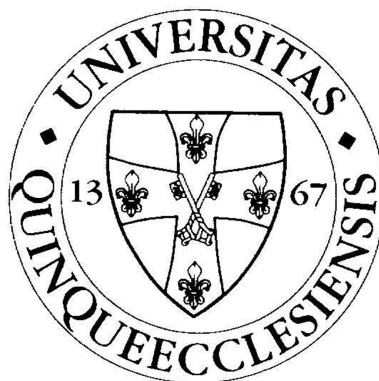


PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
BÖLCÉSZETTUDOMÁNYI KAR
PSZICHOLÓGIA DOKTORI ISKOLA
SZEMÉLYISÉGPSZICHOLÓGIA PROGRAM



**PSZICHOSZOCIÁLIS ALKALMAZKODÁS RHEUMATOID ARTHRITISES
BETEGEKNÉL: PSZICHOPATOLÓGIAI ÉS SZEMÉLYISÉGLÉLEKTANI
VONATKOZÁSOK**

DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

CSÓKÁSI KRISZTINA

TÉMAVEZETŐ: PROF. DR. KISS ENIKŐ CSILLA

Pécs

2017

1. BEVEZETÉS

Az egészségpszichológia népszerűségének növekedésével egyre több figyelem irányul a különböző krónikus betegségek pszichológiai vonatkozásaira. Bizonyos pszichés tényezők ugyanis szerepet játszhatnak ezek kialakulásában, de még inkább meghatározóak a krónikus szomatikus állapotok lefolyását illetően. Az utóbbi évek, évtizedek kutatásai elsősorban a stresszre és az ezzel való megküzdésre helyezik a hangsúlyt, valamint a krónikus betegségek olyan további következményeire, mint a szorongás, a depresszió, illetve az életminőség jelentős mértékű csökkenése. Nincs ez másként az immunrendszer megbetegedéseit illetően sem. Ennek következtében a személyiség-lélektani korrelátumaikról jóval kevesebb tudományos ismerettel rendelkezünk. Még az olyan – egyébként régóta pszichoszomatikusnak tartott – betegség esetében is elmondható ez, mint a rheumatoid arthritis. Vizsgálatunk ezt a hiányosságot próbálja némileg pótolni azzal, hogy megpróbáljuk feltárni az érintett betegek temperamentum- és karakter-jellemzőit, valamint a társuló pszichopathológiai problémákat. A személyiségtényezők ismerete azért lehet fontos, mert befolyásolják a betegséggel való megküzdést, hiszen hatással lehetnek a tünetek észlelésére és értelmezésére, az orvoshoz fordulás gyakoriságára és a kezeléssel való együttműködésre, vagy éppen a hétköznapi problémák esetén alkalmazott megküzdési stratégiákra. Összességében tehát a különböző személyiségváltozók jelentős szerepet játszanak abban, hogy a krónikus betegek sikeresen tudnak-e alkalmazkodni a betegségükhöz, vagy ennek következtében jelentős mennyiségű pszichés distresszt (esetleg szorongást és depressziót) tapasztalnak-e meg. Jelen kutatás célja tehát a rheumatoid arthritises nők személyiségének és pszichopathológiai tüneteinek átfogó feltárása. A rheumatoid arthritises betegek vizsgálata lehetőséget ad a régi hagyományokkal bíró pszichoszomatikus szemlélet és az egészségpszichológiai megközelítés összevetésére. Másfelől, ez a leggyakoribb autoimmun kórkép, amely az érintettekre nézve súlyos következménnyel jár (fájdalom, munkaképtelenség, depresszió, stb.), így jelentősen rontja az életminőségüket és életkilátásaikat. Emellett szűkebb környezetükre, vagyis családjukra, gondozóikra is komoly terhet ró az állapotuk. Mindezekon felül, mivel egy krónikus kórképről van szó, amely élethosszig tartó ellátást igényel, és rokkantságot okoz, ezért jelentős gazdasági kihatásai is vannak. Következésképpen, a rheumatoid arthritises betegek gondozásának javítása, és a számukra elérhető intervenciók hatékonyságának növelése mind az egyének és szociális környezetük, mind a társadalom szintjén érzékelhető hatással járna és fontos lenne.

2. A RHEUMATOID ARTHRITIS ORVOSI ASPEKTUSA

A rheumatoid arthritis (továbbiakban RA), vagy más néven krónikus sokízületi gyulladás, ismeretlen etiológiájú, autoimmun patomechanizmusú, progresszív lefolyású gyulladásos kórkép. A betegség elsősorban az érintett ízületek destrukciójában mutatkozik meg, de emellett súlyos károsodásokat okoz(hat) egyéb szervekben is. Az ízületek eróziója következtében jelentős mértékű mozgáskorlátozottsággal és életminőség-romlással jár együtt. Ezen túlmenően, mintegy 10 évvel megrövidíti a várható élettartamot (Bálint és ifj. Gergely, 2000). Az autoimmun betegségek egyik leggyakoribb fajtája az RA, ugyanis a népesség 1-1,5%-nál alakul ki. A nemi megoszlás tipikus mintázatot mutat: nők között 3-4-szer gyakrabban fordul elő, mint férfiaknál. Etiológiáját tekintve az RA multifaktoriális eredetűnek tekinthető: genetikai, hormonális és környezeti tényezők (vírusok, baktériumok, stressz, stb.) egyaránt hozzájárulnak a kialakulásához. A betegség többnyire különösebb előzmény nélkül, lappangva kezdődik. Az első tünetek általában a kéz kisízületeiben jelentkeznek, és csak lassan fejlődik tovább a betegség. Az RA rendszerint közepesen súlyos lefolyású, ugyanakkor a kórlefolyás szempontjából az első 2 év a döntő. A betegség klinikai tünetei közé – a korábban említettek szerint – elsősorban az ízületi elváltozások tartoznak, amelyek leggyakrabban a kézen, a csuklón, a láb kisízületeiben, illetve a térdízületben tapasztalhatóak először. Az előbbieken kívül a betegség a progresszió következtében a váll-, a csípő- és a nyaki gerinc ízületeire is kiterjedhet. Az extraarticularis elváltozások szinte bármelyik szervrendszerben megjelenhetnek, lévén az RA a szisztémás autoimmun kórképek közé tartozik. Gyakran tapasztalhatók csont- (pl. osteoporosis) és izomelváltozások (pl. izomerő-gyengülés, izom-atrófia), rheumatoid csomók a bőr alatt, idegrendszeri érintettség (pl. perifériás neuropathia), valamint testszerte kialakuló gyulladások (pl. scleritis, vasculitis, belső szerveket (tüdő, szív, vesék) érintő inflammáció). Az RA esetében olyan komplex terápiát alkalmaznak, ahol a terápiás beavatkozások elsődleges célja a tünetek csökkentése, valamint a progresszió lassítása vagy megállítása. Emellett a kezelésekkkel igyekeznek megelőzni az ízületi károsodások és szövődmények kialakulását, valamint csökkenteni a fokozott mortalitási kockázatot. Terápiás törekvés továbbá a munkaképesség minél további megőrzésének és az életminőség megtartásának elősegítése. A gyógyszeres kezelés fájdalomcsillapítók, nem szteroid gyulladáscsökkentők, kortikoszteroidok (főként akut exacerbációban és súlyos tünetek esetén), bázisterápiás szerek és biológiai készítmények alkalmazását foglalja magába (Gergely és Fekete, 2007). Ezekon felül a terápia részét képezik az estleges ortopéd sebészeti beavatkozások, a fizioterápia, a különböző rehabilitációs kezelések, illetve fontos a betegek pszichés vezetése.

3. A RHEUMATOID ARTHRITISSEL ÖSSZEFÜGGŐ SZEMÉLYISÉGJELLEMZŐK

A fizikai egészségi állapot szoros kapcsolatban van a személyiség különböző jellemzőivel, melyek egyfelől hozzájárulhatnak a betegségekkel kapcsolatos vulnerabilitáshoz, de jelentősen befolyásolhatják a betegséghez való alkalmazkodást is. Ezzel összefüggésben mindenképp említésre méltó a hagyományos pszichoszomatikus megközelítés, különösen Franz Alexander elmélete. Emellett érdemes kitérni azon újabb kutatások eredményeire, amelyek bizonyos személyiségvonásokat próbálnak meg kapcsolatba hozni az RA kialakulásával, de még inkább a lefolyásával, a betegséggel való adekvát megküzdéssel, sikeres együttéléssel.

3.1. A hagyományos pszichoszomatikus (pszichodinamikai) megközelítés

Alexander 1950-ben megjelent Pszichoszomatikus orvoslás című könyvében két pszichodinamikai alapmintát különböztetett meg, amelyek testi tünetekhez vezetnek. Az egyik a freudi konverziós tünet, a másik pedig a vegetatív neurózis vagy szervneurózis tünetei. Az utóbbinál a fizikai tünetek a krónikusan elnyomott emocionális feszültségek kísérőjelenségei. Alexander kezdetben amellet érvelt, hogy léteznek betegség-specifikus konfliktusok, melyek meghatározott betegségtípushoz vezetnek. A későbbiekben ezt revideálva arra jutott, hogy az érzelmi problémák közül a függőségi konfliktusnak van központi jelentősége. Következésképpen szerinte a pszichoszomatikus zavarok okát a korai anya-gyermek kapcsolatban kell keresnünk.

Az Alexander és kollégái (Johnson, Shapiro & Alexander, 1947) által közreadott tanulmányból jól kirajzolódik az a „nukleáris konfliktus helyzet” és azok a közös személyiségjegyek, amelyekkel az általuk meginterjúvolt RA-s betegek – többségében nők – jellemezhetők voltak. Míg gyermek- és fiatal felnőttkorban nagyfokú aktivitás, impulzivitás jellemezte őket, addig felnőttkorban viselkedésüket és érzelem-kifejezésüket erős kontroll alatt tartották. Ez az önkorlátozó tendencia felismerhető volt a társas viszonylataikban is, melyeket a másik fél szolgálata és a dependencia dominált. Emellett jól megfigyelhető volt náluk a mazochizmus, ami egyszerre szolgálta a hosztilitás levezetését és a nagyfokú dependenciájuk tagadását. Szexuális viselkedésükben általában elutasították a feminin szerepet, de egyébként is jellemző volt rájuk a maszkulin attitűd. Családi háttérükben szintén fellelhetők voltak közös jegyek: tipikusnak mondható a domináns, erős és követelőző anya, valamint a gyengédebb, szelídebb és engedékenyebb apa. Az anyával való kapcsolatukat a dependencia és a félelem jellemezte, és a bennük munkáló lázadást éppen ezek miatt nem merték kifejezni (Kulcsár, 1993). Összességében tehát Alexander szerint a betegség

pszichodinamikai hátterét a krónikusan gátolt hosztilitás és agresszivitás képezi, amit az RA-s betegek a mazochisztikus viselkedés és a maskulin tiltakozás (női szerepek elutasítása) segítségével vezetnek le.

Alexander a tünetek kialakulásának módját a konverziós hisztériához hasonlította (Johnson és mtsai, 1947). Feltételezte, hogy a fentebb említett tudattalan konfliktus változásokat okoz a harántcsíktolt izmokban – megnő az izomtónus vagy izomgörcs alakul ki –, és ez váltja ki az RA szimptomáit. Azaz a betegek hosztilis és agresszív impulzusai, és az ezek elleni védekezés ily módon, az izom- és ízületi tünetek formájában fejeződik ki. Ugyanakkor Alexander felhívta a figyelmet arra, hogy ugyanezen impulzusok és attitűdök nem csak tünetképzés formájában manifesztálódhatnak, hanem elfogadható (egoszinton) módon is levezetődhetnek (pl. nehéz fizikai munka vagy sport segítségével).

3.2. Személyiségjellemzők: a neuroticizmustól az énhatékonyság-érzésig

Az immunpatológiai szempontból kockázati személyiség feltárására irányuló vizsgálatok hatására kezdetben egy általános modell vált népszerűvé, a C típusú (cancer prone personality) viselkedésmintázat. Ez a személyiség szerkezet (szorongásosság, alacsony önértékelés, agressziógátlás, önálrendelődés) sokak szerint a daganatos és az autoimmun betegségekre hajlamosíthat (Kulcsár, 1993). Napjainkban azonban a kutatások fókuszában inkább specifikus személyiségvonások állnak.

Többször is vizsgálták már a krónikus ízületi gyulladáshoz betegek személyiségét a Big Five modell és az eysencki személyiségvonások tükrében. Krol és munkatársai (1998), valamint Gardiner (1980) eredményei szerint az újonnan diagnosztizált betegeket nagyobb mértékű *neuroticizmus* és *szociális kíváncsiság* jellemzi, míg *extraverzióban* és *pszichoticizmusban* hasonlítanak az egészséges kontroll csoport tagjaihoz. Ráadásul a diagnózis felállításakor mért neuroticizmus jól előrejelzi a 3 vagy akár 5 évvel későbbi szorongást és depressziót a gyógyszeres terápiától és a biomedikális paraméterektől függetlenül (Evers, Kraaimaat, Geenen, Jacobs és Bijlsma, 2002). Számos kutatás igazolta a neuroticizmus és a fizikai tünetek, például az észlelt fájdalom közti pozitív irányú összefüggést. Mi több, kijelenthetjük, hogy a magas neuroticizmusú személyek nem egyszerűen nagyobb mértékű fájdalmat tapasztalnak meg, hanem hajlamosabbak a fájdalom katasztrófizálására (Affleck, Urrows, Tennen, és Higgins, 1992). Emellett a Big Five személyiségvonások összefüggést mutatnak a betegek által alkalmazott megküzdési stratégiákkal és ezek hatékonyságával (Newth és DeLongis, 2004).

Néhány vizsgálat segítségével betekintést nyerhetünk a betegek érzelmi állapotába és az ezt meghatározó személyiségtényezők sorába. Más krónikus betegcsoportokhoz hasonlóan, sokuknak nehézséget okoz az érzelmek felismerése és kifejezése; több mint negyedük kimondottan *alexithymiás*nak tekinthető (Fernandez, Sriram, Rajkumar és Chandrasekar, 1989). Emellett a vonásként értelmezett *érzelmi intelligencia* több összetevőjében (fokozott empátia, ugyanakkor rosszabb stressz- és érzelemkezelés, alkalmazkodó-képesség és önértékelés) is eltérhetnek az egészséges kontroll személyektől (Tillmann, Krishnadas, Cavanagh és Petrides, 2013). Más vizsgálatok szerint az ízületi gyulladással betegek jelentős részére is jellemző a nagymértékű *tehetetlenség-érzés*, amely egyaránt jól bejósolja az aktuális és az évekkel későbbi depressziót (Smith, Christensen, Peck és Ward, 1994). A tehetetlenség-érzés kialakulása többek között a nagyfokú *pesszimizmussal* van kapcsolatban (Radanov, Schwarz és Frost, 1997). Ugyanakkor a diszpozicionális *optimizmus* egészségvédő hatása régóta jól ismert, és RA-ban is jelentős együttjárást mutat a betegek jól-létével, a betegségről alkotott reprezentációjukkal és társas támogatottságukkal (Treharne, Kitas, Lyons és Booth, 2005).

Vizsgálták továbbá a *kontrollhit* és az egészségi állapot kapcsolatát, és az eredmények szerint ízületi gyulladással betegeknek a külső kontrollhely erősen összefügg a depresszív tünetekkel (Reich, Zautra és Manne, 1993). Bandura (1997) *énhatékonyság-érzés* fogalmát szintén az egészség protektív tényezői között tartjuk számon. RA-s betegek esetében szintén bizonyítást nyert, hogy a nagyobb mértékű énéhatékonyság-érzés jobb medikális kimenettel jár együtt, mind a szomatikus (fájdalom, fáradtság, funkcionális dizabilitás), mind a pszichés tünetek (negatív hangulat) tekintetében (Somers és mtsai, 2010).

