid arthritis (RA) esetében meglehetősen nagy valószínűséggel (13-60%) fordul elő komorbid depresszió, melyet saját vizsgálatunk is megerősít. A téma azonban nem csak kutatási szempontból kiemelt fontosságú, hanem az orvosi ellátás és a betegek önmenedzselésének szemszögéből is lényeges, mivel az egyidejűleg fennálló depresszió jelentősen befolyásolja a betegek életminőségét, tüneteinek súlyosságát, az észlelt fájdalom erősségét, vagy akár az orvosi kezeléssel kapcsolatos együttműködést. Ezek alapján, a megfelelő gondozás nélkülözhetetlen eleme a depresszióra vonatkozó betegedukáció. Ennek keretében megismertettük a betegeket a depresszió tünettanával, és a kórképben szenvedők pszichés jellemzőivel, annak érdekében, hogy idejében felismerhessék azt, és szükség esetén szakemberhez forduljanak. Emellett nagy hangsúlyt helyeztünk arra, hogy bemutassuk a depresszió, mint lelki betegség és a rheumatoid arthritis testi tünetei (fájdalom, betegség súlyossága) közti összefüggéseket, illetve kitértünk a depresszióval kapcsolatos egyéb tényezőkre – például a stresszel (betegség, mint stresszforrás), szorongással, alvászavarral, társas támogatottsággal, fizikai aktivitással való viszonyára. Mindent összevetve, azt próbáltuk demonstrálni, hogy a depresszió felismerése és kezelése alapvető fontosságú a megfelelő beteggondozás, és a RA fizikai tüneteinek szinten tartása szempontjából. Ezen túlmenően, kiemeltük még a depresszió megelőzésének és kezelésének néhány lehetőségét, úgy mint, a gyógyszeres kezelés, információnyújtás (akár családtagok bevonásával), betegedukáció, stresszkezelő eljárások, fizikai aktivitás és önszorgító csoportok mibenléte és hatásai.

### *Fájdalom és rheumatoid arthritis*

A fájdalom a reumatoid arthritises (RA) betegek leggyakoribb tünete, amelyet nehéz megérteni, kezelni és menedzselni, azonban a betegek számára jelentős problémát okoz, és számottevően befolyásolja életminőségüket. Viszonylag keveset foglalkoznak a fájdalom témájával a tudományos kutatások, és az orvosi ellátás során sem kap nagy hangsúlyt, így fontos lehet a kérdéssel kapcsolatos pszichoedukáció. Ennek során bemutattuk, hogy a fájdalomérzetnek milyen funkciója van (feedback a testről, figyelmeztető jelzés és védekező viselkedést eredményez, illetve orvoshoz fordulást is kiválthat), milyen okokra vezethető vissza az adott kórkép esetében, és mi különbözteti meg az akut és a krónikus fájdalmat. Az állapotuk szempontjából releváns példák segítségével szemléltettük, hogy az olyan pszichés tényezők, mint a tanulás (klasszikus és operáns kondicionálás), az érzelmek (szorongás és fájdalommal kapcsolatos félelem) és a figyelem hogyan befolyásolják a fájdalomérzetet. A legnagyobb hangsúlyt a téma gyakorlati aspektusára helyeztük, és ismertettünk néhány olyan módszert, melyek alkalmazásával csökkenthető a fájdalomérzet erőssége. Említést tettünk a fájó testrész hűtésének vagy melegítésének, valamint a különböző masszázstechnikák előnyös hatásairól, azonban a pszichológiai intervenciók lehetőségeivel foglalkoztunk kiemelten.

