




2021. I. szám

Acta Sana

„Mens sana in corpore sano”



Felelős kiadó
Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

Kiadó székhelye
6726 Szeged, Temesvári krt. 31.

Felelős kiadó személy
Héderné Dr. Berta Edina

Felelős szerkesztő/Főszerkesztő
Dr. Nagy-Grócz Gábor

Szerkesztőbizottság
Bíró Edit Magdolna
Dr. Domján Andrea
Dr. Nagyné Dr. Eördegh Gabriella
Dr. Pogány Magdolna
Oláh Mónika
Sánta Tamás
Szilágyi Levente

Technikai szerkesztő
Kisföldi Diána

ISSN 2676-9921 (Online)

Acta Sana

„Mens sana in corpore sano”

Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata

A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar
Tudományos Lapja

2021.
XIV. évfolyam 1. szám

**Az egészségügyi és a szociális ellátás elmélete és gyakorlata
A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és
Szociális Képzési Kar Tudományos Lapja**

**2021.
XIV. évfolyam 1. szám**

TARTALOMJEGYZÉK

Az egészség és a személyiségvonások kapcsolata, pszichoszomatikus rendellenességek. A támogatás lehetősége <i>Dr. Szatmári Angelika</i>	3
---	----------

Az egészség és a személyiségvonások kapcsolata, pszichoszomatikus rendellenességek. A támogatás lehetősége

10.14232/ACTASANA.2021.1.3-14.

ABSZTRAKT Az utóbbi évtizedekben hangsúlyossá vált az életmód-változók mint kockázati tényezők hatása az egészségre. A növekvő tudományos érdeklődés oka feltehetőleg abban keresendő, hogy az életmódváltozók döntően a személy kontrollja alatt álló és többé-kevésbé módosítható tényezők közé sorolhatók. A férfiak egészségi állapotáról – feltehetőleg a társadalom beállítottsága miatt – kevesebb szó esik hazánkban, mint a nőkéiről. A magyar férfiak körében magas a 49–65 éves kor között bekövetkező időelőtti halálozás aránya, melynek hátterében az átalakuló társadalom krónikus stressz forrásai, és a stressz levezetésére szolgáló rizikómagatartások állnak. Jelentős összefüggést figyeltek meg a személyiségjegyek és a pszichoszomatikus panaszok között. A pszichoszomatikus rendellenességekkel küzdők számára paramedikális tanácsadással, betegvezetéssel kedvezőbb pszichés jólét biztosítható a professzionális segítők aktív közreműködésével. A páciensek így hatékony, célzott és problémáspecifikus segítségnyújtásban részesülhetnek. Jelen tanulmány amellet érvel, hogy a kezelés időszakában lényeges szempont az információk nyújtása. Mindamellet fontos hozzájárulni a beteget érő hatások, betegségével kapcsolatos tapasztalatok, ismeretek feldolgozásához, továbbá a stresszel való adaptív megküzdési stratégiák kialakításához, az egészségmagatartás változók közvetlen vagy közvetett módosításához. Tekintettel a személyiségjegyek és a pszichoszomatikus panaszok közötti kapcsolatra, a személyiségjegyek felmérése esteleges információkat nyújthat az egyének egészségi állapotáról és hozzájárulhat az általános állapotuk megértéséhez, valamint optimális kezelési és támogatási módok kialakításához. Az ellátásban kiemelt szerepet kell biztosítani az egészségügyi ellátók, ápolók, mentálhigiénés szakemberek által nyújtott paramedikális tanácsadásnak.

KULCSSZAVAK

pszichoszomatikus rendellenességek, stressz, egészségmagatartás, személyiségvonások, paramedikális tanácsadás

SZERZŐI INFORMÁCIÓ

Dr. Szatmári Angelika¹

¹Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és Szociális
Képzési Kar, Ápolási Tanszék,
Szeged
email: szatmari@etszk.u-szeged.hu

ABSTRACT In the past decades, the role of lifestyle factors receives more emphasis as risk factors of health. The increase in scientific interest is probably because lifestyle factors are mostly under the person's own control and they can be changed more or less. The health condition of males in our country is less discussed - probably due to the society's attitudes- than females. Among Hungarian men premature death between the ages 49-65 is common and it is underlain by the chronic stress factors of the changing society and high-risk behaviors to alleviate stress. A significant relationship was observed between personality traits and psychosomatic complaints profiles. We can state that with paramedical counselling, patient conducting of clients with psychosomatic disorder a more favorable mental well-being can be established by the active participation of professional helpers. Patients might receive effective, targeted and problem-specific help. The present study confirms that providing information during the therapy is a relevant aspect. Furthermore, it is substantial that elaborate on the effects of the treatment and experiences, to process information, to develop adaptive coping strategies against stress, and to indirectly or directly change health behaviors. Considering the relationship between personality traits and psychosomatic complaints, assessing personality traits may give information about the physical conditions of individuals and contribute to completely understand patients and their general health as well as formulating optimal support and treatment approaches. An emphasized role should be provided in the treatment to counselling by medical staff and mental hygienists.

Bevezetés

A biopszichoszociális elméleti modell lehetőséget ad arra, hogy a betegségeket ne csak orvosi szempontból, fiziológiai problémaként értelmezzük, hanem pszichoszociális jelenségként is. Az emberiséget ősidők óta foglalkoztatja a test és a lélek kapcsolata. A test és a lélek harmóniáját már az ókori kultúrában felismerték. A későbbi korok kultúráján is végigvonul ez a fajta gondolkodás, sok esetben, a test vagy a lélek elsődlegességének hangsúlyozásával.

A XX. század elején, főleg Sigmund Freud és a pszichoanalízis hatásaként, a betegségek pszichológiai vetülete ismét az érdeklődés előterébe került. A pszichoszomatikus orvostudomány egyik megalapítójának tartják Franz Alexandert, aki megállapította, hogy a pszichoszomatikus betegségek elfojtott tudattalan konfliktusok következtében a vegetatív idegrendszer közvetítésével jönnek létre (Smith és mtsai, 2005).