4. KOMORBID PSZICHIÁTRIAI KÓRKÉPEK

Az RA-hoz társult különböző pszichiátriai zavarok mind prevalenciájuk, mind az alkalmazkodást és a betegség prognózisát befolyásoló hatásuk miatt figyelmet érdemelnek. A depresszió és a szorongás a krónikus betegségekkel gyakorta együttjárási pszichiátriai zavarok (Clarke és Currie, 2009). Ennek legfőbb oka, hogy ezek a kórképek jelentős változásokat indukálnak a betegek addigi életében (Tiringer, Varga és Molnár, 2007), ennél fogva nap, mint nap kihívások elé állítják a krónikus beteg embereket, azaz folyamatos alkalmazkodást tesznek szükségessé. A szorongás és a depresszió tehát az inadekvát megküzdés következményeként is felfoghatók. Olyannyira elfogadott ez a megközelítés, hogy az RA-s betegek alkalmazkodásával foglalkozó kutatások jelentős része az alkalmazkodás indikátoraként tekint a szorongásos és affektív zavarokra. Másfelől azonban kialakulásuk természetesen negatívan befolyásolja a betegséghez való további alkalmazkodási stratégiák

hatékonyaságát. Ezen túlmenően, a társult pszichiátriai zavarok közvetlenül is hatással vannak a fizikai egészségi állapotra, mivel endokrin- és központi idegrendszeri, valamint immunológiai változásokat idéznek elő. Az említett összefüggések, és az ezeket befolyásoló tényezők megismerése kiemelkedő jelentőségű az RA-s betegek fizikai és pszichés jól-léte szempontjából.

4.1. Depresszió

A depresszió jelentős immunrendszeri változásokat okoz mind a mennyiségi, mind a funkcionális immunológiai mutatókat illetően (Picardi, Tarolla, Tarsitani és Biondi, 2009). Emellett serkenti a proinflammatorikus citokinek (különösen az IL-6 és IL-2) termelését, ami felveti annak a lehetőségét, hogy a major depresszió olyan immunrendszeri aktivációval jár együtt, ami az akut fázisú immunválaszra emlékeztet. A depresszió indirekt úton is hatással lehet az immunrendszer működésére: elnyomhatja a celluláris immunválaszt, ezáltal pedig elősegítheti a fertőzések és a sebgyógyulás időtartamának elhúzódását, ami szintén a gyulladáskeltő citokinek emelkedett szintjéhez vezet. Ugyanakkor a kapcsolat kétirányú, a citokinek jelentős hatást gyakorolnak a központi idegrendszerre, így hozzájárulnak a negatív hangulati állapot, a szomatikus panaszok vagy az étvágytalanság, azaz együttesen a betegségviselkedés (sickness behavior) kialakulásához (Kökönyei és Urbán, 2003).

A depresszió prevalenciája RA-ban a különböző vizsgálatok alapján 15-60% közötti. Az adatok közötti nagymértékű eltérések feltehetően elsősorban a mérési módszerek különbözőségéből adódnak (Dickens, McGowan, Clark-Carter és Creed, 2002). A depresszív zavart pszichiátriai interjúval azonosítva általában alacsonyabb előfordulási gyakoriság észlelhető a kérdőíves vizsgálatok adataihoz képest. Másrészt a különböző kérdőívek is eltérő eredményekre vezethetnek, mivel azok az önbeszámolós mérőeszközök, amelyek sok szomatikus tételt tartalmaznak, felülbecsülhetik a krónikus beteg populációkban a társult depresszió arányát (Abdel-Nasser és mtsai, 1998; Peck, Smith, Ward és Milano, 1989).

Ugyancsak inkonzisztens a szakirodalom a depresszió korrelátumait és prediktorait illetően. Ellentmondásosak a vizsgálati eredmények az olyan változók tekintetében, mint az életkor, a nem, a családi állapot, a foglalkozási státusz, valamint a betegség súlyossága és fennállási ideje. Mindazonáltal, a *fájdalomérzet* (Dickens és mtsai, 2002; Kojima és mtsai, 2009; Nakajima és mtsai, 2006; Peck és mtsai, 1989), a *fáradtság* (Covic, Tyson, Spencer és Howe, 2006), illetve a *fizikai diszabilitás* mértékével (Covic és mtsai, 2006; Kojima és mtsai, 2009; Mella, Bértolo és Dalgalarrodo, 2010; Nakajima és mtsai, 2006) való szoros együttjárása egyértelműen megállapítható. Ezen túlmenően, a depressziót a mortalitás független rizikótényezői közt tarthatjuk számon RA-s betegek esetében is.

4.2. Szorongás

Több kutatás is megerősítette, hogy a szorongásos tünetek együttjárnak a nyál IgA szintjének, a limfocita proliferáció mértékének és az IL-2 szérumszintjének csökkenésével (Koh és Lee, 1998). Másrészt viszont némely kutatási eredmény azt sugallja, mintha a szorongás fokozott immunfunkcionálással társulna. A tapasztalható ellentmondások egyfajta feloldása az az elképzelés, mely szerint a szubklinikai és a klinikai mértékű szorongás ellentétes immunrendszeri következményekkel jár, mivel az előbbihez jobb, a súlyos szorongáshoz pedig csökkent immunfunkciók kapcsolódnak (Picardi és mtsai, 2009).

A szorongás – a depresszióhoz hasonlóan - meglehetősen gyakran társul az RA-hoz, a komorbiditás mértéke 13-70% közötti. Egyes vizsgálatok szerint a szorongás gyakoribb, mint a depresszió (Van Dyke és mtsai, 2004; El-Miedany és Rasheed, 2002). A kutatási eredmények közti nagy variabilitást ebben az esetben is főként módszertani okokkal magyarázzák (Covic és mtsai, 2012). Említést érdemel továbbá, hogy a tanulmányok rendre megerősítik a szorongás és a depresszió közti nagyfokú átfedést, azaz a két kórkép gyakori együttes előfordulását (El-Miedany és Rasheed, 2002; VanDyke és mtsai, 2004).

A szorongás kialakulásához jelentős mértékben hozzájárul az RA-t jellemző krónikus fájdalom, a nehezen bejósolható prognózis, a tünetek és a progresszió változékonysága, valamint a fizikai aktivitásbeli korlátozottság. Ezen túlmenően, a betegség kezeléséhez való viszonyulás, és az egész életen át tartó gyógyszeresedés perspektívája is fokozhatja a szorongásos panaszokat (Treharne és mtsai, 2005).

A szorongásos tünetek és a szociodemográfiai változók kapcsolatát illetően meglehetősen inkonzisztens a szakirodalom az RA-s betegek esetében. A betegség olyan következményei, tünetei, mint a *dizabilitás mértéke* (El-Miedany és Rasheed, 2002; Söderlin, Hakala és Nieminen, 2000; Zyrianova és mtsai, 2006), a *fájdalomérzet* és a szociális aktivitások vagy a *társas támogatás* csökkenése (Zyrianova és mtsai, 2006) azonban egyértelműen összefüggést mutatnak a szorongással.

A társult pszichopathológiai kórképek tehát megnehezítik a betegséghez való alkalmazkodást, befolyásolják a fájdalom-észlelést, és hatással lehetnek a terápiás kimenetelre. Emellett mind a depresszió, mind a szorongás jelentősen rontja a betegek életminőségét. Következésképpen, fontos lenne feltárni ezen zavarok prediktor tényezőit, mivel így könnyebben azonosíthatók lennének a vulnerábilis betegek, valamint ezen tényezők ismerete segíthetne a célzott intervenciók kialakításában. Ily módon megelőzhetővé válnának ezek az állapotok vagy lehetőség lenne a korai felismerésükre.

5. VIZSGÁLAT

5.1. Célkitűzés

A vizsgálat egyik célja a rheumatoid arthritises betegek személyiségének leírása a Cloninger-féle temperamentum- és karakter-dimenziók mentén; azon jegyek azonosítása, amelyek vonatkozásában különböznek az egészséges emberektől, valamint egy más típusú autoimmun kórképből, szisztémás sclerosisban (továbbiakban: SSc) szenvedő betegcsoporttól. A másik autoimmun betegcsoporttal való összehasonlítás segíthet annak megértésében, hogy a személyiségprofil jellegzetességei közül melyek mutatnak összefüggést a krónikus betegséggel való együttéléssel, és mintegy következményei a betegszerepnek, illetve a súlyos dizabilitással és fájdalommal járó állapotoknak. A vizsgálat ezen része exploratív jellegű volt, tekintettel arra, hogy ezt megelőzően RA-s és SSc-s betegcsoportban sem vizsgálták még a temperamentum- és karaktervonásokat.

A vizsgálat emellett magában foglalta az említett csoportok komplex személyiség- és pszichopathológiai felmérését az MMPI-2 kérdőív segítségével, amely lehetőséget ad a társult pszichiátriai zavarok és bizonyos személyiségjellemzők átfogó és megbízható mérésére. Rheumatoid arthritises betegek MMPI profilját ugyan vizsgálták már korábbi tanulmányok, a jelen kutatásban azonban az RA-s betegek viszonylag nagy elemszámú mintáját kétféle, nemből és korban illesztett kontroll csoporttal hasonlíthattuk össze. Másfelől, a vizsgálatához az MMPI kérdőív újrasztenderdizált változatát használtuk, amely a mérőeszköz első verziójához képest jobb pszichometriai mutatókkal rendelkezik, valamint a klinikai skálák mellett tartalmaz 31 új, klinikai alskálát, amelyek lehetővé teszik a profilok pontosabb értelmezését. Ennek megfelelően, célul tűztük ki az ízületi gyulladással betegek profiljainak az eddigénél részletesebb feltérképezését, a kérdőív alskáláit és tartalmi skáláit egyaránt bevonva a vizsgálatba, valamint az MMPI-2 profil alapján egymástól jól elkülöníthető alcsoportok (klaszterek) létrehozását az RA-s betegcsoporton belül.

Az előbbieket mellett a vizsgálat kiterjedt a komorbid depresszió és szorongás felmérésére, amelyek jelentősen befolyásolhatják a betegség lefolyását, prognózisát, a betegek életminőségét, és megnehezítik a betegséghez való megfelelő alkalmazkodást. Célként fogalmaztuk meg a szorongásos és depresszív állapotok prevalenciájának felmérését, valamint a demográfiai változókkal való kapcsolatuk megállapítását, tekintettel a szakirodalom ezzel kapcsolatos ellentmondásosságára. További célként fogalmaztuk meg azon temperamentum- és karakterjellemzők meghatározását, amelyek összefüggést mutatnak a szorongás és a depresszió fennállásával, és amelyek ilyen módon kitüntetett szerepet játszanak a betegséghez való alkalmazkodásban.

5.2. A vizsgálat hipotézisei

A vizsgálat részben exploratív jellegű, mivel a sclerodermás betegek személyiségét illetően eddig kevés kutatási eredmény áll rendelkezésünkre, valamint a TCI kérdőívvel ezidáig egyik betegcsoportot sem vizsgálták. Mindazonáltal megfogalmaztunk néhány előzetes feltevést, melyek a következők:

1, A temperamentum- és karakterdimenziók vonatkozásában:

- szignifikáns különbségek mutathatók ki a csoportok között, különösen az egészséges és a betegcsoportok viszonylatában – és kevésbé a két autoimmun betegcsoport között; a különbségek elsősorban az Ártalomkerülés (HA) és az Önirányítottság (SD) faktorokban mutatkoznak meg, mivel ezek összefüggnek a szorongásos és hangulati zavarokkal (Rózsa, Kállai, Osváth és Bánki, 2005)

- a szorongás és a depresszió pozitív kapcsolatban van az Ártalomkerülés alskáláival, és negatív kapcsolatot várunk az Önirányítottság alskáláit illetően (Cloninger és mtsai, 2012)

2, A szorongás és a depresszió vonatkozásában:

- a betegcsoportok egyaránt magasabb szorongás és depresszió pontszámmal jellemezhetőek az egészségesekhez viszonyítva

- a csoportok közti különbség kifejezettebb a CES-D skálán mért depressziós tünetek esetében, mint a HADS kérdőív depresszió skáláját alkalmazva
- a fenti összefüggés a kérdőívek szerkezetére vezethető vissza: a CES-D a depresszió szomatikus tüneteit is méri, ezáltal túlbecsülheti a depresszió prevalenciáját a betegcsoportokban (Pincus és Callahan, 1993)

- a betegcsoportokban szignifikánsan nagyobb a klinikai szinten szorongó és depressziós személyek aránya az egészséges kontrollcsoporttal összevetve (pl. Kojima és mtsai, 2009; Mella és mtsai, 2010; Nakajima és mtsai, 2006)

- az RA-s csoport a sclerodermás csoportnál is több depresszív tünetről számol be a betegség karakterisztikája (immobilitás, nagyobb mértékű fájdalom) okán

- a szorongás és a depresszió összefüggést mutat a demográfiai változókkal (kor, iskolai végzettség, családi állapot) (Dickens és mtsai, 2002; El-Miedany és Rasheed, 2002; Evers és mtsai, 2002; Mella és mtsai, 2010)

3, az MMPI-2 kérdőívvel mért személyiség- és pszichopathológiai profil vonatkozásában:

- az RA-s és a sclerodermás betegcsoportok MMPI-2 profilja jelentősen különbözik az egészséges csoporttól, amely mindenekelőtt a Hisztéria (Hy), a Depresszió (D) és a Hipochondriázis (Hs) skálák magas (az egészségesekéhez képest szignifikánsan magasabb)

pontértékében ragadható meg (Liang és mtsai, 1984; Moos és Solomon, 1964; Payne és mtsai, 1982; Pincus és mtsai, 1986)

- a fenti összefüggés elsősorban a skálákhoz tartozó, szomatikus állapotra vonatkozó tételeknek köszönhető (Pincus és mtsai, 1986), így a skálák magas értéke inkább a szomatikus betegség fennállását, semmint a pszichés állapotot tükrözi

5.3. Vizsgálati eljárás

A bemutatásra kerülő vizsgálat egy nagyobb, átfogó kutatás része, amely a Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézete és a Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának közös munkája. A kutatás a szisztémás sclerosiban, szisztémás lupus erythematosusban és rheumatoid arthritisben szenvedő betegek személyiségének és pszichopatológiai jellemzőinek, valamint a személyiség erőforrásaihoz hozzájáruló reziliencia mértékének feltárására irányult.

A kutatásban részt vevő RA-s betegek elsősorban a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának fekvőbetegei közül kerültek ki. Az RA-s betegek egy kisebb csoportját (N=6) a dombóvári és zalaegerszegi kórházak mozgásszervi rehabilitációs osztályain értük el, valamint további 8 rheumás beteget a Pécsi Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények I.sz. Rendelőintézetének szakrendelésén kerestünk meg. A beteg kontrollcsoportot alkotó sclerodermás betegek mindegyike a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának fekvőbetege volt.

A Reumatológiai és Immunológiai Klinikán a klinika orvosai által előzetesen elkészített névsor alapján azokat kerestük meg, akiknél a vizsgált kórképek valamelyike diagnosztizálásra került. A betegek toborzásában a dombóvári és zalaegerszegi kórházak mozgásszervi rehabilitációs osztályain az ott dolgozó pszichológusok, míg a Pécsi Megyei Jogú Város Egyesített Egészségügyi Intézmények I.sz. Rendelőintézetében a szakrendelést végző szakorvos volt segítségünkre.

Az RA-s és SSc-s fekvőbetegek megkeresésére és a tesztek felvételére a gyógykezelés ideje alatt a kórházban került sor. A kérdőívcsomag első felének (orientáció, CES-D, HADS, RS15 és CD-RISK) kitöltése a vizsgálatvezető jelenlétében történt, míg a TCI és MMPI-2 kérdőíveket a betegek egyedül választották meg. A járóbeteg szakrendelésen elért betegek a kérdőívcsomagot önállóan töltötték ki saját otthonukban, és postai úton juttatták vissza a rendelőintézetbe. Az egészséges kontroll csoport tagjainak toborzása a Pécsi Tudományegyetem Pszichológia Intézetének hallgatói által történt, a résztvevők a kérdőíveket önállóan, saját otthonukban töltötték ki.