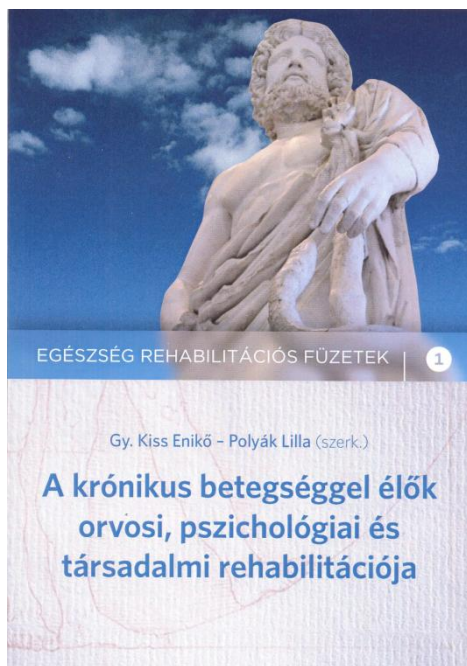
Kitértünk egyes relaxációs és meditációs módszerekre (pl. légzőgyakorlatok, progresszív relaxáció, imagináció), és ezek némelyikét a helyszínen bemutattuk, hogy a betegek azonnal kipróbálhassák. Az előbbieket mellett szóltunk a figyelem-elterelés hasznosságáról (milyen esetekben és hogyan alkalmazzák), továbbá megtanítottuk a pozitív „self-talk”-ot, melyeket szintén illusztráltunk hétköznapi élethelyzetekből vett példákkal.

6. A kutatási téma és a kutatási eredmények hasznosítása közvetlenül megjelent a **PTE MA pszichológia szakos hallgatók** graduális képzésében, valamint a Pszichológia Doktori iskola **Személyiség- és Egészségpszichológiai Doktori Programjának** tananyagában.

A kutatási periódus alatt egy elektronikus szöveggyűjtemény született, amely az oktatás tananyagául szolgálhat.

*Publikációs hivatkozás:*

Gy. Kiss Enikő, Schnellbach Zsófia (szerk.): *Szöveggyűjtemény a lelki ellenálló képesség (reziliencia) kutatásáról*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem, 2010. Elektronikus publikáció. [www.pszichologia.pte.hu](http://www.pszichologia.pte.hu)



9. ábra: Az Egészség Rehabilitációs Füzetek c. könyvsorozat két kötete.

## 7. Zárszó

Kutatásunk célja a szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegek személyiség-jellemzőinek komplex klinikai és egészségpszichológiai megközelítése volt. A temperamentum és karakterfaktorok vizsgálatával a személyiség elsősorban biológiailag



determinált jellemzőit a szocializációs tanulási folyamatban elsajátított személyiségjegyekkel együtt kívántuk megragadni. A kutatás eredményeként az egyes betegcsoportokat jellemző személyiségmintázatokat tudtunk megállapítani, melyekben a temperamentum adottságokat (magasabb Ártalomkerülés) a karakterfaktorok (ld. Önirányítottság) kevésbé képesek visszaszabályozni. A vulnerabilitás lehetősége a betegcsoportok esetében ennek következtében magasabb lesz.

A fenti eredményekkel összhangban a Reziliencia (lelki ellenálló képesség) értéke a betegcsoportokban alacsonyabb.

A betegcsoportokat továbbá magasabb depresszió és szorongás jellemzi, emellett az MMPI-2 segítségével további pszichopatológiai jellemzőket is meg tudtunk ragadni az egyes betegcsoportokra vonatkozóan.

A lefolytatott kutatás *alapkutatás* jellegű, legfontosabb aspektusában a szisztémás autoimmun betegek személyiségjellemzőit kívánta feltárni, kiváltképp a betegséggel való megküzdés vonatkozásában. A kutatási eredmény a pszichológia több területére innovatív erővel bírhat: a személyiség-lélektan, az egészségpszichológia, a klinikai pszichológia és a magatartás orvoslás is inspirációt nyerhet általa.

A kutatások legfontosabb eredménye annak *gyakorlati hasznosíthatósága*: a kapott kutatási eredmények nem csupán az egészségpszichológia és a klinikai pszichológia alkalmazási területein hasznosíthatóak. A vizsgálat eredményei közvetlenül visszacsatolhatóak az egészségügyi intézmények immunológiai, reumatológiai, illetve egyéb krónikus betegeket gondozó osztályain dolgozó szakszemélyzet (orvosok, ápolók, szociális munkások) számára.