A hetvenes évektől kezdődően a „pszichoszomatikus” helyett a „magatartás-orvostan” megjelölés került előtérbe. Hangsúlyossá vált az a szemlélet, hogy a betegségek keletkezésében, lefolyásában az egészségmagatartásnak is jelentős szerepe van. Az egészség megőrzése, illetve a betegségek rehabilitációja is döntően magatartásprobléma (Benkő, 2009).

A magatartás-orvostan a betegségeket az egészség-magatartás szemszögéből is vizsgálja, valamint a gyógyításban a legfőbb cél az, hogy kialakítsák a megfelelő magatartást (Comer, 2005).

Életmód és egészségmagatartás

Az egészségmagatartás mindazon cselekvéseket és szokásokat magában foglalja, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához. Egy ország egészségkultúrájának szintjét jelzi az, hogy lakói milyen egészségmagatartási attitűddel élnek

(Becker, 1974; Gochman, 1997).

Ma már közismert, hogy a betegségek kialakulásában az egészségmagatartásnak kiemelt szerepe van. Az egészségmagatartás hiánya tehát kockázati tényezőként fogható fel.

Az utóbbi évtizedekben hangsúlyossá vált az életmódváltozók mint kockázati tényezők hatása az egészségre. Az egészségmagatartási tényezők kiemelt jelentőségét az adja, hogy – mint azt a WHO számszerűen is kimutatta – a vezető halálokok következtében fellépő halálozás jelentős hányadát az egyéni magatartás okozza, illetve az, hogy ezek a magatartási tényezők megváltoztathatóak. Tehát döntően a személy kontrollja alatt álló, illetve módosítható tényezőkről beszélhetünk. Az egészségmagatartási szokások kialakulását befolyásolja a személyiség jellemzőkön kívül, az egészséget befolyásoló tényezők ismerete is. Bizonyos betegségek kockázati tényezői között például, a következő faktorok szerepelnek: a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a mozgásszegény életmód, az elhízás, valamint a stresszes életvitel (Kopp & Skrabski, 2009).

Személyiség mint betegségre hajlamosító tényező?

A magatartási szempontok mellett kiemelt jelentőséget tulajdonítottak bizonyos személyiség típusoknak. Előtérbe került a személyiség mint a betegségre hajlamosító tényező, valamint a stresszre adott válaszreakciók szabályozásának jellegzetességei.

A személyiségtípusok és az egészség kapcsolatát tárgyaló elméletek szerint mindannyian bizonyos személyiségtípusokba tartozunk, amelyek különböző, sajátos szervi megbetegedésekre hajlamosítanak. Fontos kiemelni, hogy nem léteznek specifikus, betegségre hajlamosító személyiségtípusok, azonban azonosíthatók olyan tényezők, melyek általánosan növelik bizonyos megbetegedések kockázatát (Friedman & Booth, 1987; Urbán, 2017).

A kutatások A-típusú, B-típusú, illetve C és D-típusú személyiségjellemzőket igazoltak (Atkinson & Hilgard, 2005). Bebizonyosodott, hogy a személyiségbeli különbségek gyakran társulnak egészségmagatartásbeli különbségekkel. Mégpedig az olyan vonások, mint a szorongás, a depresszió, az ellenségeség, szoros kapcsolatban vannak olyan nagy rizikójú magatartásformákkal, mint a dohányzás, az alkoholizmus, az addikciók és az elhízás (Forshaw & Sheffield, 2012).

Tringer (1999) említést tesz az alexitímiának nevezett személyiségajátosságról, lényegében az érzelemszabályozásról és annak szerepéről különböző betegségek kiváltásában. Később a nemzetközi vizsgálatok azt is igazolták, hogy az alexitíma kapcsolatban áll a pszichoszomatikus problémákkal, valamint, hogy az A-típusú személyiség összefüggést mutat a kardiovaszkuláris kockázattal (Friedman & Booth, 1987b; Koh és mtsai, 2009).

Friedman & Rosenman (1974) azonosítottak egy bizonyos személyiségtípust (A-típusú), amelyhez tartozó embereket az állandó ellenségeskedés, cinikusság, türelmetlenség, törtetés és versengés, illetve agresszió jellemző. Extrém erős teljesítményorientáltság, pihenésre, lazításra képtelenség jellemzi őket, folyamatos időkényszerben vannak. Náluk a világgal való kapcsolatukból adódó folyamatos stressz vezet kardiovaszkuláris betegségekhez. Ők azok, akik az átlagosnál gyakrabban reagálnak a stresszre átmeneti vérnyomás-emelkedéssel, nagyobb valószínűséggel lesznek hipertóniások is. Mások az átlagosnál több gyomorsavat választanak ki, náluk valószínűleg a gyomor nyálkahártyája fog annyira károsodni, hogy fekély alakul ki (Friedman & Rosenman, 1974; Rosenman, Brand, Sholtz & Friedman, 1976). Az A-típusú személyiség mérésére jelenleg nem áll rendelkezésre magyar mintán validált kérdőív.

A B-típusú személyiség, az ún. flegmatikus személyiség, jellemzői, a nyugodtság, az A-típussal ellentétben ők viszonylag lassabb tempóban cselek-

szenek, inkább már letargikusak. Békés, nyugodt, fegyelmezett személyiségtípus. Tud büntudat nélkül pihenni, éppúgy, mint nyugtalanság nélkül dolgozni. Őket leginkább konfliktuskerüléssel, szélsőséges alkalmazkodással, valamint a stresszel szembeni represszív megküzdéssel lehet jellemezni (Atkinson & Hilgard, 2005; Carver & Scheier, 2006).