A vizsgálati személyeket megkeresésükkor informáltuk a vizsgálat céljáról és lefolytatásának módjáról; erről írásbeli tájékoztatót is kaptak. A tesztek kitöltése előtt a kutatásetikai szabályoknak megfelelően minden résztvevő aláírta a beleegyező nyilatkozatot. A kutatásban való részvétel önkéntes jellegű volt, a válaszadók anonimitását pedig a vizsgálat során végig megőriztük. A vizsgálati személyek nem részesültek semmilyen díjazásban. A vizsgálat során alkalmazott eljárások összhangban vannak a Helsinkai Nyilatkozattal, az adatok kezelése pedig a kutatásetikai alapelveknek megfelelően történt. A kutatást a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjának Regionális Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá.

5.4. Vizsgálati módszerek

A vizsgálat során alkalmazott tesztbattéria kérdései és kérdőívei közül jelen dolgozat keretében csak a szociodemográfiai jellemzőket, illetve a TCI, HADS, CES-D és MMPI-2 kérdőívekre adott válaszokat használtuk fel.

Szociodemográfiai változók

A vizsgálatba bevont szociodemográfiai változók közé a nem, az életkor, a családi állapot, valamint az iskolai végzettség tartozott.

Temperamentum és Karakter Kérdőív (Temperament and Character Inventory, TCI)

A TCI teszt a Cloninger által leírt hét dimenziós személyiségmodell mérésére kifejlesztett mérőeszköz. A szerző a személyiséget két részre osztja: a temperamentum a genetikusan kódolt emocionális predispozíciókat foglalja magába, míg a karakter az, amit a személy szándékosan megvalósít magából. Cloninger elmélete szerint a temperamentumot az Újdonságkeresés, az Ártalomkerülés, a Jutalomfüggőség, valamint a Kitartás alkotja, míg a karakterfaktorok közé az Önirányítottság, az Együttműködés és a Szelf-transzcendencia tartozik (Cloninger és mtsai, 1993; Rózsa és mtsai, 2005).

A személyiségmodell mérésére létrehozott TCI kérdőív 240 állítást tartalmaz, és klinikai, illetve normál populáció esetében egyaránt alkalmazható. A kérdőívet Rózsa és munkatársai (2005) adaptálták magyar nyelvre. A mérőeszköz megfelelő belső konzisztenciával rendelkezik (Cronbach $\alpha=0,71-0,85$). Saját vizsgálatunkban a skálák Cronbach α értékei 0,69-0,86 közötti tartományba estek.

Center for Epidemiologic Studies – Depression (CES-D)

A rövid, 20 ítemes önjellemző kérdőív a depresszióra utaló tünetek fennállását mutatja meg (Radloff, 1977). Az ítemek négy faktorba sorolhatók: (1) depresszív affektusok, (2) szomatikus tünetek, (3) interperszonális kapcsolatok és (4) pozitív affektusok. A skálán 0-60 közötti pontszám érhető el, a magasabb pontszámok nagyobb distresszre utalnak. A reliabilitásra és validitásra vonatkozó adatok a különböző kutatásokban többnyire

megfelelőek. Saját vizsgálatunkban a kérdőív belső konzisztenciája megfelelőnek bizonyult (teljes kérdőívre Cronbach $\alpha=0,91$).

Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

A 14 tételes önbeszámoló kérdőív alkalmas a szorongás és depresszió mérésére és elkülönítésére (Zigmond és Snaith, 1983). A kérdőív egyik előnye, hogy nem tartalmaz olyan tételleket, amelyek miatt a depresszió szomatikus tünetei és a krónikus állapottal járó tünetek összemosódnának. Ugyanígy mellőzték a kérdőívből a kognitív aspektusra vonatkozó tételleket (reménytelenség, alacsony önértékelés, szuicid gondolatok). Nemzetközi és hazai vizsgálatok alapján a kérdőív magas reliabilitással (Chronbach $\alpha= 0,76-0,93$) és megfelelő validitási értékekkel rendelkezik (McDowell, 2006; Muszbek és mtsai, 2006; Tiringér és mtsai, 2008). Saját vizsgálatunkban szintén megfelelő értékek adódtak a belső konzisztenciát illetően (Szorongás skála Cronbach $\alpha=0,85$, Depresszió skála Cronbach $\alpha=0,84$).

Minnesota Többtényezős Személyiség-Kérdőív-2 (MMPI-2)

Az MMPI 1989-es átdolgozása és újrasztenderdizálása nyomán jött létre, és 567 igaz/hamis választásos tételből áll (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen és Kaemmer, 1989). Klinikai főskálái ugyanazok, mint a régi változaté: Hipochondriázis (Hs), Depresszió (D), Hisztéria (Hy), Pszichopátia (Pd), Maszkulinitás-Feminitás (Mf), Paranoia (Pa), Pszichaszténia (Pt), Szkizofrénia (Sc), Hipománia (Ma) és Szociális introverzió (Si). Ugyanakkor a kérdőív 10 klinikai skálájához 31 új, klinikai alskála is tartozik, valamint a korábbi validitási skálák mellett 5 új skálát is tartalmaz az érvényesség mérésére. Ezenfelül, az MMPI-2 15 tartalmi skálát (pl. düh, cinizmus, rossz terápia előjel) és 20 kiegészítő skálát is magában foglal (pl. énerő, dominancia, házassági distressz). Az MMPI-2 előnye a korábbi változathoz képest, hogy pszichometriai jellemzői jobban kimunkáltak, így olyan megbízható és valid mérőeszköznek bizonyult, amely magas teszt-reteszt és belső konzisztencia mutatókkal, illetve megfelelő skála interkorrelációkkal rendelkezik.

5.5. Statisztikai elemzések

A kérdőívek eredményeinek statisztikai elemzése az SPSS for Windows 13.0 programcsomag segítségével történt. Skála típusú adatoknál a vizsgálati csoportok átlagpontoszámai közti különbséget független mintás t-próbával vagy egyszempontos variancia-analízissel (ANOVA) vizsgáltuk. Utótesztként Bonferroni vagy Dunnett's T3 post hoc tesztet alkalmaztunk a csoportok közti különbség feltárására a varianciák homogenitásának teljesülése függvényében. Kategoriális adatok esetén a változók közti kapcsolat vizsgálatához χ^2 -próbát vagy Fisher exact tesztet használtunk. Bináris logisztikus regresszió (Forward LR módszer) segítségével ellenőriztük a klinikai szintű szorongás és

depresszió fennállásának összefüggését a szociodemográfiai változókkal. A szorongásos és depresszív tünetek prediktorainak meghatározását többszörös lineáris regresszió elemzéssel (stepwise módszer) végeztük. Az MMPI-2 profil alapján elkülöníthető RA-s csoportok kialakításához hierarchikus klaszteranalízist alkalmaztunk, majd az ilyen módon meghatározott 3, 4 és 5 klaszteres megoldásokat több lépésben (K-közép klaszteranalízis, többváltozós variancia-analízis és diszkriminancia analízis) ellenőriztük. A skála típusú változók közti kapcsolatot Pearson-féle korreláció-elemzéssel vizsgáltuk. A vizsgálati csoportokat egymástól leginkább elkülönítő depressziós tünetek csoportjait diszkriminancia analízissel azonosítottuk. A próbák elvégzéséhez szükséges feltételek (normál eloszlás, varianciák homogenitása, linearitás, multikollinearitás) teljesülését előzetesen ellenőriztük. A szignifikancia szintjét minden esetben $p < 0.05$ értéknél határoztuk meg.

5.6. Első vizsgálat: a szorongás, a depresszió, illetve a temperamentum- és karakterjellemzők vizsgálata

5.6.1. Vizsgálati minta

A vizsgálatba való bekerülés feltételei a betegcsoportok esetében a következők voltak: (1) a kezelőorvosok által az Amerikai Rheumatológiai Kollégium kritériumai alapján (Aletaha és mtsai, 2010; Hoogen és mtsai, 2013) diagnosztizált RA vagy SSc, (2) térben és időben orientált, melyet a Mini Mentál kérdőívvel (Folstein, Folstein, McHugh, 1975) ellenőriztünk, (3) illetve 18 évesnél idősebb életkor.

A kontroll csoport esetében a beválogatási kritériumok közé a következők tartoztak: (1) nincs krónikus szomatikus betegsége (önbeszámoláson alapult), (2) térben és időben orientált, melyet a Mini Mentál kérdőívvel (Folstein, Folstein, McHugh, 1975) ellenőriztünk és (3) 18 évesnél idősebb életkor.

Az előbbi feltételeknek megfelelő 115 fő RA-s, 125 fő SSc-s és 212 fő egészséges önkéntes vizsgálati személytől kaptunk vissza kitöltött kérdőívcsomagot. A válaszok feldolgozása után kizártuk az elemzésből: (1) azokat, akik hiányos vagy szélsőséges szociodemográfiai adatokat adtak meg, (2) azokat, akiknél a hiányzó válaszok száma meghaladta a kérdőívекnél meghatározott küszöbértéket, (3) a férfi válaszadókat, és (4) azokat a betegeket, akiknél mindkét diagnózis megállapításra került.

A végső minta így 92 fő RA-s, 92 fő SSc-s és 118 fő egészséges önkéntes személyből állt. A vizsgálati csoportok a szocio-demográfiai változók mentén nem különböztek egymástól szignifikánsan (1. táblázat).

	Egészséges kontroll (n=118)	RA (n=92)	SSc (n=92)	F vagy χ^2 p-érték
Életkor (évek)				
M±SD	55,12±10,51	57,67 ±11,50	56,13 ± 10,84	F=1,419
95% CI	53,20-57,03	55,29-60,05	53,89-58,38	p= ,244
Min-Max	23-81	26-79	25-82	
Iskolai végzettség (évek)				
M±SD	12,10±2,04	11,65±2,61	11,64±2,82	F=1,214
95% CI	11,73-12,47	11,11-12,19	11,06-12,23	p= ,298
Min-Max	8-17	8-17	8-17	
Családi állapot (fő)				
Egyedülálló (%)	42 (35,6%)	32 (34,8%)	33 (35,9%)	$\chi^2= ,026$
Házass/élettársi kapcsolatban (%)	76 (64,4%)	60 (65,2%)	59 (64,1%)	p= ,987

95%CI=95%-os megbízhatósági tartomány

1. táblázat A vizsgálati csoportok szocio-demográfiai jellemzői

5.6.2. Eredmények

5.6.2.1. Szorongás és depresszió (prevalencia, tünetek, demográfiai változókkal való kapcsolat)

Prevalencia

A vizsgálati csoportok által a CES-D és HADS kérdőíveken elért átlagpontszámokat egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA) segítségével hasonlítottuk össze (2. táblázat). A csoportnak szignifikáns hatása van a CES-D kérdőív összpontszámára, $F(2, 299) = 17,72$, $p = ,000$; parciális eta négyzet = ,105. Az RA ($p = ,000$) és az SSc betegek ($p = ,004$) egyaránt szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az egészséges kontroll csoporthoz viszonyítva. A két betegcsoport hasonló ($p = ,293$) mennyiségű depresszív tünetről számolt be.

		CES-D	HADS Depresszió	HADS Szorongás
Kontroll	M±SD	14,25 ± 8,25	4,42 ± 3,35	6,09 ± 3,71
	95% CI	12,74 – 15,75	3,81 - 5,03	5,42 – 6,77
	Min-Max	2-44	0-15	0-16
RA	M±SD	21,89 ± 11,04	7,54 ± 4,03	8,91 ± 4,85
	95% CI	19,61 - 24,18	6,71 – 8,38	7,91 – 9,92
	Min-Max	2-48	1-16	0-20
SSc	M±SD	19,45 ± 9,54	6,37 ± 3,85	8,12 ± 3,82
	95% CI	17,47 - 21,42	5,57 - 7,17	7,33 – 8,91
	Min-Max	3-46	0-17	0-18
F		17,724	18,948	13,257
p		,000	,000	,000

95%CI=95%-os megbízhatósági tartomány; F és p értékei a varianciaanalízisből (ANOVA) származnak

2. táblázat A CES-D és HADS kérdőívek átlagai a vizsgálati csoportokban

A HADS kérdőív depresszió skáláján elért pontszámokban szintén szignifikáns különbség volt a csoportok közt, $F(2, 299) = 18,95$, $p = ,000$, parciális eta négyzet = ,112. Az RA-s ($p = ,000$) és az SSc-s nöbetegek ($p = ,000$) egyaránt magasabb pontszámot értek el az

egészségesekhez képest. Az ízületi gyulladással betegségekben érintett és a sclerodermás nők hasonló ($p = ,128$) átlagpontoszámokkal jellemezhetők. A HADS szorongás skála pontszámára is szignifikáns hatása van a csoportnak, $F(2, 299) = 13,257$, $p = ,000$, parciális eta négyzet = $,081$. Az RA-s ($p = ,000$) és az SSc-s betegek ($p = ,001$) szignifikánsan több szorongásos tünetről számoltak be a kontroll csoport tagjaihoz képest. A szorongás vonatkozásában a két betegcsoport egymástól nem különbözött jelentősen ($p = ,579$).

Következő lépésként azt ellenőriztük, hogy van-e kapcsolat a diagnózis és a depresszió, illetve szorongásos állapotok közt. A klinikai szinten szorongók, szubklinikai szinten szorongók és a nem szorongók gyakorisága és a diagnózis között van összefüggés, $\chi^2(4, N=302) = 18,31$; $p = ,001$). Azok aránya, akiknél feltételezhetjük a szorongás fennállását, az RA-s csoportban a legnagyobb (kont. koeff. = $0,240$, $p = ,001$; Cramer V = $,174$ $p = ,001$), míg az egészségesek közt a legkevesebb. A HADS kérdőív depresszió skálája alapján megítélt depressziós státusz és a diagnózis közt is van kapcsolat, $\chi^2(4, N=302) = 30,89$, $p = ,000$. Mindhárom csoportban a nem depressziósok aránya a leggyakoribb, azonban az egészségeseknél ez a csoport $81,4\%$ -ra ($N=96$) jellemző, míg az RA-s és a sclerodermás csoportokban ez csak $47,8\%$ ($N=44$) és $54,3\%$ ($N=50$). A klinikai szinten depressziósok aránya az RA-s betegek közt kiemelkedően magas, 25% -os (kont. koeff. = $0,305$, $p = ,000$; Cramer V = $0,226$ $p = ,000$).

A csoportok között szignifikáns különbség volt kimutatható a CES-D kérdőíven mért pontszámok alapján megítélt depressziós státusz megoszlásában, $\chi^2(4, N=302) = 35,91$, $p = ,000$. A HADS kérdőív depresszió skálájával összehasonlítva azonban számottevően magasabb a legsúlyosabb kategóriába esők aránya, amely feltevésünk szerint annak tudható be, hogy a CES-D kérdőív tartalmaz a szomatikus állapotokra vonatkozó tételeket is.

A depresszió tünettana

Feltételeztük, hogy a korábban mások által (pl. Abdel-Nasser és mtsai, 1998; Peck és mtsai, 1989) felvetett módszertani probléma, a krónikus betegség és a depresszió tünetei közti átfedés, és ennek következtében a depressziós tünetegyüttes előfordulásának túlbecslése a jelen vizsgálati csoportok esetében is felmerülhet. Feltevésünk ellenőrzésére diszkriminancia analízist (enter módszer) végeztünk a CES-D kérdőív alskáláin, hogy azonosítsuk a tételek azon csoportját, amelyek a legjobban elkülönítik az egészséges és az RA-s vagy SSc-s nők csoportjait egymástól.

Az elemzés eredményei szerint a négy változót tartalmazó modell képes az RA-s betegeket az egészségesektől diszkriminálni (Wilk's lambda = $,837$; $\chi^2(4, N=210) = 36,65$ $p = ,000$). A legnagyobb diszkrimináló erejű változó a *Szomatikus tünetek alskála*; a modell az

egészségesek 83,1%-át, és az RA-s nők 57,6%-át helyesen klasszifikálja. A CES-D alsókálából álló modell képes a sclerodermás betegeket is diszkriminálni az egészségesektől (Wilk's lambda= ,900; $\chi^2(4, N=210)= 21,75$ p= ,000). A sclerodermás és az egészséges nőket azonban leginkább a *Pozitív affektusok hiánya* különíti el egymástól. A modell az egészségesek 81,4%-át és az SSc-s nők 47,8%-át sorolja be helyesen.

