

A gyász hatása a testi és a lelki egészségi állapotra

Doktori tézisek

**Dr. Pilling János**

Semmelweis Egyetem  
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Prof. Kopp Mária, egy. tanár, DSc †

Hivatalos bírálók: Dr. Barabás Katalin, habil. egy. docens, Ph.D.  
Dr. Török Szabolcs, egy. docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Prof. Rihmer Zoltán, egy. tanár, DSc  
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Réthelyi János, egy. adjunktus, Ph.D.  
Dr. Varga Katalin, habil. docens, Ph.D.

Budapest  
2012

## BEVEZETÉS

Közeli hozzátartozóink halála az egyik legsúlyosabb veszteség, amely életünk során érhet bennünket. A gyász időszaka egyaránt jellemezhető érzelmi, gondolkodásbeli, testi, kapcsolati és spirituális változásokkal is. Mindezek több szakaszban bontakoznak ki: a hozzátartozók a megelőlegzett (anticipációs) gyász időszaka után a sokk, a kontrolláltság, a konfrontáció és az átdolgozás szakaszain keresztül juthatnak el a gyász feldolgozásához.

Ezt a folyamatot azonban a modern korban számos tényező nehezítheti. Míg korábbi századokban a legtöbb ember otthon, családtagjai körében halt meg, addig napjainkban a halál színtere általában a kórház. A beteg és a hozzátartozók között ebben az időszakban így kevés a kapcsolat, a családtagok nem vesznek részt a beteg gondozásában (amely egykoron az iránta érzett szeretet és hála jele is volt), a beteg gyakran idegenek között, családtagjai nélkül hal meg. Ezzel egyidejűleg az urbanizáció terjedésével fokozatosan kiüresedtek, megszűntek a gyással kapcsolatos hagyományok, rítusok, amelyek korábban magatartási mintát és közösségi támaszt is nyújtottak a gyászolóknak. Mindezek következtében a társadalomban hibás minták, szinte teljesíthetetlen elvárások alakultak ki a gyással és a gyászolókkal kapcsolatban (például: az gyászol jól, aki uralkodik az érzésein, s minél hamarabb túllép a történeteken).

Rítusok, magatartásminták és közösségi támogatás hiányában egyre több embernek jelent nehézséget a gyász feldolgozása. Számos külföldi kutatás hívta már fel a figyelmet arra, hogy a gyászolók körében kiemelkedően magasak lehetnek egyes szomatikus és pszichés

betegségek. A vizsgálatok eredményei szerint a gyász időszakában növekszik az orvoshoz fordulás gyakorisága, a felírt receptek száma és a szakrendelésekre való beutalások gyakorisága is. A gyászolók körében egyaránt gyakoribbá válnak bizonyos testi tünetek (pl. fejfájás, mellkasi fájdalom, nehézlégzés, szédülés, emésztési zavarok, stb.), egyes szomatikus betegségek (pl. magas vérnyomás), valamint jelentősen növekszik a pszichés zavarok (elsősorban a depresszió, a szorongással járó betegségek és az alkohollal kapcsolatos zavarok) gyakorisága. A megbetegedések arányainak növekedése mellett a gyász időszakában a halálozások száma is igazolhatóan növekszik. A kutatások szerint ennek hátterében az erőszakos halálozások (az öngyilkosságok és a balesetek) számának növekedése, valamint az alkoholos eredetű halálozások, az akut és krónikus szívbetegségek, valamint a tüdődaganatok számának növekedése felelős.

## CÉLKITŰZÉSEK

Kutatásom célja a gyászolók testi és lelki egészségi állapotának átfogó, több szempontú vizsgálata volt. Vizsgálataim megtervezése során arra törekedtem, hogy minél inkább kiküszöbölhessem azokat a módszertani problémákat, amelyeket a gyászolók megbetegedési arányaival kapcsolatos tanulmányok szerzői a korábbi kutatások korlátaiként említenek. Ezek a következők:

- számos korábbi vizsgálat mintaszáma alacsony;
- egyes vizsgálatok klinikai mintákon készültek, így nem adnak képet arról, hogy a vizsgált problémák mennyire gyakoriak az orvoshoz nem fordulók körében;

- a vizsgálatok többsége csak a gyász első évére vonatkozott, abból a feltételezésből kiindulva, hogy a gyász hatásai egy éven belül megszűnnek, a további évekkkel kapcsolatban így nagyon kevés a kutatási eredmény;
- a legtöbb vizsgálat esetében nem választották külön a gyászoló férfiak és a nők eredményeit;
- a vizsgálatok általában egy-egy területre fókuszálnak, így nem adnak átfogó képet a gyászolók szomatikus és pszichés állapotáról.