A C-típusú, rákra hajlamosító személyiségjellemzők leírásában úttörő jelentősége van Laurence Leshan munkásságának, aki már az 50-es években felhívta a figyelmet a rák etiológiájában szerepet játszó pszichés tényezőkre (Leshan, 1977). Több száz daganatos beteg megfigyelése és kezelése – 14 évig tartó longitudinális vizsgálat – nyomán fejtette ki nézeteit. Jelen ismereteink szerint nem erősíthető meg a C-típusú, tumorokra hajlamosító személyiségvonások szerepe a daganatok patogenezisében (Spiegel & Kato, 1996; Lemogne és mtsai, 2013), a vizsgált faktorok közül egyedül a negatív érzelmek (mindenekelőtt a harag, a düh) elnyomása, elfojtása tartható kockázati tényezőnek (Garssen, 2004). A C-típusú személyiség meghatározására sem áll rendelkezésre magyar nyelven validált kérdőív.

A D-típusú személyiség modelljét számos vizsgálat alapján a szív- és érrendszeri betegségek fontos kockázati tényezőjének tartják. A D betű a distresszre való érzékenységet jelöli, hajlamosak a világot negatívan látni. Félnék az elutasítástól, ezért sokszor elszigetelt életet élnek. Szociális helyzetekben gátolják érzelmeik és viselkedéses jegyeik kifejezését, általában negatív képük van önmagukról. Hajlamosak a vitális kimerülésre, poszttraumás stresszre, depresszióra, szorongásra. A D-típusú személyiség elméletét Johann Denollet és munkatársai alkották meg (Denollet és mtsai, 2001). A modell szerint a kardiovaszkuláris rizikót fokozó személyiség dimenzióinak közös jellemzői a gyakori negatív érzelmek és a szociális gátoltság, melyek magas hétköznapi stressz-szintet eredményeznek. Ezeket a jellemzőket a szerzők a szív- és érrendszeri betegségekre hajlamos

személyek, két fő központi vonásaként határozták meg. A D-típusú személyiségskála magyar változata Purebl György nevéhez köthető, ami a D-típusú személyiség vizsgálatára megbízhatóan alkalmazható (Purebl és mtsai, 2006).

Mindenképpen szükséges megjegyezni, hogy nem jelenik meg tisztán egyik személyiség típus sem, inkább valamelyik személyiségjegy dominál a személyiségben.

Az ezt követő évtizedekben átfogó kutatásokat végeztek az egyén személyisége és az egészségi állapota közötti kapcsolatának felderítésére. A strukturált interjú módszerével sorolták be az embereket a fenti személyiség típusokba. A vizsgálat során az utólagos elemzések (8,5 éves, ill. 22 éves nyomon követés) azonban azt igazolták, hogy az A-típusú személyiség helyett inkább az ellenségesség és az ellenszenv személyiségvonások domináltak az egyének megbetegedésében. Tudományosan tehát nem igazolódott az a nézet, mely szerint szoros kapcsolat lenne a személyiség típusok és az egészségi állapot között (Regland & Brand, 1988).

Személyiségvonások és az egészségmagatartás közötti kapcsolat

Mint ahogy már korábban is utaltam rá, a személyiségvonások és az egészségmagatartás közötti összefüggés inkább igazolható. Elmondható az is, hogy a személyiségbeli különbségek gyakran társulnak egészségmagatartásbeli különbségekkel.

Az empirikus bizonyítékok azt sugallják, hogy a személyiségvonások fontos szerepet játszhatnak a pszichoszomatikus panaszok létrehozásában, adott esetben csökkentésében vagy megszüntetésében (Widiger, 2005; Luconi és mtsai, 2007). Ezenkívül egyes személyiségjegyek döntő fontosságúak lehetnek a rendelleneségek kialakulásában, mivel az egyén személyisége közvetlenül felelős lehet egy betegségért azáltal, hogy egészségtelen magatartást folytat. Így például bizonyos személyiségjegyek

álmatlanságot vagy alultápláltságot okozhatnak (Gustavsson és mtsai, 2003; Löckenhoff és mtsai, 2008).

Számos tanulmány feltárta a személyiségjegyek és a szomatikus vagy mentális betegségek kapcsolatát. Ghazanfari és munkatársai (2020) által végzett kutatásban az extraverzió, valamint a lelkiismeretesség szerepét vizsgálták a pszichoszomatikus rendellenességek kialakulásában. A tanulmány eredményei negatív összefüggést tártak fel az extraverzió és a pszichoszomatikus panaszok között. E megállapítás lehetséges magyarázata az, hogy az extraverzió szorosan összefügg a pozitív érzelmekkel. A szociális helyzetekben való sikeres önkifejezés, és a másokhoz való bizalom pozitívan befolyásolja az egyén jólétét. Megállapították, hogy egy extrovertált ember fő célja a jólét, a boldogság, az öröm és a lehetőségek beteljesítésének élvezete. Ezek az emberek nagyobb felelősséget éreznek egészségükért, lelkiismeretesebbek és gyakoribb náluk az öngondoskodási magatartás (Ghazanfari és mtsai, 2020), mindezek eredményeként kevésbé szenvednek pszichoszomatikus panaszoktól (Argyle és mtsai, 1990).

Hoyle és munkatársai (2000) kutatásaik során a lelkiismeretességet vizsgálták, arra a következtetésre jutottak, hogy a lelkiismeretesség mint személyiségdimenzió összefüggésbe hozható az egészséget elősegítő magatartással.

Pszichoszomatikus zavarok; az általános egészségi állapotot befolyásoló pszichológiai tényezők

A pszichológiai tényezők és szomatikus betegségek kapcsolatát vizsgáló kutatások száma az elmúlt harminc év folyamán növekedést mutatott. Pszichoszomatikus betegség minden olyan organikus vagy funkcionális fiziológiai károsodás, amelyet pszichológiai körülmények befolyásolnak (Nako és mtsai, 2014). A pszichoszomatikus panaszok kialakulásához a pszichológiai tényezőknek és a

fizikai tüneteknek egyidejűleg kell jelentkezniük és szorosan kell kapcsolódniuk egymáshoz. A pszichoszomatikus betegségek létrejöttében szerepe van a vegetatív idegrendszer egyensúlyának, a betegségek megjelenésében és lefolyásában pedig az endokrin rendszer játszik szerepet (Aruna és mtsai, 2005). A kutatások azt mutatják, hogy a legtöbb pszichoszomatikus panasz a 12 és 24 év közötti korosztályban kezdődik. A pszichoszomatikus panaszok elterjedtek és egyre növekednek a fiatalok és a serdülők körében (Friberg és mtsai, 2012; Hilderink és mtsai, 2013).