A depressziós tünetek pontosabb megértése érdekében az elemzést elvégeztük a kérdőív tételeinek segítségével is. A kérdőív tételeivel, mint független változókkal végzett diszkriminancia analízis (stepwise módszer) alapján megállapítható, hogy az RA-s betegeket a 7. (*minden megerőltető*), 2. (*rossz étvágy*), 3. (*rosszkedv*), és a 16. (*élveztem az életet*) tételek különítik el az egészséges nőktől. A 4 tétel a csoportok közti különbség 25,6%-át magyarázza (Wilk's lambda= ,744; $\chi^2(4, N=210)= 60,81$ p= ,000). A modell az egészséges nők 87,3%-át és az ízületi gyulladással diagnosztizált nők 58,7%-át sorolja be helyesen. A sclerodermás nőket ezzel szemben a 16. (*élveztem az életet*), 20. (*dolgokat elkezdni*), 5. (*odafigyelni*) és a 2. (*rossz étvágy*) tételek diszkriminálják a kontroll csoporttól, amelyek a csoportok közti különbség 12,8%-át magyarázzák (Wilk's lambda= ,872; $\chi^2(4, N=210)= 28,11$ p= ,000).

A szorongás és a depresszió összefüggése a szociodemográfiai változókkal

Feltételeztük, hogy a szociodemográfiai tényezők a szorongásos és a depressziós tünetek magyarázóváltozói. Bináris logisztikus regresszióelemzés (Forward LR módszer) segítségével ellenőriztük a hipotézisünket, annak érdekében, hogy a skála típusú és a dichotóm változókat egyidejűleg vizsgálhassuk a magyarázó modellen belül.

Az RA-s és sclerodermás nőbetegeknél az elemzés nem eredményezett szignifikáns modellt és egyetlen szociodemográfiai változó sem bizonyult a szorongás prediktorának, míg az egészségeseknél az iskolai végzettség volt az egyetlen szignifikáns magyarázóváltozó ($\chi^2(1)= 4,609$, p= ,032).

Magyarázóváltozó	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó	Felső
Egészséges kontroll								
iskolai végzettség	-,437	,145	9,063	1	,003	,646	,486	,858
életkor	,058	,025	5,466	1	,019	1,060	1,009	1,113
RA								
iskolai végzettség	-,177	,086	4,271	1	,039	,838	,708	,991
SSc								
életkor	,048	,022	4,962	1	,026	1,050	1,006	1,095

3. táblázat Bináris logisztikus regressziós modell, a depresszió prediktorai

A depressziót illetően a logisztikus regresszió elemzés ismételten szignifikáns modellt ($\chi^2(2) = 18,545$, p = ,000) eredményezett az egészséges nők esetében (3. táblázat). Az iskolai végzettség a depressziós tünetegyüttes 16,4%-át, az életkor pedig további 7,1%-át magyarázza

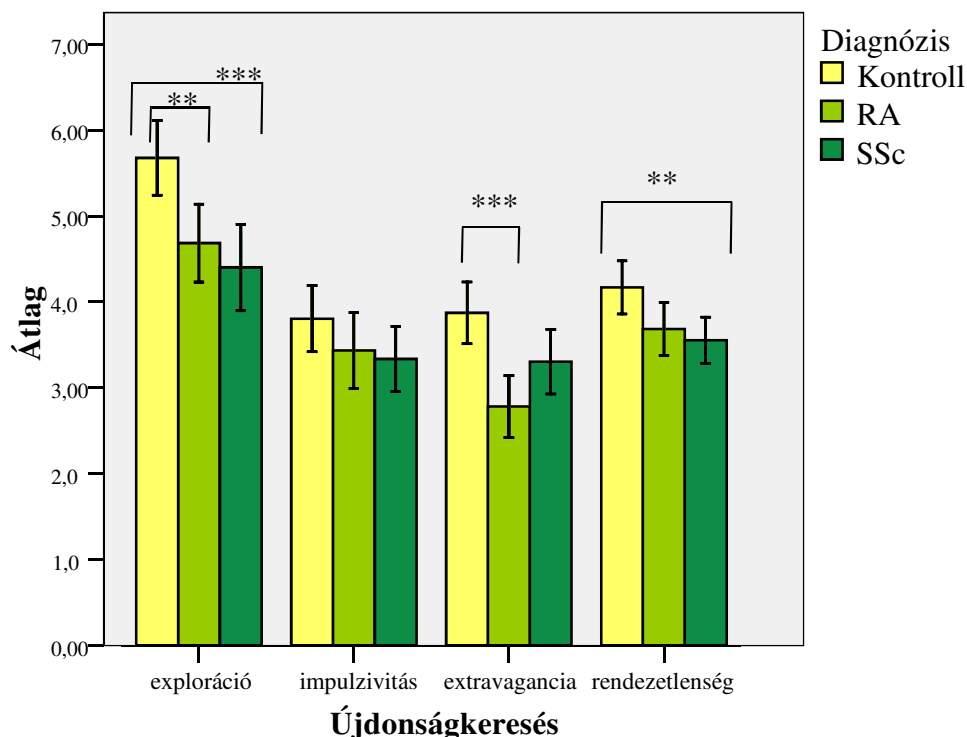
(Nagelkerke $R^2 = ,235$). Az ízületi gyulladással nőt betegek csoportjában kapott modell szintén szignifikáns volt ($\chi^2(1) = 4,556$, $p = ,033$), amely azonban csak az iskolai végzettséget foglalta magába. Az iskolázottság a depresszió varianciájának 6,4%-át magyarázta (Nagelkerke $R^2 = ,064$). A sclerodermás betegeknél is szignifikáns modellre ($\chi^2(1) = 5,520$, $p = ,019$) vezetett az elemzés, amelyben prediktor változóként az életkor szerepelt. Az életkor a depresszió varianciájának 7,8%-át magyarázta (Nagelkerke $R^2 = ,078$).

5.6.2.2. Temperamentum és karakter (RA-s betegek temperamentum- és karakterjellemzői; a szorongás és a depresszió magyarázóváltozói)

Rheumatoid arthritises nők temperamentum- és karakterjellemzői

Az elemzés első lépéseként a TCI kérdőív skáláin és az ezekhez tartozó alskálákon mért átlagokat hasonlítottuk össze egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA) segítségével.

A vizsgálati csoportok átlagpontszámában szignifikáns különbség mutatkozik az *Újdonságkeresés* (NS) faktorban, $F(2, 299) = 13,76$; $p = ,000$ parciális eta négyzet = $,084$. A kontroll csoporthoz viszonyítva mind az RA-s ($p = ,000$), mind az SSc-s nők ($p = ,000$) jelentősen alacsonyabb pontszámot értek el az *Újdonságkeresés*ben. Az alfaktorok (1. ábra) közül különbséget találtunk a csoportok közt az *explorációs ingerelhetőség* (NS1) ($F(2, 299) = 8,76$; $p = ,000$ parciális eta négyzet = $,055$), az *extravagancia* (NS3) ($F(2, 299) = 8,98$; $p = ,000$ parciális eta négyzet = $,057$), valamint a *rendezetlenség* (NS4) alfaktorban ($F(2, 299) = 4,86$; $p = ,008$ parciális eta négyzet = $,031$).



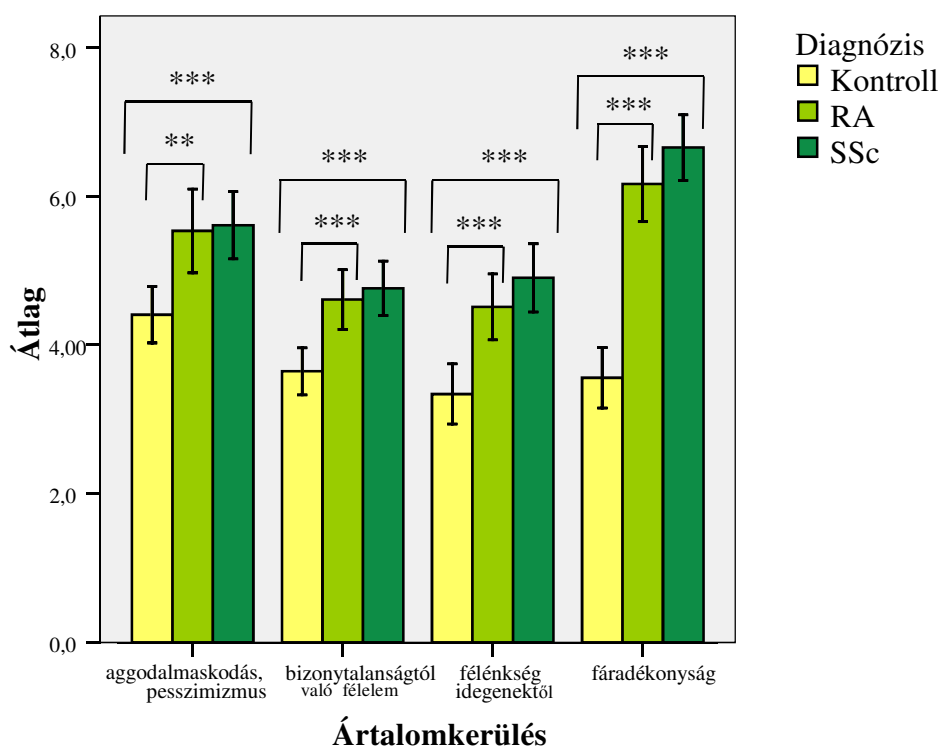
1. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai az *Újdonságkeresés* alfaktoraiban

= $p \leq 0,01$; *= $p < 0,001$; az error bar az átlag 95%-os konfidencia intervallumát mutatja

Az *Ártalomkerülés* dimenziójában is szignifikáns különbséget találtunk a csoportok között, $F(2, 299)=31,65$ $p=,000$ parciális eta négyzet= $,175$. Az RA-s ($p=,000$) és az SSc-s betegek ($p=,000$) is jelentősen magasabb pontszámot értek el a faktorban az egészséges személyekhez viszonyítva. Az alfaktorok vizsgálata (2. ábra) során különbséget mutattak a csoportok az *aggodalmaskodás, pesszimizmus (HA1)* ($F(2, 299)= 9,04$; $p=,000$ parciális eta négyzet= $,057$), a *bizonytalanságtól való félelem (HA2)* ($F(2, 299)= 12,05$; $p=,000$ parciális eta négyzet= $,075$), a *félénkség az idegenekkel szemben (HA3)* ($F(2, 299)= 14,70$; $p=,000$ parciális eta négyzet= $,089$) és a *fáradékonyság (HA4)* ($F(2, 299)= 57,90$; $p=,000$ parciális eta négyzet= $,279$) alskálán egyaránt.

A Jutalomfüggőség faktorban nem mutatható ki eltérés a vizsgálati csoportok átlagpontszámaiban, $F(2, 299)=0,91$; $p=,405$. Az *Érzékenység* (szentimentalitás) (RD1) alskála mentén szignifikáns ($F(2, 299)=3,39$; $p=,035$ parciális eta négyzet= $,022$) eltérés adódott, az ízületi betegeknek a másik két csoporthoz viszonyított magasabb pontszáma miatt. Míg a *kötődés* (RD3) alskálán ($F(2,299)= 7,62$; $p=,001$ parciális eta négyzet= $,049$) mindkét betegcsoport jelentősen alacsonyabb ($p=,003$ és $,004$) pontszámot ért el a kontroll csoporthoz képest.

A negyedik temperamentum-faktor, a Kitartás vonatkozásában szintén nem találtunk különbséget a csoportok átlagértékei közt, $F(2, 299)=0,413$ $p=,662$.



2. ábra A vizsgálati csoportok átlagpontszámai az *Ártalomkerülés* alskáláin
 = $p<0,01$; *= $p< 0,001$; az error bar az átlag 95%-os konfidencia intervallumát mutatja

A karakterfaktorok közül az *Önirányítottság* dimenziójában szignifikáns különbséget mutattunk ki a vizsgálati csoportok közt, $F(2, 299)=5,61$ $p=,004$ parciális eta négyzet= $,036$. Az RA-s betegek szignifikánsan különböznek ($p=,003$) az *Önirányítottság* mentén az egészségesektől. Az alfaktorok közül szignifikáns különbséget detektáltunk a *felelősségérzet* (SD1) ($F(2, 299)=4,18$; $p=,016$ parciális eta négyzet= $,027$) és az *eredményesség, leleményesség* (SD3) ($F(2, 299)= 4,06$; $p=,018$ parciális eta négyzet= $,026$) alskálákon, az RA-s betegek egészségesekhez viszonyított szignifikánsan alacsonyabb pontszámával. A *céltudatosság* (SD2) alfaktoron azonban az ízületi betegek ($p=,072$) és az SSC-s betegek ($p=,093$) egyaránt valamelyest alacsonyabb pontszámot értek el az egészségesekhez képest.

A második karakterfaktor, az Együtműködés (és ennek alfaktorai) vonatkozásában nem mutatkozott a csoportok között szignifikáns különbség, $F(2, 299)=0,12$ $p=,891$. Ugyanígy, a harmadik karakterfaktor, a Transzcendencia-élmény faktorának átlagpontszámait illetően sem találtunk szignifikáns különbséget a csoportok közt, $F(2, 299)=2,28$ $p=,104$.

Temperamentum- és karakterjellemzők a szorongás és depresszió tükrében

Miután feltártuk az RA-s betegek TCI személyiségprofilját, arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a cloninger-i személyiségmodell összetevői hogyan függnek össze az aktuális szorongásos és depresszív állapottal. Többszörös lineáris regresszióanalízis (stepwise módszer) segítségével vizsgáltuk, hogy mely temperamentum- és karakterfaktorok predikálják a szorongásos és depressziós állapot kialakulását az egyes csoportokban. Az elemzésekbe azokat a változókat vontuk be kovariánsként, amelyek az előzetes korreláció elemzések szerint szignifikáns összefüggést mutattak a HADS szorongás vagy depresszió skálájával (az elemzések előtt ellenőriztük a multikollinearitást). A függő változók a HADS szorongás és depresszió skáláinak pontszámai voltak.

A HADS szorongás pontszámainak magyarázóváltozói (4. táblázat) az egészségesek esetében az *Anticipátoros aggódás* (HA1) és a *Felelősségérzet* (SD1); $F(2, 115)= 31,321$ $p=,000$. Az RA-s betegek csoportjában a szorongás szignifikáns magyarázóváltozóinak ($F(3, 88)= 30,37$; $p=,000$) az *Anticipátoros aggódás* (HA1), a *Lelkiismeretesség* (C5) és a *Bizonytalanságtól való félelem* (HA2) bizonyultak. A szorongással ebben az esetben is az Anticipátoros aggódás (HA1) függ össze legerősebben, amely a szorongás varianciájának 43,4%-át magyarázza. A szorongás varianciájának további 4,2%-át magyarázza a Lelkiismeretesség (C5), és 3,3%-át a Bizonytalanságtól való félelem. A sclerodermás betegek esetében a szorongást magyarázó modell ($F(2, 89)= 22,12$ $p=,000$) legerősebb prediktor változója a *Bizonytalanságtól való félelem* (HA2), amely a szorongás varianciájának 26,1%-át magyarázza. A modellbe másodikként bekerült változó az *Anticipátoros aggódás* (HA1),

amely a modell magyarázó erejét további 7,1%-kal növeli meg – összességében azonban a két temperamentum-jellemzőt magában foglaló modell a szorongás varianciájának kisebb hányadát (31,7%) magyarázza, mint az RA-s nők csoportjában kialakított modell (49,2%).