A kutatási eredményekre alapozva olyan speciális, komplex edukációs, viselkedéses készségfejlesztő, illetve terápiás eljárások dolgozhatók ki, amelyek a betegség progresszióját lassítják, miközben a betegek életminőségét és megküzdési potenciálját jelentősen növelhetik. A kapott kutatási eredmények továbbá későbbi longitudinális - és más egészségpszichológiai vizsgálatok alapjául szolgálhatnak.

## 8. Hivatkozott publikációk jegyzéke

1. Ader, R. (2003) Conditioned immunomodulation: Research needs and directions. *Brain, Behavior, and Immunity*, 15, 51-57.
2. Adams , S.G., Serrhell, G., Dammers, P.M., Saia, T.L., Brantley, P.J. (1994): Stress, depression, and anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in systemic lupus erythematosus. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(5). 459-477.
3. Adler, R. (2001) Psychoneuroimmunology. *Current Directions in Psychological Science*, 10. 94-98.
4. Alexander, F. (1950) *Psychosomatic Medicine. Its principles and applications*. New York, Norton.
5. Amit, M., Molad, Y., Kiss, S. Wyszynski, A. J. (1997) Seasonal variations in manifestations and activity of systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*. 36. 449-452.
6. Antonovsky, A. *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987



7. Brey R. L., Holliday S. L., Saklad A. R. et al. (2002) Neuropsychiatric syndromes in lupus prevalence using standardized definitions. *Neurology*, 58. 1214–1220.
8. Buss, A. H., Plomin, R. (1975): *A temperament theory of personality development*. New York, Wiley-Interscience.
9. Buss, A. H., Plomin, R. (1984): *Temperament early developing personality traits*. Hillsdale, Nj, Erlbaum.
10. Campbell-Sills et al (2006) Relations of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms In: *Behaviour Research and Therapy*. 44. 585-599.
11. Carbotte, R. M., Denburg, S. D, Denburg, J. A. (1995): Cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus is independent of active disease. *Journal of Rheumatology*. 22. 863-867.
12. Cederblad, M., Dahlin, L. Hagnell, O. & Hansson, K. (1994) Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 244,1-11.
13. Chess, S. and Thomas, A. (1991): *Temperament and the concept of goodness of fit*. In Strelau, J. and Angleitner, A. (szerk.): *Explorations in temperament: International perspectives on theory and measurement*. New York, Plenum. 15-28.
14. Cloninger, C., 1987. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573–588.
15. Cloninger, C., Svrakic, D., Przybeck, T., 1993. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 50, 991–999.
16. Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., Wetzel, R.D., (1994). *TCI The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to Its Development and Use*.
17. Cohen, F., Lazarus, R. S. (1979) *Coping with the stress of illness*. In G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler (Eds.) *Health Psychology. A Handbook*. San Francisco, Jossey-Bass.
18. Csókási K, Hargitai R, Gyöngyösiné Kiss E, Nagy L, Paksi E, Czirják L (2008): Temperament and character in scleroderma and lupus erythematosus. In: *Horizons of Psychology*, Official Journal of the Slovenian Psychological Association, Volume 17, Suppl. p. 9.
19. Csókási K, Hargitai R, Járai R, Nagy L, Czirják L, Gyöngyösiné Kiss E (2009): Temperament and character features in patients with autoimmune disorders. *Panminerva Medica* 51:(3/1) p. 27.
20. Csókási Krisztina: *Depresszió és rheumatoid arthritis*. Magyar Arthritiszes Betegek Közhasznú Egyesülete, 2011. november 29. PTE Klinikai Központ.
21. Csókási Krisztina: *Fájdalom és rheumatoid arthritis*. Magyar Arthritiszes Betegek Közhasznú Egyesülete, 2012. május 15. PTE Klinikai Központ.