Elmondhatjuk, hogy a szomatikus betegségek képesek pszichés problémákat kiváltani, úgy ez visszafelé is igaz, tehát a szomatikus betegségek is visszavezethetők lelki okokra; a pszichés tényezők hozzájárulhatnak a testi megbetegedések kialakulásához, illetve bizonyos betegségek kialakulásában az érzelmi tényezőknek kiemelt szerepe van (Comer, 2005).

A legújabb vizsgálatokkal alátámasztották, hogy a személyiségi és társadalmi tényezők befolyásolhatják bizonyos organikus rendellenességek előfordulását, például a szív- és érrendszeri, légzőszervi, gyomor-bélrendszeri, csontvázizom, és bőrbetegségek sorolhatók ide (Gendolla, 2000; Ifeagwazi, 2007). A megbetegedéseknek csak egy meghatározott köre tartozik a pszichoszomatikus zavarok közé. Ilyenek például az esszenciális hipertónia, a meddőség, az irritábilis bél szindróma (IBSZ), a krónikus kismencedei fájdalom szindróma (CPPS), az asztma, a krónikus fejfájás, a szívkoszorúér-betegség, és a fekélybetegségek, allergiák, illetve bizonyos bőrelváltozások (Brand és mtsai, 1976; Petticrew és mtsai, 2012; Greco, 2017; Urbán, 2017).

A stressz, mint kockázati tényező hatása az egészségre

A nagyfokú szorongás egyes szervek működését befolyásolja és vegetatív tünetek jelentkezhetnek

pl.: izzadás, hőmérsékletváltozás, pirulás-sápadtság, hányinger, hasmenés, vizelési inger stb. Az érzelmek (pl. félelem, szorongás) befolyással vannak a vegetatív idegrendszer működésére úgy, mint a szívritmus, verejtékezés, alvászavarok és bélmozgások, más esetekben viszont ez a kapcsolat korántsem egyértelmű. Ha ezek a vegetatív jelenségek ismétlődnek, akkor szervi elváltozást is eredményezhetnek. Ezt nevezik pszichoszomatikus tünetképződésnek (Marks és mtsai, 2000; Comer, 2005).

Az emberek többsége ösztönösen vagy saját tapasztalatai alapján hisz abban, hogy az érzelmi igénybevétel felgyorsíthatja, vagy megváltoztathatja még a komolyabb testi betegségek lefolyását is. Szintén nem tisztázott, hogy ezek a hatások hogyan érvényesülnek.

A stressz fizikai tüneteket idézhet elő tényleges testi betegség nélkül. Érzelmi hatásra a test élettani válaszokat ad, a stressz autonóm idegrendszeri válaszokat indít be és olyan hormonok kiválasztását serkenti, mint az adrenalin, ami gyorsítja a szívritmust, növeli a vérnyomást és a verejtékezést (Smith és mtsai, 2005).

Mai ismereteink szerint egy megbetegedés nem a stressz jelenlétével, hanem a személyiség reakciókészségével függ össze. A stresszreakció nem az, ami történik velünk, hanem a történésre adott válaszuk. A stressz mennyisége attól függ, hogy hogyan reagálunk a stresszorokra (Selye, 1966; Smith és mtsai, 2005). Bizonyítékok szólnak amellet, hogy bizonyos érzelmek, vagy a stresszel való megküzdési stílusok is növelhetik a pszichoszomatikus zavarok kialakulásának valószínűségét (Friedman, 2000).

Ezek szerint, ha túlzottan reagálunk egy minket érő stresszre, melegágyat biztosítunk az ilyen típusú zavarok kialakulásának. A krónikus stressz lényegében információ-túlkínálat. A stresszel való megküzdésben lényeges, hogy ki mennyire képes a környezeti ártalmakkal megbirkózni.

A 21. század emberének egyik legfontosabb

képessége a reziliencia, a lelki ellenálló képesség. Értékek, meggyőzések és a pozitív hozzáállás ötvözte, amely lehetővé teszi, többek között a nemkívánatos és túlzott stressz megelőzését. A „Shell Health Team” nevet viselő csoport kidolgozott egy programot, melynek során elsajátítható a reziliencia. A stresszel összefüggő egyéb problémák tüneti kezelése helyett Shell inkább a megelőzés mellett döntött, amit a reziliencia terén való fejlődés támogatásával igyekeznek elérni (Donders, 2020).

A napjainkban is folyamatosan formálódó egészségszemléletünk kialakulására jelentős hatással volt Aaron Antonovsky szalutogenetikus egészségmodellje.

Az egészség és a stresszkutatások területén Antonovsky példaértékű és jelentős eredményeket ért el. Kutatásának tapasztalatai a figyelmet az egészség megtartására, illetve annak kibontakoztatása felé fordították. A modell az egészség „létrehozását jelenti”, az egészségessé válás folyamatáról szól (Antonovsky, 1979; 1987).

Elméletének két kulcseleme a Koherencia Érzet és az Általános Rezisztencia Erőforrások. Mivel állandó, folyamatos stresszel való megküzdésre van szükségünk, a modellben a stresszorok központi szerepet kaptak. Az ember külső és belső stresszoroknak van kitéve. Az, hogy ezt az állapotot stressznek éli-e meg, megbetegíti őt, vagy sem, az a megküzdésétől függ. A stresszhelyzetekhez való alkalmazkodásunk nemcsak a megküzdési stratégiáinktól, készségeinktől függ, hanem az Általános Rezisztencia Erőforrásainktól is. A stresszorok típusainak vonatkozásában, pszichoszociális stresszorok esetében beszélhetünk például egy negatív élethelyzetről, az állandó munkateherről, vagy a társas konfliktusokról. Az ún. fizikai és biokémiai stresszorok a betegségek, vagy a környezeti kockázati tényezők. Belső stresszor lehet például az önbizalom hiánya, a maximalizmus, vagy az introvertált személyiség (Carver & Scheier, 2006).