Magyarázóváltozó	R ²	Adjusted R ²	ΔR ²	ΔF	Δp	Standardizált β	t	p
Egészséges kontroll								
Anticipátoros aggodás (HA1)	,264	,258	,264	41,60	,000	,427	5,46	,000
Felelősségérzet (SD1)	,353	,341	,089	15,75	,000	-,310	-3,97	,000
RA								
Anticipátoros aggodás (HA1)	,434	,428	,434	68,99	,000	,449	4,41	,000
Lelkiismeretesség (C5)	,476	,464	,042	7,16	,009	-,222	-2,89	,005
Bizonytalanságtól való félelem (HA2)	,509	,492	,033	5,83	,018	,241	2,42	,018
SSc								
Bizonytalanságtól való félelem (HA2)	,261	,253	,261	31,86	,000	,346	3,40	,001
Anticipátoros aggodás (HA1)	,332	,317	,071	9,41	,003	,313	3,07	,003

4. táblázat A HADS Szorongás magyarázóváltozói a vizsgálati csoportokban

A depressziós tünetek mennyiségét leginkább predikáló változókat szintén többszörös lineáris regresszió-elemzéssel (stepwise módszer) vizsgáltuk (5. táblázat). Az egészséges nők csoportjában előállt modell ($F(4, 113) = 22,59$; $p = ,000$) négy személyiségváltozót foglal magába. A depresszió legerősebb magyarázó tényezője a *Kifáradás és aszténia* (HA4), amely a depresszió varianciájának 26,4%-át magyarázza. A *Felelősségérzet* (SD1) további 8,7%-ot magyaráz. A modell magyarázó erejét 5,3%-kal növeli az *Anticipátoros aggodás*, és 4%-kal az *Empátia* (C2). Az ízületi gyulladásos nöbetegek esetében öt változóból álló modell predikálja legjobban a depressziós tünetek mennyiségét ($F(5, 86) = 19,46$; $p = ,000$). A modellben helyet kap a *Kifáradás és aszténia* (HA4), amely a depresszió varianciájának 31,7%-át magyarázza. Ennél jobb modellt kapunk a *Céltudatosság* (SD2) bevonásával, amely a kimeneti változó varianciájából további 11,6%-ot magyaráz. Az Újdonságkeresés faktor két alskálája, az *Impulzivitás* (NS2) és az *Extravagancia* (NS3) további 3,6 és 3,9%-kal növelik a modell bejósoló erejét. Utolsóként léptette be az elemzés a *Bizonytalanságtól való félelem* (HA2) változót, amely még 2,2%-ot magyaráz a depressziós tünetek mennyiségéből. A végső modell a depressziós tünetek varianciájának 53,1%-át predikálja. A sclerodermás nők csoportjában a depressziós tüneteket magyarázó modell ($F(3, 88) = 20,24$; $p = ,000$) három személyiségjellemzőt foglal magába. A kimeneti változó varianciájából legtöbbet, 30,2%-ot ebben a csoportban is a *Kifáradás és aszténia* (HA4) temperamentum-jellemző magyarázza. A modellbe beválogatásra került még két karakter-tényező, a *Céltudatosság* (SD2) és az

Önellfogadás (SD4), amelyek a depresszió varianciájából további 7,4 és 3,2%-ot magyaráznak. A modell összességében a depressziós tünetek varianciájának 40,8%-át magyarázza.

Magyarázóváltozó	R ²	Adjusted R ²	ΔR ²	ΔF	Δp	Standardizált β	t	p
Egészséges kontroll								
Kifáradás és aszténia (HA4)	,264	,258	,264	41,68	,000	,307	3,75	,000
Felelősségérzet (SD1)	,351	,340	,087	15,43	,000	-,212	-2,81	,006
Anticipátoros aggodás (HA1)	,404	,388	,053	10,05	,002	,254	3,07	,003
Empátia (C2)	,444	,425	,040	8,22	,005	-,209	-2,87	,005
RA								
Kifáradás és aszténia (HA4)	,317	,310	,317	41,80	,000	,285	2,81	,006
Céltudatosság (SD2)	,433	,421	,116	18,27	,009	-,267	-3,18	,002
Impulzivitás (NS2)	,470	,452	,036	6,05	,016	,247	3,13	,002
Extravagancia (NS3)	,509	,486	,039	6,83	,011	-,210	-2,72	,008
Bizonytalanságtól való félelem (HA2)	,531	,504	,022	4,10	,046	,205	2,03	,046
SSc								
Kifáradás és aszténia (HA4)	,302	,295	,302	39,01	,000	,435	5,00	,000
Céltudatosság (SD2)	,376	,362	,074	10,58	,002	-,276	-3,25	,002
Önellfogadás (SD4)	,408	,388	,032	4,72	,032	,183	2,17	,032

5. táblázat A HADS Depresszió magyarázóváltozói a vizsgálati csoportokban

5.7. Megvitatás

Vizsgálatunk keretében felmértük a szorongásos és depresszív tünetek mennyiségét az egészséges nőkből és az RA-s és SSc-s betegekből álló vizsgálati csoportokban. Feltevésünket, mely szerint mindkét betegcsoport jelentősen több tünetről számol be az egészséges kontroll csoporthoz képest mind a depresszió, mind a szorongás vonatkozásában, a statisztikai elemzések eredményei megerősítették. Ez egyfelől megfelel azon korábbi kutatások eredményeinek, amelyek azt bizonyították, hogy az RA-s betegek körében magas a szorongásos és depresszív tünetek mennyisége (pl. Covic és mtsai, 2012; Söderlin és mtsai, 2000). Másrészt, az eredmények alapján feltételezhető, hogy betegcsoportjainknál ezen pszichés tünetek fokozódása a krónikus betegségre és az ezzel együttjáró megterhelésekre adott reakciónak tekinthető. A csoportokat a szorongásos és depresszív állapot súlyossága alapján felosztva összefüggés mutatkozott ezen állapotok gyakorisága és a diagnózis között. A sclerodermás csoport 26,1%-ánál gyanítható a szorongás diagnózisa, míg az RA-s betegek esetében 33,7% a valószínűsíthetően szorongók aránya. A depressziót illetően az SSc-s betegek 16,3%-a, az RA-s betegeknek pedig 25%-a tartozik a klinikai mértékben depressziósok közé a HADS kérdőív alapján. A CES-D kérdőívre adott válaszok alapján az RA-s nőbetegek csoportjában kiemelkedően magas, 51,1%-nak, míg a sclerodermások közt

38%-nak adódott a súlyosan depressziósok aránya. Az ízületi gyulladással nők körében korábban feltárt prevalencia adatok sorába jól illeszkednek saját vizsgálati eredményeink, mivel a komorbiditás mértékét a korábbi kutatások 13-70% közöttinek becsülték (Abdel-Nasser és mtsai, 1998; Covic és mtsai, 2012; Peck és mtsai, 1989). Emellett, vizsgálatunkban a szorongásos állapotban érintettek aránya – minden csoportban – meghaladta a valószínűsíthetően depressziósok arányát, amely megfelel néhány korábbi felmérés tapasztalatának (El-Miedany és Rasheed, 2002; Van Dyke és mtsai, 2004). Végül, a CES-D kérdőívre vonatkozó eredmények alátámasztják azt a megfigyelést, hogy a szomatikus tünetek fennállására utaló itemeket tartalmazó kérdőívek felülbecsülhetik a komorbid pszichiátriai kórképek gyakoriságát krónikus betegcsoportokban (Abdel-Nasser és mtsai, 1998; Peck és mtsai, 1989).

Az említett módszertani problémával kapcsolatos feltevésünket a CES-D kérdőív skáláinak bevonásával végzett diszkriminancia analízissel ellenőriztük. Hipotézisünk részben igazolódott, mert az RA-s betegeket az egészségesektől leginkább diszkrimináló változónak a *Szomatikus tünetek* skála bizonyult. A kérdőív tételeivel végzett diszkriminancia elemzés további bizonyítékot szolgáltatott kezdeti feltevésünket illetően. A betegcsoportokat az egészségesektől elkülönítő tételek közül mindkét csoportnál kettő azon tételek közé tartozott, melyeket Pincus és Callahan (1993) „betegséggel kapcsolatos” tételekként azonosítottak RA-s betegcsoportban. Eredményeink felvetik a CES-D és a hasonló kérdőívek kapcsán a betegség-specifikus vagy legalábbis az általánosságban a krónikus betegeknél megbízhatóan alkalmazható küszöbértékek kialakításának szükségességét.

Vizsgálatunkban nem találtunk összefüggést a szorongás és az életkor, iskolázottság, valamint a családi állapot között. Míg a depressziós tünetegyüttest RA-s nőknél csak az iskolai végzettség magyarázta. Mindezek ellentmondanak bizonyos kutatási eredményeknek, melyek szerint a szociodemográfiai változók közül az iskolázottság független a depressziótól (pl. Abdel-Nasser és mtsai, 1998), másfelől pedig megerősítik, hogy az életkor vagy a családi állapot nem függ össze az RA-s betegek körében előforduló depresszióval (Dickens és mtsai, 2002). Ugyanakkor a szakirodalomban mutatkozó ellentmondásos eredmények feloldására, tisztázására a jelen kutatás természetesen nem vállalkozhat.

Kutatásunk eredményei szerint a rheumatoid arthritises betegek TCI személyiségprofilja számos tekintetben különbözik az egészséges csoporttól és valamelyest a sclerodermás csoporttól is. Várakozásainknak megfelelő, hogy az eltérések jóval inkább az egészséges kontroll csoporttal összehasonlítva jelentek meg, és kevésbé a másik betegcsoport vonatkozásában. A faktorszintű különbségek valóban megjelentek az általunk feltételezett két

dimenzió, mégpedig az Ártalomkerülés és az Önirányítottság vonatkozásában. Ezek mellett az Újdonságkeresés dimenziójában szintén jelentős eltérés volt detektálható a csoportok között. A betegcsoportok TCI-profiljának legszembetűnőbb jellemzője tehát az egészségesekhez viszonyított magasabb Ártalomkerülés és alacsonyabb Újdonságkeresés, míg az alacsonyabb mértékű Önirányítottság az RA-s csoport disztinktív karakterisztikuma. Lehetséges tehát, hogy a magasabb Ártalomkerülés és alacsonyabb Újdonságkeresés a beteg-státusszal, illetve a betegségek kronicitásával van összefüggésben, míg az alacsonyabb Önirányítottság talán az RA kórkép valamely jellemzőjével van kapcsolatban. Mindezt megerősíti, hogy más krónikus betegcsoportokban a jelen vizsgálatához hasonló profilokat tártak fel korábban (pl. Conrad és mtsai, 2007; Jiang és mtsai, 2003).

Úgy tűnik, hogy a betegcsoportok a viselkedés aktivációjában, azaz Újdonságkeresésükben eltérnek az egészséges személyektől. Összességében az Újdonságkeresésre vonatkozó eredmények nagyjából megerősítik a legátolt hosztilitásra (pl. Johnson és mtsai, 1947) és rigiditásra (pl. (Moos és Solomon, 1964) vonatkozó eddigi feltevéseket, míg a csökkent mértékű impulzivitást (pl. Tillmann és mtsai, 2013) nem tudtuk igazolni. Emellett mind az RA-s, mind az SSc-s betegekre jellemző volt a viselkedés nagyfokú gátlása (magas Ártalomkerülés), amely egyaránt megnyilvánult a bizonytalanságtól való félelemben, aggodalmaskodásban, pesszimizmusban, illetve gyors kifáradásban. Mindezek valószínűleg összefüggésbe hozhatóak a krónikus beteg státusszal, másrészt megerősítik a szorongásos tünetek (pl. El-Miedany és Rasheed, 2002; Söderlin és mtsai, 2000), a pesszimizmus (Radanov és mtsai, 1996) és a fáradtság fokozott mértékéről beszámoló vizsgálatok eredményét. Ezek a jellemzők ugyanakkor negatívan befolyásolhatják a betegséghez való alkalmazkodást, illetve a nagyfokú Ártalomkerülés többnyire együttjár a szorongásos és depresszív tünetek számottevő emelkedésével (pl. Rózsa és mtsai, 2005), amelyet saját elemzéseink is megerősítettek. Nem zárható ki azonban az sem, hogy mindezek premorbid személyiségjellemzők, amelyek például az általuk okozott pszichés distressz közvetítésével hozzájárulhatnak a betegség kialakulásához vagy legalább hatással vannak annak lefolyására. Mindazonáltal elképzelhetőnek tartjuk, hogy az Ártalomkerülés mértékének emelkedése bizonyos helyzetekben adaptív is lehet (pl. ha a fizikai állapotukra nézve káros vagy veszélyeztető ingereket kerülnek el); ennek igazolása azonban további vizsgálatokat igényel.

Az előbbieken kívül még az Önirányítottság faktorában tudtunk különbséget kimutatni, amelyen az RA-s betegek jelentősen alacsonyabb pontszámot értek el az egészségesekhez viszonyítva. A különbség elsősorban a kisebb mértékű Felelősségérzetben és

Céltudatosságban ragadható meg. Egészségi állapotuk vonatkozásában ez ismételten negatív következményekkel járhat: rosszabb betegség-menedzsmentet eredményezhet, valamint az orvosi előírások figyelmen kívül hagyását (alacsony compliance), ami végső soron rosszabb orvos-beteg kapcsolathoz is vezethet. Emellett, az eredmények alapján úgy tűnik, hogy az RA-s nőkre jellemzőbb a problémahelyzetekben mutatott ügyetlenség, amely talán párhuzamba állítható a tanult tehetetlenségre vonatkozó vizsgálati eredményekkel (pl. Smith és mtsai, 1994), valamint felveteti a maladaptív megküzdési módok alkalmazásának valószínűségét, és egyszersmind felhívja a figyelmet az ezek javítását célzó intervenciók szükségességére.

Megvizsgáltuk a szorongásos és depresszív tüneteket bejósoló személyiségváltozókat. A szorongás vonatkozásában hasonló modellekre vezettek az elemzések az egyes vizsgálati csoportokban. Az RA-s betegeknek az Anticipátoros aggodalom, a Bizonytalanságtól való félelem, valamint a Lelkiismeretesség került be a modellbe. A szorongást mindhárom csoportban az Ártalomkerülés említett két alfabetű jósolták be leginkább, amely összhangban van a korábbi kutatási eredményekkel (Cloninger és mtsai, 2012; Rózsa és mtsai, 2005). Másfelől ezek az eredmények rámutatnak arra is, hogy a szorongás sokkal inkább a személyiség öröklött részével, a temperamentummal van összefüggésben egészségeseknél és betegeknek egyaránt. A depressziós tüneteket magyarázó modellek nagyobb csoportok közti változatosságot mutattak. Mindössze egyetlen közös elemet találtunk, a Kifáradás és aszténia alszálát, amely azonban a depresszív tünetek varianciájának legnagyobb hányadát (26,4%-31,7%) magyarázta mindhárom csoportban. Ez egyfelől rámutat a depressziós tünetegyüttesben a szomatikus tünetek hangsúlyos megjelenésére, másfelől utalhat a depresszióra vonatkozó veleszületett vulnérabilitás fontosságára. Az RA-s csoportban a depresszív tünetek szignifikáns prediktora még az Extravagancia (kontrolláltság, visszafogottság), a Bizonytalanságtól való félelem (változásokhoz nehezen alkalmazkodók, inkább inaktívak), az Impulzivitás (hirtelen döntések; gyors, átgondolatlan viselkedés, amit azonban az RA megakadályoz), valamint a Céltudatosság (célok és célirányos viselkedés hiánya). Összességében, a depressziós tünetek varianciájának jelentős részét (29-39%-át) magyarázzák a veleszületett személyiségjellemzők mindhárom csoportban; ugyanakkor, a szorongásos tünetekkel összehasonlítva, viszonylag nagyobb a karakterváltozók predikáló ereje (10,6-12,7%), melyek közül különösen az Önirányítottság összetevői tűnnek fontosnak. Ez egyúttal újabb érveként szolgál a pszichoszociális intervenciók (elsősorban az önirányítottság, kontrollérzet, én-hatékonyság érzés és coping stratégiák fejlesztésére irányuló beavatkozások) szükségessége és feltételezhető hatékonysága mellett.