22. Csókási K., Hargitai R., Czirják L., Nagy L., Gy. Kiss E: A szisztémás autoimmun kórképekben (SLE, RA, SSc) szenvedő betegek vizsgálata MMPI-2-vel. *Psychiatria Hungarica* (in press).
23. Czirják L. (2006) *A kötőszöveti betegségek (szisztémás autoimmun kórképek) és az egyéb, polyarthritisszel járó megbetegedések diagnosztikájának és kezelésének gyakorlati vonatkozásai*. PTE, Immunológiai és Reumatológiai Klinika.
24. De Ridder, D. (2004) *Chronic illness*. In Kaptein, A, Weinman, J. (eds.) *Health Psychology*. Oxford, BPS Blackwell.
25. Denburg S. D., Denburg J. A. (2003) Cognitive dysfunction and antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 12. 883–890.
26. Druley, J. A., Stephens, M. A., Coyne, J. C. (1997): Emotional and physical intimacy in coping with lupus: women's dilemmas of disclosure and approach. *Health Psychology*, 16. 506-514.
27. Ehmann B. (2000): *A számítógépes tartalomelemzés alkalmazási lehetőségei a pszichológiai kutatásban*. PhD disszertáció, ELTE.
28. Emori A., Matsushima E., Aihara O., et al. (2005) Cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus. *Psychiatry Clin Neurosci*; 59. 584–589.
29. Folstein, M., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). “Mini-Mental State” a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
30. Gyöngyösiné Kiss E, Czirják L, Hargitai R, Nagy L, Paksi E (2008): Ego-control and ego-resiliency in systemic autoimmune disorders (SSC, RA, SLE). In: *Horizons of Psychology*, Official Journal of the Slovenian Psychological Association, Volume 17, Suppl. p. 8.
31. Gyöngyösiné Kiss E, Csókási K, Czirják L, Hargitai R, Járai R, Nagy L (2009): *Relationship of resilience to personality temperament and character factors in systemic autoimmune disorders (SLE, RA, SSC)*. In: Coping and Resilience International Conference. Konferencia helye, ideje: Dubrovnik, Horvátország, 2009.10.03-2009.10.06. Konferencia kötet, p. 48.
32. Gyöngyösiné Kiss E, Csókási K, Czirják L, Hargitai R, Járai R, Nagy L (2010): Resilience in Systemic Autoimmune Disorders (SLE, RA, SSC). *Review of Psychology* 17:(2) p. 157.
33. Gy. Kiss, E., Csókási, K., Hargitai, R., Káplár, M., Nagy, L., Czirják, L. (2012): Resilience and protective factors of personality. *Psychology & Health* 27:(sup). p.
34. Hanly J. G., Hong C., Smith S., Fisk J.D. (1999) A prospective analysis of cognitive function and anticardiolipin antibodies in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 42. 728–734.

35. Hanly, J. G. (1997): Disease activity, cumulative damage and quality of life in systematic lupus erythematosus: results of a cross-sectional study. *Lupus*. 6. 243-247
36. Hanly, J. G., and Liang, M. H. (1997): Cognitive disorders in systemic lupus erythematosus. Epidemiologic and clinical issues. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 82. 60-68.
37. Hanly, J. G., Fisk, J. D., Sherwood, G., Eastwood, B. (1994): Clinical course of cognitive dysfunction in systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*. 21. 1825-31.
38. Hargitai R, Czirják L, Gyöngyösiné Kiss E, Nagy L, Paksi E: Anxiety and depression in patients with autoimmune disorders. In: *Horizons of Psychology*. Official Journal of the Slovenian Psychological Association, Volume 17, Suppl. p. 9. 2008. p. 8-9.
39. Hay, E. M., Huddy, A., Black, D., Mbaya, P., Tomenson, B., Bernstein, R. M., Lennox-Holt, P. J., Creed, F. (1994): A prospective study of psychiatric disorder and cognitive function in systemic lupus erythematosus. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 53. 298-303.
40. Hutchinson, G., Nehall, J. E., Simeon, D. T. (1996): Psychiatric disorders in Systemic Lupus Erythematosus. *West Indian Medical Journal*. 45. 48-50.
41. Iverson, G. L. and Anderson, K. W. (1994): The etiology of psychiatric symptoms in patients with systemic lupus erythematosus. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 23. 277-82.
42. Járai R, Csókási K, Hargitai R, Nagy L, Czirják L, Gyöngyösiné Kiss E (2010): Validity Analyses of Different Factor Solutions of the Hungarian CD-RISC Resilience Scale *Review of Psychology* 17:(2) p. 148.
43. Johnston, M., Earll, L., Giles, M. et al (1999) Mood as a predictor of disability and survival in patients newly diagnosed with ALS/MND. *British Journal of Health Psychology*, 4, 127-136.
44. Kagan, J. (1989): Temperament contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44, 668-674.
45. Kozora, E., Thompson; L. L., West, S. G., Kotzin, B. L. (1996): Analysis of cognitive and psychological deficits in systemic lupus erythematosus patients without overt central nervous system disease. *Arthritis and Rheumatism*. 39. 2035-45.
46. Kulcsár Zs. (1993) *Pszichoszomatika*. 77-130. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
47. Kulcsár Zs., Ehmann B., Rigó A. (1996): *Autoimmun nőbetegek életútjának közös jellegzetességei*. A Magyar Pszichológiai Társaság 12. Nagygyűlésén elhangzott előadás. Budapest, május 22-24.
48. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
49. Lewis D. A., Smith R. E. (1983) Steroid induced psychiatric syndromes: a report of 14 cases and a review of literature. *Journal of Affect Disorders*, 5. 319–332.