Az egészségmodell esszenciális eleme, hogy az erőforrások segítségével csökkenthetjük a stressz hatását, vagy akár védetté is válhatunk a stresszel szemben. Ezek az erőforrások olyan anyagi, pszichoszociális, genetikai, társadalmi tényezők, amelyek könnyebbé teszik számunkra, hogy az életünket strukturáltnak és érthetőnek lássuk, valamint hozzájárulnak ahhoz, hogy nagyobb eséllyel birkózzunk meg az élet kihívásaival. Tipikus Rezisztencia Erőforrások a tudás, az intelligencia, az önbecsülés, a tapasztalat, az egészségtudatos magatartás, a társas támogatás, a vallás, az anyagi jólét, és természetesen az adaptív megküzdési stratégiák (Antonovsky, 1987). Mindezek olyan jellemzői az egyénnek, amelyek hatékonyan segítik elő a stresszorok elkerülését, vagy az azokkal való megküzdést, továbbá segítenek az életp tapasztalatok felépítésében (Lindström & Eriksson, 2006).

Minél jobbak a megküzdési stratégiák, minél több erőforrás áll rendelkezésre, annál hamarabb lehet a stresszorok által kiváltott feszültséget ellensúlyozni.

Ha segítő kapcsolatban a beteg számára felfedjük az erőforrásokat, akkor az valószínűleg megerősíti azt az érzését, hogy képes megbirkózni a betegség következményeivel. A stresszel szemben tehát ellenállóbbá tesz minket és mindenképpen az egészség erősítését szolgálják.

Ha elegendő erőforrással rendelkezünk, akkor erős Koherencia Érzet képzésére vagyunk képesek. A Koherencia Érzet egy képesség, ami segít nekünk felismerni, hogy bármely szituáció kezelhető az életben. A saját belső, illetve külső környezet eseményei, a problémák kiszámíthatóan alakulnak, továbbá meg is magyarázhatók, valamint azt érezhetjük, hogy a kihívások megérik a befektetést (Antonovsky, 1987; Lindström & Eriksson, 2006; Singer & Brahler, 2014). A Koherencia Érzet meglétével eljuthatunk a „fájdalmas tapasztalatok” megértéséig. A modellben gondolkodók szerint a sikeres megküzdés függ az erőforrásaink számától, erejétől és a Koherencia Érzet meglététől.

Nem kérdéses tovább az, hogy mitől vagyunk, vagy maradunk egészségesek.

Tudományos bizonyítékok állnak rendelkezésre azzal kapcsolatban, hogy akik megvalósítják a szalutogenesist, tovább élnek, hajlamosabbak pozitív egészségmagatartást választani, könnyebben megbirkóznak az akut és krónikus betegségekkel, továbbá jobb a stressztűrő képességük. Úgy érzik, hogy jobb az életminőségük, valamint az egészségi állapotuk (Lindström & Eriksson, 2010).

Megküzdési stratégiák szerepe a stresszkezelésben

A fokozottan stresszkeltő élethelyzetben fontos az adaptív megküzdési (coping) stratégiák alkalmazása, amelynek során az egyén megpróbálja csökkenteni a stressz által okozott negatív hatásokat (Lazarus & Folkman, 1984).

A személyiség típusok közül a D-típusú személyiség típusal rendelkezők hajlamosak a maladaptív elkerülő megküzdési stratégiák alkalmazására, melyek az észlelt stressz magas szintjével és a kiegészítő tünetekkel állnak kapcsolatban (Mols & Denollet, 2010).

A megküzdésre számos stratégia létezik. Az egyik gyakran használt felosztás megkülönböztet problémaközpontú és érzelmközpontú megküzdést (Skinner és mtsai, 2003). Az előbbi során az egyén megpróbálja megelőzni vagy megváltoztatni a fenyegetéseket, a stresszhelyzetet. Ha az egyén ezt a stratégiát követi, odafigyel az életmódjára, egészségesen étkezik, rendszeresen sportol, ezzel megpróbálja elkerülni az egészségének további romlását. Ugyanakkor az érzelmközpontú megközelítés esetében az egyén a helyzet okozta érzelmi reakciókat próbálja csökkenteni, azáltal, hogy nem vesz tudomást a problémáról, elbagatellizálja azt, valamilyen pótcselekvést végez, esetenként alkoholfogyasztásba vagy más függőségbe menekül, ami egészségének további romlását okozhatja. Az érzelmközpontú stratégia

célja a negatív érzelmek elhatalmasodásának fékezése, illetve a probléma megoldásának elhalasztása. A negatív érzelmek feloldására, feldolgozására törekszik (Terry & Hynes, 1998).

Az érzelmközpontú kérődző stratégiát alkalmazó személy gyakran aggódik a jövő miatt, bánkodik, önsajnálathoz merül, miközben semmit nem tesz a megoldás érdekében (Skinner és mtsai, 2003).

Felvetődhet a kérdés, hogy vajon a probléma- vagy az érzelmközpontú megküzdési stratégiák eredményesebbek-e a betegséggel való megküzdésben. A válasz függ a kezelés szakaszaitól, egy újonnan diagnosztizált probléma esetében más megküzdési mód lehet adaptív, és más a kezelés különböző szakaszaiban. Az érzelmközpontú kérődző megküzdés a diagnózisával való szembesülést követően adaptívnek mondható, mivel a veszteség feldolgozásához időre van szükség. Ez a stratégia alkalmas a keletkezett érzelmi feszültség csökkentésére, valamint időt ad a rendeződésre, majd ezt követően a beteg eredményesen képes alkalmazni a problémaközpontú megküzdési stratégiát (Terry & Hynes, 1998).

Elmondhatjuk, ha a stresszhelyzetben van reális, racionális megoldás, akkor a problémaközpontú megküzdési módra érdemes fókuszálni, ha nincs a problémára reális változtatási lehetőség, vagy nincs ráhatásunk, akkor viszont az érzelmközpontú megküzdésre. A gond abban az esetben van, ha problémaközpontú megküzdésre is lehetőséget adó helyzetekkel is érzelmközpontúan akarunk megküzdni.