5.8. Második vizsgálat: személyiség- és pszichopatológiai jellemzők vizsgálata az MMPI-2 kérdőívvel

Miután az MMPI-2 kérdőív egyaránt alkalmas az átlagos személyiség bizonyos összetevői és a pszichiátriai morbiditás felmérésére, így második vizsgálatunk tárgya a betegcsoportok klinikai személyiségprofiljainak feltárása és az egészségesek profiljától megkülönböztető jegyeinek azonosítása volt. Emellett feltételeztük, hogy az RA-s betegek nem alkotnak homogén csoportot, így vizsgálódásaink végén igyekeztünk olyan alcsoportokat kialakítani, amelyek jól elkülönülnek egymástól az MMPI-2 profiljaik alapján.

5.8.1. Vizsgálati minta

Az MMPI-2 kérdőívet a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Reumatológiai és Immunológiai Klinikájának RA-s és SSc-s fekvőbetegei és egészséges kontroll személyek töltötték ki.

A vizsgálati csoportokba való bekerülés feltételei megegyeztek az első vizsgálatnál ismertett kritériumokkal (ld. 5.6.1 alfejezet). Összesen 85 fő RA-s, 116 fő SSc-s és 141 fő egészséges önkéntes vizsgálati személytől kaptunk vissza kitöltött kérdőívcsomagot. A válaszok feldolgozása után kizártuk az elemzésből: (1) azokat, akik hiányos vagy szélsőséges szociodemográfiai adatokat adtak meg, (2) azokat, akiknél a hiányzó válaszok száma meghaladta a 30 tételben meghatározott küszöbértéket, (3) azokat, akik a validitási skálák alapján érvénytelen profillal rendelkeztek (az érvénytelen profilok azonosításához a következő kritériumokat alkalmaztuk: Ritka válaszok skála (F) >100, Hazugság skála (L) >80, Korrekciós skála (K) >80, Igaz válasz-inkonzisztencia skála (TRIN) >80, Variábilis válasz-inkonzisztencia skála (VRIN) >80), (4) a férfi válaszadókat, valamint (5) azokat a betegeket, akiknél mindkét diagnózis megállapításra került.

	Egészséges kontroll (n=67)	RA (n=63)	SSc (n=68)	F vagy χ^2 p-érték
Életkor (évek)				
M \pm SD	53,97 \pm 8,98	56,52 \pm 11,94	55,22 \pm 11,15	F= ,918
95% CI	51,78-56,16	53,52-59,53	52,52-57,92	p= ,401
Min-Max	27-76	26-78	27-75	
Iskolai végzettség (évek)				
M \pm SD	12,19 \pm 1,96	11,44 \pm 2,66	11,65 \pm 2,73	F=1,616
95% CI	11,72-12,67	10,77-12,12	10,99-12,31	p= ,201
Min-Max	8-17	8-17	8-17	
Családi állapot (fő)				
Egyedülálló (%)	21 (31,3%)	23 (36,5%)	22 (32,4%)	χ^2 = ,435
Házas/élettársi kapcsolatban (%)	46 (68,7%)	40 (63,5%)	46 (67,6%)	p= ,805

95%CI= 95%-os megbízhatósági intervallum

6. táblázat A vizsgálati csoportok szociodemográfiai jellemzői

A végső minta így 63 fő RA-s, 68 fő SSc-s és 67 fő egészséges önkéntes vizsgálati személyből állt (6. táblázat). A csoportok a vizsgált szocio-demográfiai változók mentén nem különböztek egymástól szignifikánsan.

5.8.2. Eredmények

5.8.2.1. A vizsgálati csoportok MMPI-2 profiljai

A vizsgálati adatok statisztikai elemzése során egyfelől a vizsgálati csoportok közti különbségeket kívántuk feltárni az MMPI-2 klinikai személyiségprofilról, valamint azonosítani a betegcsoportokban a klinikai skálákon és alsóskálákon magas pontértéket elérők arányát és az ebben mutatkozó esetleges különbségeket. A vizsgálati csoportok klinikai személyiségprofiljának elkészítéséhez standardizált T-értékeket számoltunk a 9 validitási skála és a 10 klinikai skála, valamint a tartalmi skálák vonatkozásában és az elemzéseket a T-értékekkel végeztük el.

Validitási skálák

A csoportok átlagértékei az egyes skálákon 47 és 58 T-érték közé estek. A csoportok között ugyan kimutathatók szignifikáns különbségek, mégpedig az Igaz válasz inkonzisztencia (TRIN), a Ritka válaszok (F), a Későbbi ritka válaszok (Fb), és a Korrekció (K) skálák vonatkozásában, melyek azonban klinikai jelentőséggel nem bírnak, tekintettel arra, hogy mindegyik csoport értékei a normál övezeten belül vannak. Összességében tehát megállapítható, hogy mindhárom átlagprofil érvényes.

Klinikai skálák

A statisztikai elemzés alapján elmondható, hogy mindkét betegcsoport magas pontszámot ért el a Hipochondriázis, a Depresszió és a Hisztéria skálákon (7. táblázat). Mérsékelt pontszámokat mutattak a Szociális introverzió skálán, míg a Pszichaszténia és a Szkizofrénia skálákon csak az RA-s nőbetegek értékei haladták meg az 57 T-értéket. A Pszichopátia, a Maszkulinitás-Feminitás, a Paranoia és a Hipománia skálákon mindhárom csoport a normál övezetbe tartozó értékekkel jellemezhető.

A csoportok átlagértékei közti különbségeket egyszempontú varianciánálizissel (ANOVA, Bonferroni vagy Dunnett T3 utótesztel) vizsgáltuk. A Hipochondriázis ($F(2,195)=40,31$; $p=,000$; parciális eta négyzet= ,293), a Depresszió ($F(2,195)=34,16$; $p=,000$; parciális eta négyzet= ,259) és a Hisztéria ($F(2,195)=29,12$; $p=,000$; parciális eta négyzet= ,230) skálán mind az RA-s, mind a sclerodermás betegek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el az egészségesekhez viszonyítva. Hasonló eredményre vezetett a Pszichaszténia ($F(2,195)=17,51$; $p=,000$; parciális eta négyzet= ,152), a Szkizofrénia ($F(2,195)=15,44$; $p=,000$; parciális eta négyzet= 0,137) és a Szociális Introverzió ($F(2,195)=11,57$; $p=,000$;

parciális eta négyzet= ,106) skálákon elért értékek elemzése is, ugyanis mindkét autoimmun betegcsoport szignifikánsan magasabb átlagpontoszámokat mutatott az egészséges nők csoportjához képest.

	Kontroll (N=67)	RA (N=63)	SSc (N=68)	F, p
Hipochondriázis M±SD Min-Max 95% CI	53,27 ± 10,14 37,23 - 74,79 50,80 - 55,75	66,42 ± 8,97 49,75 - 81,95 64,16 - 68,68	66,32 ± 9,94 44,38 - 85,53 63,92 - 68,73	F= 40,312 p= ,000
Depresszió M±SD Min-Max 95% CI	54,40 ± 10,55 33,19 - 84,07 51,83 - 56,98	67,42 ± 9,88 43,72 - 89,33 64,93 - 69,91	66,17 ± 9,54 41,96 - 91,09 63,86 - 68,47	F= 34,159 p= ,000
Hisztéria M±SD Min-Max 95% CI	52,56 ± 12,22 27,66 - 81,66 49,57 - 55,54	65,22 ± 9,38 45,66 - 89,66 62,85 - 67,58	65,45 ± 11,56 35,66 - 87,66 62,66 - 68,25	F= 29,119 p= ,000
Pszichopátia M±SD Min-Max 95% CI	48,08 ± 7,77 34,09 - 66,10 46,19 - 49,98	52,32 ± 10,44 32,20 - 86,82 49,69 - 54,95	52,48 ± 9,58 32,20 - 81,17 50,16 - 54,80	F= 4,772 p= ,009
Maszkulinitás- Feminitás M±SD Min-Max 95% CI	51,54 ± 9,76 24,50 - 73,28 49,16 - 53,92	52,80 ± 9,05 31,15 - 71,06 50,52 - 55,08	51,21 ± 7,59 35,59 - 66,63 49,37 - 53,04	F= ,584 NS
Paranoia M±SD Min-Max 95% CI	48,11 ± 10,68 28,35 - 72,47 45,50 - 50,71	54,50 ± 11,61 31,29 - 78,35 51,57 - 57,42	49,59 ± 10,19 28,35 - 75,41 47,12 - 52,06	F= 6,157 p= ,003
Pszichaszténia M±SD Min-Max 95% CI	48,16 ± 10,04 33,86 - 78,51 45,71 - 50,61	59,33 ± 12,03 33,86 - 87,44 56,30 - 62,36	55,49 ± 10,83 33,86 - 78,51 52,87 - 58,11	F= 17,513 p= ,000
Szkizofrénia M±SD Min-Max 95% CI	49,33 ± 9,06 36,62 - 77,54 47,12 - 51,54	59,37 ± 11,95 38,83 - 94,14 56,36 - 62,38	56,14 ± 10,56 38,83 - 84,18 53,58 - 58,69	F= 15,437 p= ,000
Hipománia M±SD Min-Max 95% CI	46,01 ± 9,59 28,31 - 68,91 43,67 - 48,35	47,34 ± 9,14 30,45 - 68,91 45,04 - 49,64	46,22 ± 10,08 28,31 - 75,32 43,78 - 48,66	F= ,354 NS
Szociális introverzió M±SD Min-Max 95% CI	52,78 ± 9,65 30,27 - 74,63 50,43 - 55,13	59,91 ± 8,87 40,83 - 80,96 57,68 - 62,14	58,66 ± 8,73 41,89 - 76,74 56,55 - 60,77	F= 11,565 p= ,000

F és p értékek az egyszempontos variancia-analízisre (ANOVA) vonatkoznak, félkövér betűtípus: a mérsékelt vagy magas tartományhoz tartozó T-értékek; NS= nem szignifikáns

7. táblázat A vizsgálati csoportok T-értékei az MMPI-2 klinikai skáláin

A Paranoia skálán azonban csak az RA-s nőbetegek értékei bizonyultak szignifikánsan magasabbnak ($F(2,195)= 6,16$; $p= ,003$; parciális eta négyzet= ,059) mind a sclerodermás, mind az egészséges nők értékeihez képest, azonban mindhárom T-érték a normál övezetbe tartozott és a próba hatáserőssége is kicsinek volt mondható. A Pszichopátia skálán szintén mindkét betegcsoport értékei szignifikánsan magasabbak ($F(2,195)= 4,77$; $p= ,009$; parciális eta négyzet= ,047) voltak a kontroll csoporthoz képest, azonban a hatáserősség ebben az esetben is kicsinek bizonyult. A csoportok között nem találtunk szignifikáns különbséget a Maszkulinitás-Feminitás ($F(2,195)= ,584$; $p= ,559$) és a Hipománia ($F(2,195)= ,354$; $p= ,702$) skálákon.

MMPI-2 klinikai skálák	≥65T RA n (%)	≥65T SSc n (%)	χ^2 , p
Hipocondriázis (Hs)	35 (55,6%)	40 (58,8%)	,143 NS
Depresszió (D)	43 (68,3%)	45 (66,2%)	,064 NS
Hisztéria (Hy)	33 (52,4%)	36 (52,9%)	,004 NS
Pszichopátia (Pd)	7 (11,1%)	7 (10,3%)	,023 NS
Maszkulinitás-Feminitás (Mf)	7 (11,1%)	2 (2,9%)	3,412 p= ,087
Paranoia (Pa)	12 (19,0%)	6 (8,8%)	2,884 p= ,089
Pszichaszténia (Pt)	16 (25,4%)	12 (17,6%)	1,169 NS
Szkizofrénia (Sc)	21 (33,3%)	11 (16,2%)	5,214 P= ,022
Hipománia (Ma)	2 (3,2%)	4 (5,9%)	,549 NS
Szociális Introverzió (Si)	19 (30,2%)	17 (25,0%)	,437 NS

NS= nem szignifikáns

8. táblázat A magas (65T-érték vagy efeletti) pontértéket elérők aránya a betegcsoportokban

Annak érdekében, hogy megállapíthassuk, a betegcsoportokban milyen arányban fordulnak elő a klinikailag is jelentős mennyiségű tünetről beszámoló, azaz a 65 vagy ennél magasabb T-értéket elérő személyek, Pearson-féle χ^2 -próbát (alacsony gyakoriságok esetén Fisher exact tesztet használtunk; 8. táblázat) végeztünk. A megkérdezett RA-s és SSc-s nők kiemelkedően nagy aránya (52,4% - 68,3%) magas T-értéket ért el a Depresszió, a Hipocondriázis és a Hisztéria skálákon. Viszonylag magas gyakoriság mutatkozott a Szociális introverzió skálán is mindkét autoimmun csoportban (30,2% és 25%). A Szkizofrénia skálán azonban csak az RA-s nők esetében fordult elő hasonlóan magas, 33,3%-os gyakoriság, míg a sclerodermás betegeknek mindössze 16,2%-a ért el magas értéket a 8.

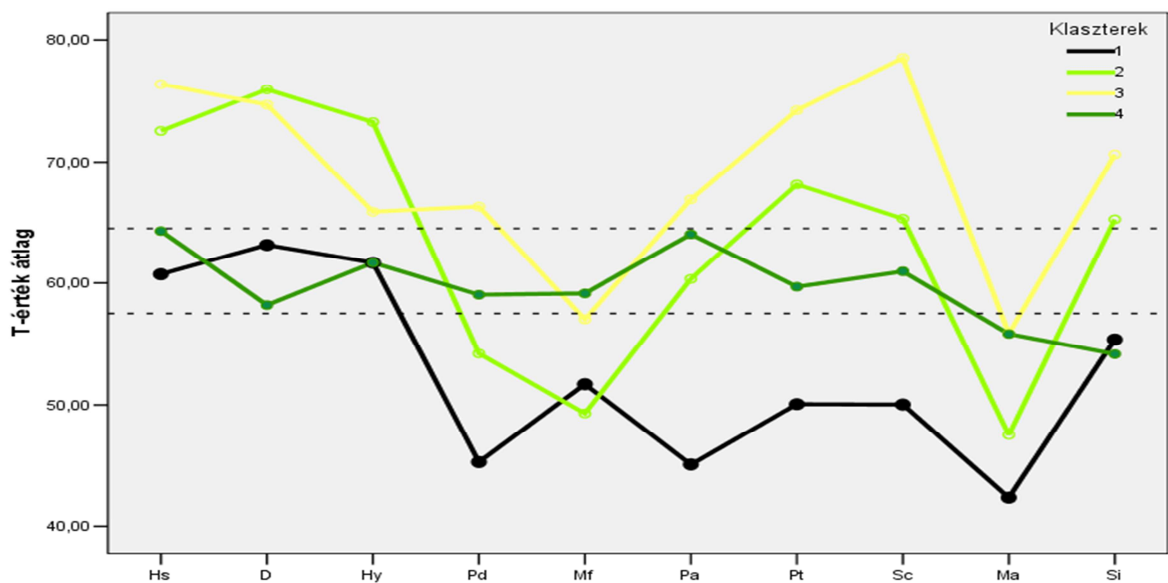
klinikai skálán. A magas T-értékek arányának megoszlásában szignifikáns különbséget jelzett az elemzés ($\chi^2(1) = 5,214$; $p = ,022$; Cramer V = ,20; kontingencia koefficiens = ,196).

Az alskálák elemzése az első három klinikai skálát illetően volt indokolt, mivel ezeken a skálákon mértünk 64T-értéknél magasabb pontértéket a betegcsoportok esetében, azonban ezek közül csak a Depresszió és a Hisztéria skálák rendelkeznek alskálákkal. A két csoport átlagértékeit független mintás t-próba segítségével hasonlítottuk össze. A statisztikai elemzés eredménye szerint a Depresszió skála öt alskálája közül kizárólag a Gyenge testi működés alskála értékei emelkednek 64T-érték fölé mindkét betegcsoportban. A két csoport között nem találtunk szignifikáns különbséget egyik alskálán sem (Töprengés alskálán tendencia szintű különbség). A Hisztéria skála öt alskálája közül a Testi panaszok alskála mindkét csoportban, míg a Fáradtság, rossz közérzet alskála az RA-s csoportban vett fel 64T feletti értéket. A két csoport között egyik alskála vonatkozásában sem mutatható ki szignifikáns különbség.