50. Masten, A. S. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In: M. C. Wang & E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (p. 1-25). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
51. Mendelényi M., Marton L. M. (1962) *Primer krónikus polyarthritiben szenvedő betegek személyiségvizsgálata*. Pszichológiai Tanulmányok, IV. 419-436. Akadémiai Kiadó.
52. Moran, M. G. (1996): Psychiatric aspects of rheumatology. *Psychiatr-Clin-North-Am.*19. 575-587.
53. Nagy László, Gyöngyösiné Kiss Enikő (2007): *A személyiség tipizálása a klasszikus és modern temperamentum elméletekben*. In: Gyöngyösiné Kiss Enikő – Oláh Attila (szerk.): *Vázlatok a személyiségről – a személyiség-lélektan alapvető irányzatainak tükrében*. Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó. 42-58.
54. Nagy L, Hargitai R, Csókási K, Gyöngyösiné Kiss E, Czirják L (2009): Measuring depression in patients with autoimmune disorders. *Panminerva Medica* 51:(3/1) p. 80.
55. Nagy László, Csókási Krisztina, Hargitai Rita, Járai Róbert, Gyöngyösiné Kiss Enikő (2010): Measuring Psychopathology with the MMPI-2 in Patients with Autoimmune Disorders *Review of Psychology* 17:(2) p. 156.
56. Omdal, R., Husby, G., Mellgreen, S. I. (1995): Mental health status in systemic lupus erythematosus. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 24. 142-145.
57. Odgen, J. (2004) *Health Psychology*. A textbook. Open University Press, New York
58. Oláh A. (2005) *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Trefort Kiadó, Budapest.
59. Purandare K. N., Wagle A. C., Parker S.R. (1999) Psychiatric morbidity in patients with systemic lupus erythematosus. *Q J Med*, 92. 283–286.
60. Radloff, L. S. (1977) The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
61. Rigó A., Kulcsár Zs., Gergely P. (2001) Szisztémás lupus erythematosusban szenvedő betegek személyisége és megküzdése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 3, 35-40.
62. Rigó A. (2003) *Az autoimmun kórképek a pszichoneuroimmunológiában*. 353-376. In Urbán, R. (szerk.) *A magatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
63. Rothbart, M. K., Derryberry, D., Posner, M.I. (1994): *A psychobiological approach to the development of temperament*. In: J. E. Bates, T. D. Wachs (szerk.), *Temperament: Individual difference at the interface of biology and behavior*. Washington, DC. American Psychological Association. 83-116.
64. Sanderson, C. A. (2004) *Health Psychology*. John Wiley, New York