Kezelés és a pszichés támogatás lehetőségei

A pszichológiai tényezők befolyásolhatják a betegségek lefolyását. Ha egy infarktus vagy agyvérzés utáni állapot rehabilitációját nyomon követjük, ott látunk gyorsabb javulást, ahol a betegnek biztos külső kapaszkodói vannak (család,

célok) valamint, a beállítódására jellemző a bizalom, a jövőre irányultság, a pozitív jövőkép. Hosszabb a gyógyulás folyamata, ha a személy reményvesztett, ha depresszió áll fenn, a kezeletlen depresszió pedig életminőség romláshoz vezethet (Torzsa és mtsai, 2009). Rendkívül fontos ezért a rehabilitációban a megfelelő pszichés vezetés, szükség esetén pszichoterápia.

A holisztikus szemlélet alapján feltételezhető, hogy minden betegség hátterében biológiai, pszichológiai és szociális okok állnak. A pszichoszomatikus betegek komplex kezelésében egyaránt hangsúly van a testi és a lelki tényezőkön. A beteget összehangolt együttműködéssel a klinikai orvos, az egészségpszichológiai szakpszichológus és a klinikai szakpszichológus tudja ellátni. A teljes kivizsgálást mindenképpen követnie kell a páciens személyiségvizsgálatának személyiségmérő tesztek alkalmazásával.

A betegek ellátása során lényeges elemnek tartom az érzelmi stressz okainak feltárását és megoldását, ebben a pszichológusok, mentálhigiénés szakemberek és ápolók szerepét úgyszintén.

Az ellátás folyamatában kiemelt szerepe van a paramedikális tanácsadásnak, amelynek fókuszában az információ nyújtása mellett a kezelési időszakban keletkező hatások, tapasztalatok, ismeretek feldolgozásának támogatása, a stresszel való adaptív megküzdési stratégiák kialakítása, valamint az egészségmagatartásváltozók közvetlen vagy közvetett módosítása kell, hogy álljon (Szatmári és mtsai, 2018). Az együttműködésen alapuló gondozási folyamatban, a professzionális segítőnek olyan kapcsolatot kell kialakítania, amelynek légköre kedvezően hat a beteg belső erőforrásainak mozgósítására, kompetencia érzésének visszanyerésére saját sorsának irányításában és a saját egészsége menedzselésében (Helembai, 2019).

Mivel a meddőség is a pszichoszomatikus zavarok közé sorolható, megemlíteném a 2017-2018 között végzett saját kutatásunkat, ahol a betegek célzott, problémaspecifikus tanácsadásban,

pszichés támogatásban, pszichoedukációban részesültek. Jelentős változást tapasztaltunk a pszichés sérülékenységet mérő mutatók értékeiben és a betegelégedettségben (Szatmári és mtsai, 2020).

A krónikus mindennapi stressz mérésére szolgáló Észlelt Stressz Kérdőívet (PSS-14) (Stauder & Konkoly, 2006), a vonásszorongás mérésére a Spielberger (1970) által kidolgozott STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) mérőeszközt használtuk. Az egyes tesztek értékeit vizsgálva, a két mérés között a vizsgálat folyamán szignifikáns változás tapasztalható a STAI és PSS pontszámokon. Az észlelt stressz és a szorongás szintje csökkent a kiindulási állapothoz képest. A kísérleti csoportban a betegek jelentős része úgy érezte, hogy a konzultációk jelentősen hozzájárultak ismereteik bővüléséhez, az egészségfejlesztését támogató ismeretekre (táplálkozás, életvitel, fiziológiai változások) vonatkozóan is.

Eredményeink alapján is elmondható, hogy a betegségekkel küzdők számára a paramedikális tanácsadással kedvezőbb pszichés jóllét biztosítható a professzionális segítők aktív közreműködésével. Mindazonáltal a páciensek hatékony, célzott és problémaspecifikus segítségnyújtásban részesülhetnek. A beteg központú tanácsadás alapvető feladata annak biztosítása, hogy a betegek megértsék a kezelésük választásának következményeit, elegendő érzelmi támogatást kapjanak, és adaptív módon megbirkózzanak betegségük következményeivel.

Természetesen az életmódváltás, pszichoedukáció mellett, fontos a megfelelő stresszkezelési technikák alkalmazása, mivel a speciális stresszkezelő programok hatása is bizonyított. A pszichoszomatikus betegségek esetében, amelyek ugyan testi elváltozással is járnak, de eredetük nagyrészt pszichológiai természetű, a beteg általában elutasítja a pszichológiai magyarázatot, ezért mindenképpen szerencsés, ha pszichoterápiában képzett szakember is kezeli őt. A leghatékonyabb kezelési módszereknek bizonyultak azok a „technikák”,

amelyek a pszichoterápiában használhatóak és széles körben alkalmazzák is ezeket. Gondolok itt, például a stresszoldásra, a relaxációs technikák alkalmazására, meditációra, hipnózisra, illetve a konfliktusmegoldás és stresszkezelő képesség javítására irányuló módszerekre (Comer, 2005). A relaxációs tréning – különösen gyógyszerekkel kombinálva – igen hatásosan alkalmazható például a hipertónia kezelésénél (Dubbert, 1995; Stauder & Konkoly, 2007).

Összegzés

A pszichoszociális tényezők szomatikus betegségek kialakulásában játszott szerepének elismerése egy rendkívül izgalmas fejlemény az orvostudományon belül. Mindazonáltal a pszichoszomatikus betegségek kialakulásával kapcsolatban még sok ismeretlen tényezővel állunk szemben. Nem tisztáztak még teljesen azok a mechanizmusok, amelyek következtében a lelki eredetű jelenségekből testi elváltozás alakul ki.