Mivel a tartalmi skálák többletinformációt jelentenek a klinikai skálákon elért pontszámok értelmezéséhez, így ezeket is bevontuk az elemzésekbe. Mindkét betegcsoport szignifikánsan magasabb pontértéket ért el a *Szorongás* ($F(2,195) = 11,42$; $p = ,000$; partiális eta négyzet = ,104), a *Félelmek* ($F(2,195) = 7,852$; $p = ,001$; parciális eta négyzet = ,074), a *Depresszió* ($F(2,195) = 13,245$; $p = ,000$; parciális eta négyzet = ,120), az *Egészségügyi panaszok* ($F(2,195) = 33,544$; $p = ,000$; parciális eta négyzet = ,255), és a *Romló munkateljesítmény* ($F(2,195) = 13,397$; $p = ,000$; parciális eta négyzet = ,121) skálákon. Az *Alacsony önértékelés* ($F(2,195) = 7,462$; $p = ,001$; parciális eta négyzet = ,071) és a *Rossz terápiás előjelek* ($F(2,195) = 5,190$; $p = ,006$; parciális eta négyzet = ,051) skálán csak az RA-s nők értek el szignifikánsan magasabb pontszámot az egészségesekhez képest.

5.8.2.3. Rheumatoid arthritises betegek MMPI-2 profiljának mintázatai

Feltételeztük, hogy az ízületi gyulladással betegek nem alkotnak homogén csoportot, és a mintában jól elkülöníthető alcsoportok találhatók, melyek egymástól eltérő MMPI-2 profillal rendelkeznek. Feltevésünk ellenőrzésére hierarchikus klaszterelemzést végeztünk, az agglomeratív klaszteranalízisbe bevont változók az MMPI-2 klinikai skáláinak T-értékei voltak. A dendrogram és az agglomerációs táblázat megvizsgálását követően a 3, 4 és 5 klaszteres megoldások tűntek a leginkább megfelelőnek. Mindhárom klaszterezési megoldást három lépésben értékeltük (K-közép klaszterezési eljárás, többváltozós variancia-analízist végeztünk (MANOVA), diszkriminancia-analízis).



3. ábra A klaszteranalízissel azonosított RA-s alcsoportok MMPI-2 profiljai

A különböző elemzésekből származó információk alapján a 4 klaszteres felosztás tűnt a leginkább megfelelőnek (3. ábra). Az egyes klaszterek elnevezése a legjellemzőbb tulajdonságaik alapján történt. Az *Átlagos, pszichésen egészséges* csoportba (Klaszter 1) tartozott a vizsgálati mintánk 47,6%-a (30 fő). A *Pszichoszomatikus* csoportot (Klaszter 2) a vizsgálati minta 25,4%-a (16 fő) alkotta, míg a *Tünetgazdag* csoportba (Klaszter 3) a vizsgálati mintánk 14,3%-a (9 fő) sorolódott be. Végül a negyedik, *Konverziós* csoportot a minta 12,7%-a (8 fő) alkotta.

5.9. Megvitatás

Vizsgálatunkban két immun-mediált gyulladásoos reumatológiai kórképben érintett betegcsoport MMPI-2 profilját tártuk fel a kérdőív fő-, illetve alszkálái segítségével. Eredményeink szerint az RA-s és az SSc-s betegek profiljai több klinikai skála vonatkozásában is jelentősen eltérnek az egészséges kontrollcsoporttól. Ugyanakkor egymástól igen csekély mértékben különböznek. Az MMPI-2 profilok legszembetűnőbb jellegzetessége a neurotikus triászt alkotó skálák magas övezetbe eső értékei. Ezeknél enyhébb emelkedést mutat a Szociális introverzió (Si) skála pontértéke mindkét betegcsoportnál. A Szkizofrénia (Sc) és a Pszichaszténia (Pt) skálák – az előzőektől eltérően – azonban csak az RA-s csoportban vesznek fel mérsékelten emelkedett értéket.

A két betegcsoport profiljai között igen kevés különbséget találtunk. A klinikai skálák közül a Szkizofrénia (Sc) skálán jelentősen több RA-s beteg (33,3 vs. 16,2%) ért el magas pontértéket. Tendencia szintű különbséget találtunk továbbá a Paranoia (Pa) skála magas pontértékeinek előfordulási gyakoriságában: valamelyest több RA-s nőbeteg (19 vs. 8,8%) ért

el magas pontértéket a Paranoia skálán a sclerodermás betegekhez viszonyítva. A szakirodalmi adatok azonban nem támasztják alá az RA-s betegek nagyobb fokú érintettségét a paranoid és más szkizofrén zavarok vonatkozásában, sőt, éppen ellenkezőleg, azon kutatások, amelyek kapcsolatot találnak az RA és a szkizofrénia között, negatív asszociációról adnak számot (pl. Leucht és mtsai, 2007). Mindezek, valamint a 6. és a 8. klinikai skálák alskáláira vonatkozó leíró eredmények áttekintése alapján arra következtetünk, hogy a két skála emelkedett értékének (valamelyest) gyakoribb előfordulása valószínűleg nem valamilyen szkizofrén zavar fennállására utal, hanem azon kérdésekre adott válaszok következménye, amelyek a szokatlan testi tüneteket (Sc6) és a lelki feszültséget, érzékenységet, esetlegesen magányosságot (Pa2) mérik fel. Ezen utóbbi, vagyis a magányosság és a meg nem értettség érzése korábbi kutatásokban is megjelent az RA-s betegek gyakori panaszaként (El-Mansoury és mtsai, 2008). A Maszkulinitás-Feminitás (Mf) skála magas pontértékeinek viszonylag gyakoribb előfordulása az RA-s betegek körében (11,1 vs. 2,9%) alátámaszthatja Alexander és munkatársainak megfigyeléseit (Johnson és mtsai, 1947), jóllehet a nőies tevékenységek ritkább gyakorlása a betegség következménye is lehet. Végül, az RA-s betegek valamelyest nagyobb mértékben ($56,32 \pm 8,01$ vs. $53,68 \pm 8,08$ T-érték) és valamelyest többen (19 vs. 8,8%) töprengenek, rágódnak dolgokon. Az RA-s betegek azon tendenciáját, hogy hajlamosak a betegség tüneteivel kapcsolatos ruminációra és katasztrófizációra, más kutatások is megerősítik (Affleck és mtsai, 1992).

A tartalmi skálákat illetően a betegcsoportok és a kontroll csoport közti legjelentősebb különbséget az Egészségügyi panaszok skálán találtuk, amely feltehetően a két krónikus betegség számos szervrendszert érintő, gazdag tüneti manifesztációját tükrözi. Ennél kisebb különbséget mutattunk ki a Szorongás, a Félelmek, a Depresszió és a Romló munkateljesítmény skálákat illetően (a hatásérősség rendre közepes volt), melyeken az RA-s csoport mérsékelten emelkedett pontértékeket ért el. Előbbiek megerősítik a jelen mintában is a szorongásos és depresszív tünetek mások által következetesen megállapított magas prevalenciáját RA-s betegeknél (pl. Covic és mtsai, 2012; Söderlin és mtsai, 2000). A Romló munkateljesítmény fokozott mértéke az RA-s betegcsoportban feltehetően az RA okozta dizabilitást és a minta relatíve magas átlag életkorát tükrözi. Az Alacsony önértékelés skála emelkedett értékének megjelenése a jelen vizsgálatban jól illeszkedik az önértékelést vizsgáló, és annak csökkent mértékéről beszámoló korábbi tanulmányok sorába (Nagyova és mtsai, 2005).

A jelen vizsgálatban feltárt klinikai profilok nagyfokú hasonlóságot mutatnak az RA-s betegek iránuló korábbi kutatások eredményeivel. Az MMPI vagy MMPI-2 kérdőívvel

végzett vizsgálatokban a neurotikus triász emelkedett értékét többen egybehangzóan alátámasztották (pl. Liang és mtsai, 1984; Payne és mtsai, 1982; Pincus és mtsai, 1986). Míg a többi klinikai skála értékei többnyire normál övezetbe estek, addig a Hs, D és Hy skálák értékei 62 és 68 T-érték közötti értéket vettek fel a korábbi tanulmányokban is. Az MMPI-2 profiloknak ez a jellegzetessége azonban feltehetően a krónikus betegség fennállására utal, azaz inkább a betegségek következményének tekinthetők, semmint premorbid személyiség-szerkezetnek - jóllehet, ennek alátámasztásához longitudinális vizsgálatra lenne szükség. Mindazonáltal, a feltevésünket valószínűsíti, hogy azon klinikai skálák értékei magasak vagy emelkedettek, amelyek testi tünetek jelenlétére kérdeznak rá. Másrészt a két betegcsoport közel egyforma mintázata is ezt látszik alátámasztani. Mi több, más krónikus szomatikus kórképek esetében szintén ehhez hasonló karakterisztikájú profilokról számoltak be korábban (pl. Csókási és mtsai, 2015; Zhukava és Shot, 2012). Mindezek arra utalhatnak, hogy a jelen vizsgálatban feltárt MMPI-2 profil a betegszerep és a krónikus, súlyos dizabilitást okozó, valamint erős fájdalommal járó betegség következményeit tükrözi.

Úgy tűnik tehát, hogy a neurotikus triász emelkedett, és esetlegesen a Pszichaszténia (Pt), Szociális introverzió (Si) és Szkizofrénia (Sc) skálák mérsékelt emelkedett értékeivel leírható profil a krónikus szomatikus betegek csoportjaira általánosan jellemző. A vizsgálat eredményei ugyanakkor arra is felhívják a figyelmet, hogy a krónikus betegek MMPI-2 profiljainak értelmezésekor fontos szem előtt tartani azt a módszertani problémát, hogy ezek a skálák tartalmazzák a legtöbb olyan tételt, amely a fizikai egészségi állapot megromlására és az ebből fakadó funkcióvesztésre vonatkoznak – vagyis elképzelhető, hogy a magas pontérték mindössze a krónikus állapot gazdag tünettartalmát és ennek következményeit tükrözi. Másfelől azonban gyakorta alakul ki depresszió és/vagy szorongás a különböző krónikus megbetegedésben szenvedőknél a betegségre, mint jelentősen megváltozott élethelyzetre, és mint veszteségélményre adott érzelmi reakcióként. Következésképpen, a betegek egy részénél az MMPI-2 profil fentebb ismertetett jellegzetességei valóban valamilyen aktuálisan fennálló hangulat- vagy szorongásos zavarra utalhatnak. Megfontolandó azonban Liang és munkatársai (1984) véleménye, akik szerint a neurotikus triászt alkotó skálák magas pontszámának adaptív értéke lehet.

Az elemzésünk utolsó részében arra a kérdésre kerestük a választ, hogy az RA-s betegcsoporton belül elkülöníthetők-e olyan alcsoportok, amelyek az MMPI-2 kérdőív valamilyen specifikus mintázatával rendelkeznek. Feltevésünk ellenőrzésére klaszteranalízist végeztünk, melynek eredményeképp négy alcsoportot különítettünk el. Az *Átlagos, pszichésen egészséges* alcsoport a minta 47,6%-át (30 fő) foglalta magába; ők azok, akik a

betegség által okozott kihívásokkal feltehetően adaptívan meg tudnak küzdeni. A *Pszichoszomatikus* csoportot a vizsgálati minta 25,4%-a (16 fő) alkotta. A neurotikus triász magas pontértékei ennél a csoportnál nem csupán a betegség testi tüneteire utalnak, de valamilyen komorbid pszichopatológiai állapotot (szorongás, depresszió) is valószínűsítene. A harmadik, *Tünetgazdag*-nak elnevezett csoportba a vizsgálati mintánk 14,3%-a (9 fő) tartozott. Ez a csoport írható le a legtöbb pszichopatológiai tünettől, melyeknek klinikai jelentősége is lehet, ugyanakkor, a csoport tagjai hajlamosak lehetnek arra, hogy tüneteiket, problémáikat felnagyítsák. Mindazonáltal, feltehetően náluk lenne leginkább szükség pszichoszociális intervenciók megvalósítására. Végül a negyedik, *Konverziós* csoportba az ízületi gyulladással járó betegek 12,7%-a (8 fő) tartozott. A profiljuk egyik megkülönböztető jegye, hogy kizárólag ebben a csoportban volt megfigyelhető a „konverziós völgy” mintázata. A klaszteranalízis segítségével elkülönített négy alcsoport nagyfokú hasonlóságot mutat a krónikus fájdalommal élő betegekhez vonatkozó korábbi empirikus eredményekkel (RA-s betegekkel végzett hasonló vizsgálatról nem tudunk). A tanulmányok rendszerint 3, 4 vagy 5 profil-típust különböztettek meg, de ezek közül a 4 klaszteres megoldás a leggyakoribb (pl. Mongini, Ibertis, Barbalonga & Raviola, 2000; Riley, Robinson, Geisser, Wittmer & Smith, 1995), melyeket P-A-I-N klaszterekként emlegetnek.

6. ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS

Eredményeink igazolták, hogy a krónikus betegcsoportok tagjai jelentősen több depresszív és szorongásos tünetet tapasztalnak meg az egészséges nőkkel összevetve, továbbá számottevően nagyobb köztük azok aránya, akiknél a tünetek mennyisége alapján valószínűsíthető a szorongás (SSc: 26,1%; RA: 33,7%) és depresszió (SSc: 16,3%; RA: 25%) diagnózisa. Igazolást nyert továbbá, hogy ezen komorbid pszichiátriai kórképek prevalenciájának pontos megállapítását nehezíti az a körülmény, hogy a felmérésükre használt kérdőívek többsége számos olyan tételt tartalmaz, amelyek a pszichopatológiai állapot testi tüneteire vonatkoznak. Ezek a szomatikus tünetek éppúgy lehetnek a krónikus betegség tünete is, és a fennállásukkal kapcsolatos tételekkel való egyetértés jelentősen megnövelheti a depresszióként vagy szorongóként azonosított betegek arányát. Kiemelendő továbbá, hogy a szorongás, amely a szakirodalomban jóval kisebb hangsúlyt kap a depresszióhoz képest, saját vizsgálatunk eredményei szerint nagyobb komorbiditást mutat az RA-val, mint a depresszió. Ebből kifolyólag, a jövőben fontos lenne több vizsgálatot végezni a szorongás korrelátumait illetően.

A temperamentum- és karakterjellemzőkre vonatkozó eredményeket összegezve elmondható, hogy az RA-s betegek TCI profiljának legmarkánsabb jellemzői az egészségesekhez viszonyított magasabb Ártalomkerülés és alacsonyabb Újdonságkeresés. Ezek jellemzők a sclerodermás betegcsoportra is, így feltehetően a krónikus betegség szomatikus és pszichés következményeivel függnek össze. Az alacsony mértékű Önirányítottság azonban a jelen vizsgálatban az RA-s betegek profiljának megkülönböztető jegye volt, jóllehet, minden eddigi olyan kutatásban megjelent a TCI-profil jellegzetességei között (a magas Ártalomkerüléssel együtt), amelyben krónikus betegeket vizsgáltak. További eredményeink igazolták, hogy a komorbid szorongás és depresszió magyarázóváltozói elsősorban az Újdonságkeresés, az Ártalomkerülés és az Önirányítottság faktorok alszállái közül kerülnek ki, és a temperamentumjellemzők a szorongásos és a depresszív tünetek varianciájának nagyobb hányadát magyarázzák a karakterjellemzőkkel összehasonlítva.