65. Segui J., Ramos-Casals M., Garcia-Carrasco M., et al. (2000) Psychiatric and psychosocial disorders in patients with systemic lupus erythematosus: a longitudinal study of active and inactive stages of the disease. *Lupus*, 9. 584–588.
66. Shortall, E., Isenberg, D., Newman, S. P. (1995): Factors associated with mood and mood disorders in SLE. *Lupus*. 4. 272-279.
67. Sibley J. T., Olszynski W. P., Decoteau W. E., (1992) The incidence and prognosis of central nervous system disease in systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 19. 47–52.
68. Sloan, D., Gallagher, S., Walsh, N. (1998): Anorexia nervosa complicating systemic lupus erythematosus (SLE). *I. Med. J.* 91. 97.
69. Stoute, B., Shapiro, T., Viederman, M. (1996): Developmental arrest and maternal loss in an adolescent girl with lupus erythematosus and terminal renal failure. *American Journal of Psychiatry*, 153. 1476- 1482.
70. Stojanovich, L., Zandman-Goddard, G., Pavlovich, S., Sikanich, N. (2007) Psychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus. *Autoimmunity Reviews*.
71. Tiringier I., et al. (2008): A szorongásos és depressziós zavarok előfordulása akut kardiológiai állapotokat követő osztályos rehabilitáció során. A Kórhazi Szorongás és Depresszió Skála szűrőtesztként történő alkalmazása. In: *Psychiatria Hungarica*, 23. 6. p. 430-443.
72. Thumboo, J., Fong, K. Y., Leong, K. H., Feng, P. H., Boey, M. L. (1997): Initial construct cross-cultural validation of the Short Form 36 for quality of life assessment of systemic lupus erythematosus patients in Singapore. *Ann-Acad-Med-Singapore*. 26. 282-284.
73. Valtysdottir, S. T., Gudbjörnsson, B., Lindqvist, U. et al. (2000) Anxiety and depression in patients with primary Sjörgen's syndrome. *Journal of Rheumatology*, 27, 165-169.
74. Waterloo K., Omdal R., Husby G. et al. (2002) Neuropsychological function in systemic lupus erythematosus: a five-year longitudinal study. *Rheumatology*, 41, 411–415.
75. West S. G., Emlen W., Wener M. H. (1995) Neuropsychiatric lupus erythematosus: a 10 year prospective study on the value of diagnostic tests. *American Journal of Medicine*, 99. 153–63.
76. Zigmond, A. S. – Snaith, R. P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67. 361-370.
77. Werner, E. E., Smith, R. S. (1992) . *Overcoming the odds:High risk children from birth to adulthood* . Ithaca, NY: Cornell University Press.

## 9. Az OTKA kutatás alatt létrejött publikációk jegyzéke

1. Csókási K, Hargitai R, Gyöngyösiné Kiss E, Nagy L, Paksi E, Czirják L: Temperament and character in scleroderma and lupus erythematosus. In: *HORIZONS of PSYCHOLOGY*, Official Journal of the Slovenian Psychological Association, Volume 17, Suppl. 2008. p. 9.
2. Gyöngyösiné Kiss E, Czirják L, Hargitai R, Nagy L, Paksi E: Ego-control and ego-resiliency in systemic autoimmune disorders (SSC, RA, SLE). In: *HORIZONS of PSYCHOLOGY*, Official Journal of the Slovenian Psychological Association, Volume 17, Suppl. 2008. p. 8.
3. Hargitai R, Czirják L, Gyöngyösiné Kiss E, Nagy L, Paksi E: Anxiety and depression in patients with autoimmune disorders. In: *HORIZONS of PSYCHOLOGY*, Official Journal of the Slovenian Psychological Association, Volume 17, Suppl. p. 9. 2008. p. 8-9.
4. Nagy L, Czirják L, Gyöngyösiné Kiss E, Hargitai R, Paksi E: Psychopathological symptoms in patients with autoimmune disorders. In: *HORIZONS of PSYCHOLOGY*, Official Journal of the Slovenian Psychological Association, Volume 17, Suppl. p. 9. 2008. p. 9.
5. Csókási K, Hargitai R, Járai R, Nagy L, Czirják L, Gyöngyösiné Kiss E: Temperament and character features in patients with autoimmune disorders. *PANMINERVA MEDICA* 51:(3/1) p. 27. (2009)
6. Gyöngyösiné Kiss E, Csókási K, Czirják L, Hargitai R, Járai R, Nagy L: *Relationship of resilience to personality temperament and character factors in systemic autoimmune disorders (SLE, RA, SSC)*. In: Coping and Resilience International Conference. Konferencia helye, ideje: Dubrovnik, Horvátország, 2009.10.03-2009.10.06. Konferencia kötet, p. 48.
7. Gyöngyösiné Kiss Enikő, Nagy László: *Personality typology in traditional and modern temperament theories* (2009). Elektronikus publikáció. [www.pszichologia.pte.hu](http://www.pszichologia.pte.hu) 1-20 p.
8. Gyöngyösiné Kiss Enikő: *Reziliencia az autoimmun megbetegedésekben* (2009). PTE Pszichológiai Intézet, Nyílt Nap, 2009. november 7.
9. Nagy L, Hargitai R, Csókási K, Gyöngyösiné Kiss E, Czirják L: Measuring depression in patients with autoimmune disorders. *PANMINERVA MEDICA* 51:(3/1) p. 80. (2009)
10. Csókási Krisztina, Czirják László, Hargitai Rita, Járai Róbert, Nagy László, Gyöngyösiné Kiss Enikő: Personality in Autoimmune Diseases: Temperament and Character. *REVIEW OF PSYCHOLOGY* 17:(2) p. 157. (2010)
11. Csókási K, Czirják L, Hargitai R, Járai R, Nagy L, Gyöngyösiné Kiss E: *Szisztémás autoimmun betegségben szenvedők temperamentum- és karakterjellemzői*. In: Vargha András (szerk.) Egyén és kultúra : A pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira: A Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlése : kivonatkötet : programfüzet melléklettel. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2010.05.27-2010.05.29. Pécs: Magyar Pszichológiai Társaság, p. 104.

12. Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk.): *A krónikus betegséggel élők orvosi, pszichológiai és társadalmi rehabilitációja*. Kaposvár: Magyar ILCOSzövetség, 2010. (Egészség Rehabilitációs Füzetek Könyvsorozat; 1.)
13. Paksi Edit: *Az egészségpszichológiai szemlélet megszületése és fő irányelvei*. In: Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk.): *A krónikus betegséggel élők orvosi, pszichológiai és társadalmi rehabilitációja*. Kaposvár: Magyar ILCO Szövetség, 2010. (Egészség Rehabilitációs Füzetek Könyvsorozat; 1.)
14. Gy. Kiss Enikő, Schnellbach Zsófia (szerk.): *Szöveggyűjtemény a lelki ellenálló képesség (reziliencia) kutatásáról*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem, 2010. Elektronikus publikáció. [www.pszichologia.pte.hu](http://www.pszichologia.pte.hu)
15. Gyöngyösiné Kiss E, Csókási K, Czirják L, Hargitai R, Járai R, Nagy L: Resilience in Systemic Autoimmune Disorders (SLE, RA, SSC). *REVIEW OF PSYCHOLOGY* 17:(2) p. 157. (2010)
16. Gyöngyösiné Kiss Enikő: *Reziliencia autoimmun szisztémás kórképekben szenvedő betegeknél*. In: Péley Bernadette, Nagy László (szerk.) *A PTE ÁOK Pszichiátriai Intézete és a BTK Pszichológiai Intézete klinikai szakpszichológus szinten tartó konferenciája és elektronikusan írott tananyaga*. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2010.04.19-2010.04.21. Pécsi Tudományegyetem, p. 1-5.
17. Járai R, Csókási K, Hargitai R, Nagy L, Czirják L, Gyöngyösiné Kiss E: Validity Analyses of Different Factor Solutions of the Hungarian CD-RISC Resilience Scale *REVIEW OF PSYCHOLOGY* 17:(2) p. 148. (2010)
18. Járai R, Csókási K, Czirják L, Hargitai R, Nagy L, Gyöngyösiné Kiss E: *A reziliencia kérdőív 10 itemes változatának bemutatása magyar mintán*. In: Vargha András (szerk.) *Egyén és kultúra : A pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira: A Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlése : kivonatkötet : programfüzet melléklettel*. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2010.05.27-2010.05.29. Pécs: Magyar Pszichológiai Társaság, p. 105.
19. Nagy László, Csókási Krisztina, Hargitai Rita, Járai Róbert, Gyöngyösiné Kiss Enikő *Measuring Psychopathology with the MMPI-2 in Patients with Autoimmune Disorders* *REVIEW OF PSYCHOLOGY* 17:(2) p. 156. (2010)
20. Nagy L, Csókási K, Czirják L, Hargitai R, Járai R, Gyöngyösiné Kiss E: *Szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegek személyiségének vizsgálata MMPI-2 kérdőívvel*. In: Vargha András (szerk.) *Egyén és kultúra : A pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira: A Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos Tudományos Nagygyűlése : kivonatkötet : programfüzet melléklettel*. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2010.05.27-2010.05.29. Pécs: Magyar Pszichológiai Társaság, p. 105.
21. Csókási K, Hargitai R, Járai R, Nagy L, Czirják L, Gy. Kiss E: Personality and somatic health status in autoimmune diseases. *PSYCHOLOGY & HEALTH* 26:(sup2) p. 257. (2011)
22. Gy. Kiss Enikő: *A poszttraumás növekedés modelljei*. In: Péley B, Nagy L (szerk.) *A PTE ÁOK Pszichiátriai Intézete és a BTK Pszichológiai Intézete klinikai szakpszichológus*