A fenti módszertani problémák elkerülése érdekében célom az volt, hogy országos reprezentatív mintán, a gyász első három évében vizsgáljam a gyászolók testi és lelki állapotát, megkülönböztetve a férfiak és a nők körében érvényesülő hatásokat. A három éves határ megválasztásának oka az, hogy a kis számú, ennél hosszabb időtávot átfogó vizsgálat a gyász további éveiben már csak ritka és kis mértékű különbségeket jelez a gyászolók és a nem gyászolók között.

A szakirodalmi adatok alapján a gyászolók körében egyaránt vizsgálni kívántam a szomatikus tünetek és a szomatikus betegségek gyakoriságát, a balesetek számának változásait, a pszichiátriai kezelések és az ezek hátterében álló pszichés zavarok (depresszió, szorongás, öngyilkossági gondolatok és kísérletek, szomatizáció, alkohollal kapcsolatos zavarok), gyakoriságát. Vizsgálataim kiterjedtek olyan területekre is, amelyek a témakör szakirodalmában korábban egyáltalán nem, vagy csak csekély mértékben jelentek meg. Ide sorolható a gyászolók álomminőségének vizsgálata, a házastársi stressz felmérése, valamint az általános jól-lét szubjektív megítélésének elemzése is.

## MÓDSZEREK

### *Vizsgálati minta*

Vizsgálataim a Hungarostudy Egészség Panel 2006 (HEP 2006) kutatás adatain alapulnak. Ez a felmérés egy korábbi országos reprezentatív vizsgálat (a Hungarostudy 2002) második fázisa, egy prospektív, longitudinális vizsgálat. A Hungarostudy 2002 felmérés résztvevői közül 8.008 adott belegyező nyilatkozatot azzal kapcsolatban, hogy részt vesz majd a vizsgálat folytatásában. Ebből a csoportból a 2005-2006-ban folytatott utánkövetés során 7321 személyt (91.4%) sikerült ismételtelen azonosítani. Közülük 318 fő (4.3%) meghalt, 1738 fő (23.7%) visszautasította a részvételt, 741 fő (10.1%) pedig nem volt olyan állapotban, hogy a vizsgálatban részt vehetett volna (pl. betegség vagy részegség miatt). Végeredményben így 4524 fő vett részt a vizsgálatban.

Az adatfelvételt követően a minta súlyozásra került. A súlyozás célja, hogy korrigálhatóak legyenek a minta kisebb eltérései az ismert lakossági arányoktól. A súlyozás a nemi, életkori és területi eloszlási adatok alapján történt. Ennek alapján a vizsgálatomban szereplő mintába 4329 fő került (1694 férfi és 2635 nő)

Az országos reprezentatív mintából a gyászolók al csoportjába az a 473 fő került be, aki az elmúlt három évben elvesztette valamilyen közeli hozzátartozóját (házastárs, élettárs, édesanya, édesapa). A veszteség időtartama szempontjából a gyászolói minta elemszámai a következők: egy éven belüli veszteség: 185 fő (76 férfi, 109 nő), két éve gyászolók: 129 fő (57 férfi, 72 nő),

három éve gyászolók: 159 fő (60 férfi, 99 nő). A gyászolók 85,7%-a édesapját vagy édesanyját veszítette el, 14,3%-a pedig házastársát vagy élettársát. A gyászolók adatait vizsgálatomban a nem gyászolók 3856 fős csoportjának eredményeivel hasonlítottam össze (1501 férfi, 2355 nő).

### *Mérőeszközök*

Vizsgálataim során a következő mérőeszközöket használtam:

- az elmúlt hónapban tapasztalt testi tünetek vizsgálatára: Szomatikus tünetlista (Patient Health Questionnaire, PHQ-15);
- az egy éven belül kezelt betegségek és balesetek vizsgálatára: a HEP 2006 vizsgálatban 14 szomatikus betegség (pl. cukorbetegség, asztma, magas vérnyomás, reuma) és betegségcsoport (pl. daganatos betegség, szívbetegség, allergiás betegség) kapcsán álltak rendelkezésre adatok azzal kapcsolatban, hogy a válaszadó állt-e kezelés alatt az adott betegség miatt az elmúlt évben. Hasonlóképpen kaphattam képet arról is, hogy közlekedési, üzemi vagy otthoni balesetek miatt a válaszadók álltak-e az elmúlt évben orvosi kezelés alatt, valamint arról, hogy pszichiátriai betegség miatt kezelték-e őket az elmúlt évben, akár fekvő-, akár járóbetegként.
- a depresszió vizsgálatára: Beck Depresszió Kérdőív
- a szorongás vizsgálatát az elmúlt két hétre vonatkozó önértékelő kérdés tette lehetővé