Eredményeink alapján a betegcsoportok MMPI-2 profiljának legszembetűnőbb jellegzetességei a neurotikus triászt alkotó skálák magas övezetbe eső értékei. Ezeknél enyhébb emelkedést mutat a Szociális introverzió (Si) skála pontértéke mindkét betegcsoportnál. Míg a Szkizofrénia (Sc) és a Pszichaszténia (Pt) skálák – az előzőektől eltérően – csak az RA-s csoportban vesznek fel mérsékelten emelkedett értéket. Feltételezzük, hogy a feltárt profilok ezen jellemzői a betegszerep és a krónikus, súlyos dizabilitást okozó, valamint erős fájdalommal járó betegségek következményeit tükrözik. További eredményeink megerősítették, hogy az RA-s betegcsoportban jól elkülöníthetők a klinikai skálák sajátos mintázatával leírható alcsoportok. Vizsgálati mintánkban négy alcsoportot azonosítottunk, amelyek a következők voltak: Átlagos, pszichésen egészséges csoport; Pszichoszomatikus csoport; Konverziós csoport; Tünetgazdag csoport. Mindazonáltal szükségesnek tartjuk az elemzés nagyobb mintán történő megismétlését. Ennek eredményei ugyanis támpontul szolgálhatnak a betegséghez sikeresen alkalmazkodó, illetve az intervenciót igénylő betegek azonosításában, valamint az intervenciók célok meghatározásában.

A vizsgálat - számos erénye és új eredményei mellett – természetesen korlátokkal is rendelkezik. Eredményeink általánosíthatóságát korlátozza egyfelől a vizsgálati csoportok elemszáma, illetve nemi összetétele; másfelől, a kutatás külső validitását tekintve figyelembe kell venni azt a körülményt, hogy a betegcsoportok tagjait nagyobbbrészt egy intézményben toboroztuk. Továbbá, a betegek többsége a kórházi kezelése alatt töltötte ki a kérdőíveket, amely szintén befolyásolhatta a válaszadást, valamint hatással lehetett az aktuális pszichés állapotukra.

Következtetéseink helytállóságának alátámasztására a jövőben érdemes lenne a betegség súlyosságára, aktuális aktivitására, fennállási idejére vagy a betegek által tapasztalt korlátozások, fájdalom és fáradtság mértékére vonatkozó változókat is bevonni a vizsgálatba. Másrészt, fontosnak tartjuk olyan longitudinális vizsgálatok jövőbeli kivitelezését, amelyek a betegeket a definitív autoimmun betegség előfázisától követik nyomon, felmérve a személyiségjellemzőiket, a személyes erőforrásaikat és a szociális kapcsolataik jellemzőit, és igyekeznek feltárni, hogy a változók közül esetlegesen melyek járulnak hozzá a betegség stagnálásához, progrediálásához vagy megszűnéséhez.

IRODALOM

- Abdel-Nasser, A. M., El-Azim, S. A., Taal, E., El-Badawy, S. A., Rasker, J. J., & Valkenburg, H. A. (1998). Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: An analysis of their occurrence and determinants. *Rheumatology*, 37(4), 391-397.
- Affleck, G., Urrows, S., Tennen, H., & Higgins, P. (1992). Daily coping with pain from rheumatoid arthritis: Patterns and correlates. *Pain*, 51(2), 221-229.
- Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham, C. O., ... & Combe, B. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatology*, 62(9), 2569-2581.
- Bálint G., ifj. Gergely P. (2000). Rheumatoid arthritis. In: Petrányi Gy., Dobozy A., Gergely P., Pálóczi K., Szegedi Gy., Szemere P. (szerk.), *Klinikai immunológia* (pp. 440-460). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Butcher, J.N., Dahlstrom W. G., Graham J. R., Tellegen A. M., Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press. Magyarul: MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Kézikönyv. Budapest: OS Hungary, 2009.
- Clarke, D. M., & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: A review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Medical Journal of Australia*, 190(7), 54-60.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.

- Cloninger, C. R., Zohar, A. H., Hirschmann, S., & Dahan, D. (2012). The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood disorders from anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 758-766.
- Conrad, R., Schilling, G., Bausch, C., Nadstawek, J., Wartenberg, H. C., Wegener, I. & Liedtke, R. (2007). Temperament and character personality profiles and personality disorders in chronic pain patients. *Pain, 133*(1), 197-209.
- Covic, T., Cumming, S. R., Pallant, J. F., Manolios, N., Emery, P., Conaghan, P. G., & Tennant, A. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: Prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the Hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC Psychiatry, 12*(1), 6.
- Covic, T., Tyson, G., Spencer, D., & Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: Demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(5), 469-476.
- Csókási K., Hargitai R., Járai R., Nagy L., Czirják L., & Kiss E. C. (2015). Szisztémás autoimmun betegek-rheumatoid arthritis és szisztémás lupus erythematosus-MMPI-2 profilijának vizsgálata. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata, 30*(4), 409-417.
- Dickens, C., McGowan, L., Clark-Carter, D., & Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 64*(1), 52-60.
- El-Mansoury, T. M., Taal, E., Abdel-Nasser, A. M., Riemsma, R. P., Mahfouz, R., Mahmoud, J. A., ... & Rasker, J. J. (2008). Loneliness among women with rheumatoid arthritis: A cross-cultural study in the Netherlands and Egypt. *Clinical Rheumatology, 27*(9), 1109-1118.
- El-Miedany, Y. M., & Rasheed, A. H. E. (2002). Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis?. *Joint Bone Spine, 69*(3), 300-306.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2002). Longterm predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year followup. *The Journal of Rheumatology, 29*(11), 2327-2336.
- Fernandez, A., Sriram, T. G., Rajkumar, S., & Chandrasekar, A. N. (1989). Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 51*(1), 45-50.

- Folstein, M. F., 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(3), 189-198.
- Gardiner, B. M. (1980). Psychological aspects of rheumatoid arthritis. *Psychological Medicine*, 10(1), 159-163.
- Gergely P., Fekete B. (2007). Az autoimmun betegségek kezelésének újabb lehetőségei. *Orvosi Hetilap*, 148(Supplementum 1), 58-62.
- Hoogen, F., Khanna, D., Fransen, J., Johnson, S. R., Baron, M., Tyndall, A., ... & Riemekasten, G. (2013). 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American College of Rheumatology/European League against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatology*, 65(11), 2737-2747.
- Jiang, N., Sato, T., Hara, T., Takedomi, Y., Ozaki, I., & Yamada, S. (2003). Correlations between trait anxiety, personality and fatigue: study based on the Temperament and Character Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(6), 493-500.
- Johnson, A., Shapiro, L. B., Alexander, F. (1947). Preliminary report on a psychosomatic study of rheumatoid arthritis. *Psychosomatic Medicine*, 9(295), 56.
- Koh, K. B., & Lee, B. K. (1998). Reduced lymphocyte proliferation and interleukin-2 production in anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 479-483.
- Kojima, M., Kojima, T., Suzuki, S., Oguchi, T., Oba, M., Tsuchiya, H., ... & Ishiguro, N. (2009). Depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 61(8), 1018-1024.
- Kököneyi Gy., & Urbán R. (2003). Citokinek és betegségviselkedés (sickness behavior). In: Urbán R. (szerk.), *A magatartás, a lelki élet és az immunrendszer kölcsönhatásai. Olvasókönyv pszichoneuroimmunológiából* (pp. 87-111). Budapest: ELTE Eötvös Loránd Könyvkiadó.
- Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T., Doeglas, D., Sonderen, E. V., Rijswijk, M. V., van den Heuvel, W. (1998). Early rheumatoid arthritis, personality and psychological status: a follow-up study. *Psychology and Health*, 13(1), 35-48.
- Kulcsár Zs. (1993). *Pszichoszomatika*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M., & Sartorius, N. (2007). Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 317-333.

- Liang, M. H., Rogers, M., Larson, M., Eaton, H. M., Murawski, B. J., Taylor, J. E., ... & Schur, P. H. (1984). The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 27(1), 13-19.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Mella, L. F. B., Bértolo, M. B., & Dalgalarrodo, P. (2010). Depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(3), 257-263.
- Mongini, F., Ibertis, F., Barbalonga, E., & Raviola, F. (2000). MMPI-2 Profiles in Chronic Daily Headache and Their Relationship to Anxiety Levels and Accompanying Symptoms. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 40(6), 466-472.
- Moos, R. H., & Solomon, G. F. (1964). Personality correlates of the rapidity of progression of rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 23(2), 145.
- Muszbek, K., Székely, A., Balogh, É. M., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, Á., ... & Vadász, P. (2006). Validation of the Hungarian translation of hospital anxiety and depression scale. *Quality of Life Research*, 15(4), 761-766.
- Nakajima, A., Kamitsuji, S., Saito, A., Tanaka, E., Nishimura, K., Horikawa, N., ... & Yamanaka, H. (2006). Disability and patient's appraisal of general health contribute to depressed mood in rheumatoid arthritis in a large clinical study in Japan. *Modern Rheumatology*, 16(3), 151-157.
- Newth, S., DeLongis, A. (2004). Individual differences, mood, and coping with chronic pain in rheumatoid arthritis: a daily process analysis. *Psychology & Health*, 19(3), 283-305.
- Payne, T. C., Leavitt, F., Garron, D. C., Katz, R. S., Golden, H. E., Glickman, P. B., & Vanderplate, C. (1982). Fibrositis and psychologic disturbance. *Arthritis & Rheumatology*, 25(2), 213-217.
- Peck, J. R., Smith, T. W., Ward, J. R., & Milano, R. (1989). Disability and depression in rheumatoid arthritis. A multi-trait, multi-method investigation. *Arthritis & Rheumatism*, 32(9), 1100-1106.
- Picardi, A., Tarolla, E., Tarsitani, L., & Biondi, M. (2009). Links between immunity and conditions leading to psychotherapy. *Rivista di Psichiatria*, 44(3), 149-163.
- Pincus, T., & Callahan, L. F. (1993). Depression scales in rheumatoid arthritis: criterion contamination in interpretation of patient responses. *Patient Education and Counseling*, 20(2-3), 133-143.
- Pincus, T., Callahan, L. F., Bradley, L. A., Vaughn, W. K., & Wolfe, F. (1986). Elevated MMPI scores for hypochondriasis, depression, and hysteria in patients with

- rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis & Rheumatology*, 29(12), 1456-1466.
- Radanov, B. P., Schwarz, H. A., & Frost, S. A. (1997). Determination of future health status expectation in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(4), 403-406.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Reich, J. W., Zautra, A. J., & Manne, S. (1993). How perceived control and congruent spouse support affect rheumatoid arthritis patients. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(2), 148-163.
- Riley III, J. L., Robinson, M. E., Geisser, M. E., Wittmer, V. T., & Smith, A. G. (1995). Relationship between MMPI-2 cluster profiles and surgical outcome in low-back pain patients. *Clinical Spine Surgery*, 8(3), 213-219.
- Rózsa S., Kállai J., Osváth A., & Bánki M. Cs. (2005). *Temperamentum és karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter kérdőív felhasználói kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Smith, T. W., Christensen, A. J., Peck, J. R., & Ward, J. R. (1994). Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: a four-year longitudinal analysis. *Health Psychology*, 13(3), 213-217.
- Somers, T. J., Shelby, R. A., Keefe, F. J., Godiwala, N., Lumley, M. A., Mosley-Williams, A., ... & Caldwell, D. (2010). Disease severity and domain-specific arthritis self-efficacy: Relationships to pain and functioning in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 62(6), 848-856.
- Söderlin, M. K., Hakala, M., & Nieminen, P. (2000). Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29(3), 177-183.
- Tillmann, T., Krishnadas, R., Cavanagh, J., & Petrides, K. V. (2013). Possible rheumatoid arthritis subtypes in terms of rheumatoid factor, depression, diagnostic delay and emotional expression: an exploratory case-control study. *Arthritis Research & Therapy*, 15(2), R45.
- Tiringer I., Simon A., Herrfurth D., Suri L., Szalai K., & Veress A. (2008). A szorongásos és depressziós zavarok előfordulása akut kardiológiai állapotokat követő osztályos rehabilitáció során. A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála szűrőtesztként történő alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 23(6), 430-443.

- Tiringer I., Varga J., & Molnár E. (2007). Krónikus betegek ellátásának egészségpszichológiája. In: Kállai J., Varga J., & Oláh A. (szerk): *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (pp. 305-332). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Treharne, G. J., Kitas, G. D., Lyons, A. C., Booth, D. A. (2005). Well-being in rheumatoid arthritis: The Effect of Disease Duration and Psychosocial Factors. *Journal of Health Psychology, 10*(3), 457-474.
- Van Dyke, M. M., Parker, J. C., Smarr, K. L., Hewett, J. E., Johnson, G. E., Slaughter, J. R., & Walker, S. E. (2004). Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research, 51*(3), 408-412.
- Zhukava, T., & Shot, I. (2012). Psychological features and emotional frustrations of chronic obstructive pulmonary diseases and asthma patients. *Polish Annals of Medicine, 19*(2), 94-97.
- Zigmond A. S., & Snaith R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.
- Zyrianova, Y., Kelly, B. D., Gallagher, C., McCarthy, C., Molloy, M. G., Sheehan, J., & Dinan, T. G. (2006). Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. *Irish Journal of Medical Science, 175*(2), 32-36.

PUBLIKÁCIÓK ÉS KONFERENCIA RÉSZVÉTELEK AZ ÉRTEKEZÉS TÉMAKÖRÉBEN

- Csókási, K., Hargitai, R., Járai, R., Nagy, L., Czirják, L., & Kiss, E. C. (2017). Personality and Psychopathology in Patients with Systemic Sclerosis. *The Open Psychology Journal, 10*(1).
- Csókási K., Hargitai R., Járai R., Nagy L., Czirják L., & Kiss E. C. (2015). Szisztémás autoimmune betegek-rheumatoid arthritis és szisztémás lupus erythematosus-MMPI-2 profilijának vizsgálata. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata, 30*(4), 409-417.
- Járai R., Vajda D., Hargitai R., Nagy L., Csókási K., & Kiss E. Cs. (2015). A Connor-Davidson reziliencia kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia 15*(1), 129-136.
- Kiss, E. C., Vajda, D., Káplár, M., Csókási, K., Hargitai, R., & Nagy, L. (2015). A 25-itemes Connor-Davidson Reziliencia Skála (CD-RISC) magyar adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 16*(1), 93-113.

- Csókási K. (2012). Rehabilitációs lehetőségek rheumatoid arthritisben szenvedő betegeknél: Beteg-educációs és szelf-menedzsment programok külföldi hatékonyságvizsgálatának eredményei. In: Gy. Kiss E. & Polyák L. (szerk.): *Egészség Rehabilitációs Füzetek 2: A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában* (pp. 135-142). Budapest: Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató KFT.
- Kiss, E. C., Csókási, K., Hargitai, R., Káplár, M., Nagy, L., & Czirják, L. (2012, January). Resilience and protective factors of personality. *Psychology & Health*, 27(Suppl 1), p. 222.
- Csókási, K., Hargitai, R., Járai, R., Nagy, L., Czirják, L., Kiss, E. C. (2011). Personality and somatic health status in autoimmune diseases. *Psychology & Health*, 26(Suppl 2) p. 257.
- Csókási K., Czirják L., Hargitai R., Járai R., Nagy L., Gyöngyösiné Kiss E. (2010). Szisztémás autoimmun betegségben szenvedők temperamentum- és karakterjellemzői. Egyén és kultúra : a pszichológia válasza napjaink társadalmi kihívásaira: a Magyar Pszichológiai Társaság XIX. Országos tudományos nagygyűlése. Pécs, Magyarország, 2010.05.27-2010.05.29.
- Csókási, K., Czirják, L., Hargitai, R., Járai, R., Nagy, L., Gy. Kiss, E. (2010). Personality in Autoimmune Diseases: Temperament and Character. *Review of Psychology: International Journal of Croatian Psychological Association*, 17(2) p. 157.
- Gy. Kiss, E., Csókási, K., Czirják, L., Hargitai, R., Járai, R., Nagy, L. (2010). Resilience in Systemic Autoimmune Disorders (SLE, RA, SSc). *Review of Psychology: International Journal of Croatian Psychological Association*, 17(2) p. 157.