Mivel a személyiségjegyek olyan, egyébként is dinamikusan változó mediátorok, amelyek különféle módon befolyásolhatják a betegség szintjét és adott klinikai helyzetekben megváltoztathatók, relevánsnak tűnik a klinikai körülmények közötti értékelésük a megfelelő kezeléstervezés érdekében, ezáltal befolyásolva a kezelés eredményét. Ennek megfelelően a személyiségjegyek felmérése megéri a fáradtságot, mivel ez információkat nyújthat az egyének egészségi állapotáról, és hozzájárulhat az általános állapotuk teljes megértéséhez, valamint optimális kezelési és támogatási módok kialakításához.

Számos tanulmány nem támasztja alá a specifikus betegségre hajlamos személyiség létét, ugyanakkor elmondható, hogy a személyiség befolyásolja a betegséghez való alkalmazkodást, a megküzdési stratégiát, ezzel összefüggésben az egyén egészségmagatartását.

Lényeges, hogy elsősorban a lelki életben

kell megszüntetni a diszharmóniát, megkeresni, tudatosítani azokat a rosszul rögzült mechanizmusokat, amelyek feszültségforrásként működnek. Ez túlmutat a paramedikális konzultáció keretein.

A hasonlóságok ellenére is valamennyien mások vagyunk, harmonikusan akkor élhetünk, ha megfelelünk annak a küldetésnek, hogy személyiségünk pozitív adottságait megfelelően használjuk és kamatoztatjuk.

Támogatás

A kutatást az EFOP-3.6.1-16-2016-00008 azonosítójú, EU társfinanszírozású projekt támogatta.

Irodalomjegyzék

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass, San Francisco
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11, 1011–1017. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90128-E](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90128-E)
- Aruna, P., Puviarasan, N., & Palaniappan, B. (2005). An investigation of neuro-fuzzy systems in psychosomatic disorders. *Expert Systems with applications*, 28, 673–679. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2004.12.024>
- Atkinson, R.C., & Hilgard, E. (2005). *Pszichológia*. Budapest. Osiris Kiadó.
- Becker, M.H. (Ed.) (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*; Society for Public Health Education, Thorofare, NJ: Slack.
- Benkő, Zs. (2009). *Egészségfejlesztés módszertani kézikönyv*, Mozaik Kiadó, Budapest.
- Brand, R.J., Rosenman, R.H., Sholtz, R.I., & Friedman, M. (1976). Multivariate prediction of

- coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study compared to the findings of the Framingham study. *Circulation*, 53(2), 348-355. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.53.2.348>
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (2006). *Személyiségpszichológia*, Osiris Kiadó, Budapest.
- Comer, R. J. (2005). *A lélek betegségei. Pszichopatológia*. Budapest. Osiris Kiadó. 332-336.
- Denollet, J., & Van Heck, G.L. (2001). Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about? *Journal of Psychosomatic Research*, 51(3), 465-468. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00230-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00230-6)
- Donders, P. CH. (2019). *Reziliencia - Hogyan fejlesszük lelki ellenálló képességünket és előzzük meg a kiégést?* Harmat kiadó, Budapest. pp. 15-80. ISBN: 9789632884660.
- Dubbert, P. M. (1995). Behavioral (life-style) modification in prevention and treatment of hypertension. *Clinical Psychology Review*, 15(3), 187-216. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00006-B](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00006-B)
- Friberg, P., Hagquist, C., & Osika, W. (2012). Self-perceived psychosomatic health in Swedish children, adolescents and young adults: An internet-based survey over time. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000681>
- Forshaw, M., & Sheffield, D. (Eds.). (2012). *Health psychology in action*. John Wiley Blackwell. 138-145.
- Friedman, H.S. (2000). Long-term relations of personality and health: Dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68, 1089-1107. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00127>
- Friedman, H.S., & Booth-Kewley, S. (1987a). The "disease-prone personality": A meta-analytic view of the construct. *Journal of the American Medical Association*, 169(12), 1286-1296. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.42.6.539>
- Friedman, H.S., & Booth-Kewley, S. (1987b). Personality, Type A behavior, and coronary heart disease: The role of emotional expression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 783-792. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.4.783>
- Friedman, M., & Rosenman, (1974). R. *Type A Behavior and Your Heart*. New York, NY: Random House.
- Garssen, B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 315-338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.01.002>
- Gendolla, G.H.E. (2000). On the Impact of Mood on Behavior: An Integrative Theory and a Review. *Review of general psychology*, <https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.4.378>
- Ghazanfari, E., Kazemnejad, A., Feizi, A., Fesharaki, M.G., Dinu, I., Keshteli, A.H., & Adibi, P. (2020). The relationship between personality traits and psychosomatic complaints in a sample of Iranian adults. *Journal of Affective Disorders*, 261, 253-258. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.020>
- Gochman, D.S. (Ed.). (1997). *Handbook of health behavior research II: Provider determinants*. Plenum Press.
- Greco, A., Maloberti, A., Sormani, P., Colombo, G., D'addario, M., Magrin, M.E., & Boutouyrie, P. (2017). Type A personality as the principal psychological determinants of left ventricular mass index in hypertensive patients. *Journal of Hypertension*, 35, 273-279. <http://dx.doi.org/10.1097/01.hjh.0000523791.01232.de>
- Gustavsson, J.P., Jönsson, E.G., Linder, J., & Weinryb, R.M. (2003). The HP5 inventory: definition and assessment of five health-relevant personality traits from a five-factor model perspective. *Personality and Individual Differences*, 35, 69-89. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00142-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00142-3)
- Helembai, K. (2019). Patient Conducting Model for Nursing Care. *Madridge Journal of Nursing* 4(1), 139-144. <https://doi.org/10.18689/mjn-1000125>
- Hilderink, P.H., Collard, R., Rosmalen, J.G.M., & Oude Voshaar, R.C. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review. *Ageing Research Reviews*, <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.04.004>