- öngyilkossági gondolatok és kísérletek: célzott kérdések azzal kapcsolatban, hogy az elmúlt három évben a válaszadónak voltak-e öngyilkossági gondolatai, illetve volt-e öngyilkossági kísérlete
- az alkohollal kapcsolatos zavarok vizsgálatára: Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT)
- az álomminőség vizsgálatára: Álomminőség kérdőív (Dream Quality Questionnaire, DQQ)
- a jól-lét szubjektív megítélésére: WHO Általános Jól-lét Skála (WHO Well-being Questionnaire)
- a házastársi stressz mérésére: Házastársi Stressz Skála (Marital Stress Scale)

### *Statisztikai elemzés*

A statisztikai elemzést az SPSS szoftver 15.0 verziójával végeztem. Elemzéseimet nem bontásban végeztem, eredményeimet életkorra és iskolai végzettségre kontrolláltam. A dichotom függő változókat bináris logisztikus regresszióval, a kettőnél több fokú kategoriális függő változókat multinomiális logisztikus regresszióval, a nem normális eloszlású folytonos függő változókat general linear modell segítségével elemeztem. Vizsgálataimban a következő szignifikancia szinteket használtam:  $p < 0.05$  (\*),  $p < 0.01$  (\*\*) és  $p < 0.001$  (\*\*\*)

## EREDMÉNYEK

### A gyászolók szomatikus állapota

#### *Szomatikus tünetek egy hónapon belül*

Az egy éve gyászoló férfiak körében a nem gyászoló férfiakkal képest szignifikánsan gyakoribbak a következő tünetek:

- gyomorfájdalom ( $p = .006$ , OR = 2.04)
- fejfájás ( $p = .047$ , OR = 1.62)
- nehézlégzés ( $p = .017$ , OR = 2.05)
- szexuális zavarok ( $p < .001$ , OR = 6.02)
- fáradtság ( $p = .017$ , OR = 1.76)
- alvászavarok ( $p = .013$ , OR = 1,86)

Az egy éve gyászoló nők körében szignifikánsan gyakoribbak a kontrollhoz képest a következő tünetek:

- gyomorfájdalom ( $p = .035$ , OR = 1.56)
- mellkasi fájdalom ( $p = .003$ , OR = 2.08)
- erős vagy szapora szívdobogás ( $p = .040$ , OR = 1.53)
- derék- vagy hátfájás ( $p = .019$ , OR = 1.64)
- szexuális zavarok ( $p < .001$ , OR = 3.76).

A két és három éve gyászolók körében szignifikáns különbségek nem voltak kimutathatóak.

#### *Szomatikus betegségek az elmúlt egy évben*

Vizsgálataim a legtöbb területen nem mutattak ki szignifikáns különbséget a gyászolók és a nem gyászolók között. Nem volt különbség a betegségek gyakoriságában a cukorbetegség, a gyomor- és nyombélfekély, az egyéb gyomor- és bélrendszeri betegségek, a vese-, a máj- és a szívbetegségek, az agyérbetegségek valamint a reumás és



egyéb mozgásszervi betegségek tekintetében sem. Egyetlen betegség szerepelt a kérdőívben, amelynek a gyakorisága szignifikánsan növekedett: a magas vérnyomás, amely az egy éve gyászoló nők körében szignifikánsan gyakoribb: gyakorisága a nem gyászoló nők körében 26.4% (622 fő), az egy éve gyászoló nők körében pedig 36.1% (39 fő). A különbség szignifikáns ( $p = .009$ , OR = 1.78, 95%-os CI: 1.157-2.739, Wald: 6.871). A két és három éve gyászoló nők körében, valamint a férfiaknál ez a hatás sem volt kimutatható.

### *Balesetek*

Az otthoni és az üzemi balesetek gyakorisága a vizsgált csoportokban nem változott. Az egy éve gyászoló nők körében a közlekedési balesetek gyakorisága sem változott. Szignifikánsan nőtt azonban a közlekedési balesetek miatti orvosi kezelések gyakorisága a két és a három éve gyászoló férfiak körében. (Két éve gyászoló férfiak:  $p = .016$ , OR = 5.83, három éve gyászoló férfiak:  $p = .46$ , OR = 4.48)

## **A gyászolók pszichés állapota**

### *Kezelés pszichiátriai okok miatt az elmúlt egy évben*

Az egy éve gyászoló férfiak és nők körében egyaránt szignifikánsan gyakoribb volt a pszichiátriai kezelés. Férfiak esetében az esélyhányados 4.21 ( $p < .001$ ), nők esetében 2.40 ( $p = .003$ ) a nem gyászolókhöz képest. A két éve gyászolóknál már csak a nőknél nagyobb a pszichiátriai kezelés esélye a kontrollcsoportéhoz képest ( $p = .025$ , OR = 2.27). A három éve gyászolóknál ez a hatás nem volt kimutatható.

nem mutatható ki szignifikáns különbség a kontrollcsoporthoz képest.