szinten tartó konferenciája és elektronikusan írott tananyaga CD. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2011.04.04-2011.04.06.

23. Gy. Kiss Enikő: *The Role of Belief Function in Clinical Health Psychology*. In: 19. Congress of International Szondi Association. Konferencia helye, ideje: Nice, Franciaország, 2011.07.18-2011.07.21.

24. Csókási Krisztina: *Depresszió és rheumatoid arthritis*. Magyar Arthritiszes Betegek Közhasznú Egyesülete, 2011. november 29. PTE Klinikai Központ.

25. Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk.): *A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó, 2012. (Egészség Rehabilitációs Füzetek Könyvsorozat; 2.)

26. Gy. Kiss Enikő: *A személyiség pozitív erőforrásai*. In: Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk.): *A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó, 2012. p. 107-119. (Egészség Rehabilitációs Füzetek Könyvsorozat, 2.)

27. Csókási Krisztina: *Rehabilitációs lehetőségek rheumatoid arthritisben szenvedő betegeknél. Beteg-educációs és szelf-menedzsment programok külföldi hatékonyság vizsgálatának eredményei*. In: Gy. Kiss Enikő, Polyák Lilla (szerk.): *A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó, 2012. p. 135-142. (Egészség Rehabilitációs Füzetek Könyvsorozat, 2.)

28. Gy. Kiss Enikő: *Személyiség és megküzdés szisztémás autoimmun kórképekben szenvedő betegeknél*. In: "Test és Lélek" - Határterületek a neuropszichológiában és pszichoterápiában. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország, 2012.03.09-2012.03.10.

29. Csókási Krisztina: *Fájdalom és rheumatoid arthritis*. Magyar Arthritiszes Betegek Közhasznú Egyesülete, 2012. május 15. PTE Klinikai Központ.

30. Gy. Kiss E, Csókási K, Hargitai R, Káplár M, Nagy L, Czirják L: *Resilience and Personality*. In: Lisa Di Blas, Andrea Carnaghi, Donatella Ferrante, Valentina Piccoli: 16th European Conference on Personality Psychology. Trieste, 2012. július 10-14. Konferenciakötet, p.189.

31. Gy. Kiss, E., Csókási, K., Hargitai, R., Káplár, M., Nagy, L., Czirják, L.: *Resilience and protective factors of personality*. *PSYCHOLOGY & HEALTH* 27:(sup) p. (2012)

32. Gy. Kiss E.: The role of belief function in clinical health psychology. *SZONDIANA*, (in press).

33. Csókási K., Hargitai R., Czirják L., Nagy L., Gy. Kiss E: A szisztémás autoimmun kórképekben (SLE, RA, SSc) szenvedő betegek vizsgálata MMPI-2-vel. *Psychiatria Hungarica* (in press).

Pécs, 2012. július 28.

Gyöngyösiné Prof. Dr. Kiss Enikő  
egyetemi tanár