- Hoyle, R.H., Fejfar, M.C., & Miller, J.D. (2000). Personality and sexual risk taking: a quantitative review. *Journal of Personality*, 68, 1203–1231. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00132>
- Ifeagwazi, C.M. (2007). A comparison of institutionalized offenders and non institutionalized individuals on personality traits of psychoticism and information distortion os lying. *International Journal of Communication*, 92-105.
- Koh, K.B., Cho, S.Y., Kim, J.W., Rho, K.S., Lee, S.H., Park, I.H. (2009). The Relationship of Anger Expression and Alexithymia with Coronary Artery Stenosis in Patients with Coronary Artery Diseases. *Yonsei Medical Journal*, 45(2), 181-186. <https://doi.org/10.3349/ymj.2004.45.2.181>
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (2009). Health status of women and men in Hungary. In: Nagy I, Pongrácz T. (eds.) Changing roles. Report on he situation of women and men. [Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon. In: Nagy I, Pongrácz T. (szerk.) Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről.] TÁRKI, Budapest, pp. 117–136.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and Coping In The concept of coping* (Lazarus R.S., & Folkman S. eds). Springer, New York, pp. 215-238.
- Lemogne, C., Consoli, S.M., Geoffroy-Perez, B., Coeuret-Pellicer, M., Nabi, H., Melchior, M., & Cordier, S. (2013). Personality and the risk of cancer: a 16-year follow-up study of the GAZEL cohort. *Psychosomatic Medicine*, 75(3), 262-271. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31828b5366>
- Leshan, L. (1977). *You can fight for your life: Emotional Factors in the Causation of Cancer*. New York: M.Evans and Company, INC.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, (21)3, 238-244. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal016>
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). A Salutogenic Approach to Tackling Health Inequalities. In. Morgan A., Davies M. & Ziglio E. (szerk.): *Health Assets in a Global Context*. Springer, New York, NY.
- Löckenhoff, C.E., Sutin, A.R., Ferrucci, L., & Costa, P.T. (2008). Personality traits and subjective health in the later years: The association between NEO-PI-R and SF-36 in advanced age is influenced by health status. *Journal of Research in Personality*, 42, 1334–1346. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.05.006>
- Luconi, R., Bartolini, M., Taffi, R., Vignini, A., Mazzanti, L., Provinciali, L., & Silvestrini, M. (2007). Prognostic significance of personality profiles in patients with chronic migraine. *Headache* 47, 1118–1124. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00807.x>
- Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., & Willing, C. (2000). *Health Psychology. Theory, research and practice*. Sage Publications- Thousand Oaks, London- New Delhi.
- Mols, F., & Denollet, J. (2010). Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-9>
- Nakao, M., Takeuchi, T., & Fricchione, G. (2014). Definition of psychosomatic medicine and the applicability of DSM-IV-TR to outpatients visiting a japanese psychosomatic clinic. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(2), 120-122. <https://doi.org/10.1159/000354182>
- Petticrew, M.P., Lee, K., & McKee, M. (2012). Type A behavior pattern and coronary heart disease: Philip Morris’s “crown jewel”. *American journal of public health*, 102(11), 2018-2025. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300816>
- Purebl, Gy., Rózsa, S., Danis, I., & Kopp, M. (2006). AD-típusú személyiség skála pszichometriai jellemzői reprezentatív vizsgálat alapján. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika* 7(3), 225-230. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.6>
- Ragland, D.R., & Brand, R.J. (1988). Coronary heart disease mortality in the Western Collaborative Group Study. Follow-up experience of 22 years. *American Journal of Epidemiology*, 127(3), 462-475. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje>

a114823

1263–1269. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31132>

Rosenman, R.H., Brand, R.J., Sholtz, R.I., & Friedman, M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the Western Collaborative Group Study. *The American Journal of Cardiology*, 37(6), 903-910. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(76\)90117-x](https://doi.org/10.1016/0002-9149(76)90117-x)

Selye, J. (1966). *Életünk és a stressz*. Akadémiai kiadó, Budapest.

Singer, S., & Brahler, E. (2014). *Die „Sense of Coherence Scale“ Testhandbuch zur Deutschen Version*. Vandenhoeck und Ruprecht. 2-20.

Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J., et al. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, 129: 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>

Smith, E.E., Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B.L. & Loftus, G.R. (2005). Atkinson és Hilgard *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest. pp: 402-403.

Spiegel, D., & Kato, P.M. (1996). Psychosocial influences on cancer incidence and progression. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(1), 10-26. <https://doi.org/10.3109/10673229609030518>

Spielberger, C.D. (1970). The development and validation of the Hungarian form of the STAI. In Spielberger, C.D., & Diaz, G. (Eds.), *Cross-Cultural Anxiety*, Washington-London: Hemisphere Publishing Corporation pp. 51-61.

Stauder, A., & Konkoly-Thege, B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői [The perceived stress questionnaire (PSS) is Hungarian version's features]. *Mentálhigiény és Pszichoszomatika*, 7(3), 203-216. <http://dx.doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.4>

Stauder, A. (2007). Stressz és stresszkezelés. In: Kállai János, Varga József és Oláh Attila (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. 177-198.

Szatmári, A., Fejes, Zs., & Király, I. (2018). A férfiak férfimeddséggel kapcsolatos ismeretei és a támogatás lehetőségei: kockázati tényezők és egyéni válaszreakciók. *Orvosi Hetilap*, 159(31),

Szatmári, A., Helembai, K., Zádori, J., Dudás, E. I., Fejes, Zs., Drótos, G., & Rafael, B. (2020). Adaptive coping strategies in male infertility, paramedical counselling as a way of support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2020.1724918>

Terry, D. J. & Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses. *Journal of Personality Social Psychology*, 74(4), 1078-1092. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.4.1078>

Torzsa, P., Szeifert, L., Dunai, K., Kalabay, L. & Novák, M. (2009). A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban. *Orvosi Hetilap*, 150(36), 1684-1693. <https://doi.org/10.1556/OH.2009.28675>

Tringer, L. (1999). *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis kiadó, Budapest.

Urbán, R. (2017). *Az egészségpszichológia alapjai*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

Widiger, T.A. (2005). Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *Journal of Research in Personality*, 39, 67–83. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.09.010>