### *Depresszió*

A Beck Depresszió Skálán mért átlagos pontszám egyaránt szignifikánsan magasabb az egy éve gyászoló férfiak és nők körében (férfiak:  $p = .002$ ,  $F = 9.59$ , nők:  $p = .038$ ,  $F = 1.156$ ), a két és három éve gyászolók között azonban már nem mutatható ki szignifikáns különbség a nem gyászolókhöz képest. A következő lépésben multinominális logisztikus regresszióval elemeztem a különböző súlyossági szinthez tartozók arányait (a referencia kategória a normál sáv volt). Az eredmények azt jelzik, hogy az egy éve gyászoló férfiak körében a súlyosan depressziósok aránya növekszik szignifikánsan ( $p = .003$ ,  $OR = 2.72$ ), míg a két éve gyászoló nők körében az enyhe depresszió gyakorisága növekszik ( $p = .10$ ,  $OR = 2.1$ ) – más területeken szignifikáns különbség nem tapasztalható.

### *Szorongás*

Az egy éve gyászoló férfiak körében több mint nyolcszoros annak a valószínűsége, hogy az elmúlt két hétben súlyosan feszültnek érezték magukat ( $p < .001$ ,  $OR = 8.34$ ). Az egy éve gyászoló nők körében minden válaszkategóriában szignifikánsan nőtt az önmagukat feszültnek érzők aránya: az alig (kissé) jellemző és a jellemző válasz valószínűsége kétszeresére nőtt (alig jellemző:  $p = .009$ ,  $OR = 1.89$ ; jellemző:  $p = .004$ ,  $OR = 2.17$ ), a nagyon jellemző válasz valószínűsége pedig több mint háromszoros a kontrollcsoporthoz képest ( $p = .003$ ,  $OR = 3.17$ ). Az egy éve gyászolók tehát jelentősen

feszültebbnek érzik magukat a nem gyászolókhöz képest – ez a különbség a két és három éve gyászolóknál már nem mutatható ki.

### *Öngyilkossági gondolatok és kísérletek*

Az öngyilkossági gondolatokkal és kísérletekkel kapcsolatos elemzéseket a gyászolók esetében az egyes csoportba kerülők alacsony számai korlátozzák. Ennek figyelembevételével értékelhetőek az eredmények, amelyek az egy és két éve gyászoló nők (egy éve gyászoló:  $p = .022$ ,  $OR = 2.10$ ; két éve gyászoló:  $p = .003$ ,  $OR = 3.03$ ) és a három éve gyászoló férfiak ( $p = .011$ ,  $OR = 3.07$ ) körében jeleznek szignifikáns növekedést az öngyilkossági gondolatok terén. Az öngyilkossági kísérletek számát tekintve a gyászolók és a kontrollcsoport között szignifikáns különbség nem volt kimutatható.

### *Szomatizáció*

A PHQ-15 kérdőívben a 10 pontos határ jelzi azt a klinikailag jelentős szintet, amely már valószínűsíti a tünetek funkcionális jellegét, a szomatoform zavar jelenlétét. Vizsgálataim szerint az egy éve gyászoló nők körében a szomatizáció szempontjából a klinikailag jelentős tüneteket mutatók aránya szignifikánsan magasabb ( $p = .048$ ,  $OR = 1.57$ ). Az egy éve gyászoló férfiak, valamint a két- és három éve gyászolók körében ezen a téren nem volt kimutatható különbség.

### *A gyászolók álomminősége*

Az álomminőség kérdőívvel végzett vizsgálatok az egy éve gyászolóknál jeleztek szignifikáns különbségeket, a

két és három éve gyászolóknál nem. Az egy éve gyászoló férfiak körében szignifikánsan gyakoribb, hogy álmaikat legtöbbször nyomasztónak tartják ( $p < .000$ , OR = 13.54) és gyakoribban vannak rémálmaik ( $p < .001$ , OR = 3.67). Az egy éve gyászoló nők körében szignifikánsan gyakoribb, hogy álmaikat gyakran érzik nyomasztónak ( $p = .007$ , OR = 2.50), valamint az, hogy alvásukból gyakran ébrednek felriadva, heves szívveréssel ( $p = .005$ , OR = 1.85).

### *Alkoholfogyasztás*

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos zavarokat vizsgáló AUDIT kérdőív összpontszámának átlagos értéke a férfiak körében minden csoportban meghaladja a nők értékeit, a nem gyászoló kontrollcsoporthoz viszonyítva azonban az AUDIT összpontszám csupán a két éve gyászoló férfiak körében mutat szignifikáns eltérést ( $p < .001$ , OR = 2,78).

Az AUDIT egyes domain-jeit vizsgálva azt találtam, hogy az egy éve gyászoló férfiak körében az alkoholfüggőség ( $p < 0.005$ , OR = 2.07) és az alkoholfogyasztás káros hatásai ( $p < 0.001$ , OR = 2.64) tekintetében van szignifikáns eltérés a nem gyászolók értékeitől, a két éve gyászoló férfiak körében azonban már az AUDIT mindhárom domain-jének értékei szignifikáns eltérést mutatnak a kontrollhoz képest (alkoholfogyasztás mértéke:  $p < .001$ , OR = 1.94,), alkoholfüggőség:  $p < 0.001$ , OR = 3.45), az alkoholfogyasztás káros hatásai:  $p < 0.05$ , OR = 2.45). A három éve gyászoló férfiak esetében nem találtam eltérést a nem gyászolókhöz képest. Nők esetében az AUDIT domain-jei esetében egyik csoportban sem

mutatható ki szignifikáns különbség a gyászolók és a nem gyászolók között.

### *Házastársi stressz*

A rövidített házastársi stressz skála eredményei alapján a gyász első évében a férfiak körében szignifikáns növekedés tapasztalható a házastársi stressz szintjében ( $p = .025$ ,  $F = 5.005$ ), más területeken azonban a gyászolók és a nem gyászolók között nem mutathatóak ki különbségek.

### *Általános életminőség*

Az általános életminőséget mérő WHO skála eredményei szerint a gyász első évében a férfiak és a nők szubjektív életminősége egyaránt szignifikánsan rosszabb a kontrollhoz képest (férfiak:  $p = .018$ ,  $F = 5.562$ ; nők:  $p = .006$ ,  $F = 7.605$ ). A gyász második és harmadik évében ez a hatás csak a nőknél mutatható ki, a férfiaknál nem két éve gyászoló nők:  $p = .003$ ,  $F = 3.300$ , három éve gyászoló nők:  $p = .008$ ,  $F = 7.016$ ).

## KÖVETKEZTETÉSEK

Vizsgálataim eredményei azt mutatják, hogy a gyász időszaka vulnerábilis állapot, amelynek során egyaránt növekszik a testi és lelki zavarok gyakorisága is. A gyászolók különböző csoportjaiban gyakoribbá válhatnak egyes testi tünetek (pl. fejfájás, mellkasi fájdalom, nehézlégzés, stb.) és szomatikus betegségek (magas vérnyomás) is. Megnö a pszichiátriai okok miatti kezelések gyakorisága, aminek hátterében szerepe lehet a gyakoribbá váló depresszióknak és szorongásnak. A

férfiak körében növekszik a súlyos alkoholproblémákkal küzdők aránya és közlekedési balesetek gyakorisága is. Mindezek önmagukban is jelentős gondot jelentenek az egyénnek, a családnak és a társadalomnak, a megbetegedések gyakoribbá válása pedig összefügg a gyászolók halálozási arányainak – más vizsgálatokban igazolt – növekedésével. Vizsgálataim eredményei ezért felhívják a figyelmet a veszélyeztetett csoportba tartozók szűrésének, a korai felismerésnek és a gyászolók megfelelő támogatásának a szükségességére.

Magyarországon a gyászolók segítségének szervezeti keretei egyelőre sajnos nem alakultak ki. Miközben Nagy Britanniában és az Egyesült Államokban a gyászolókat segítő szervezetek (pl. Cruse Bereavement Care, Compassionate Friends, stb.) több száz szervezetből álló országos hálózatokat hoztak létre, s tagjaik évente több tízezer gyászolónak nyújtanak segítséget, addig Magyarországon hasonló hálózat nem alakult még ki. A gyászolók számára szervezett önszolgáltató csoportok száma hazánkban rendkívül alacsony.

A gyász lélektana, a gyászolók segítségének témaköre sokáig teljesen hiányzott a hazai orvos- és szakorvos képzésből, a jelenleg praktizáló orvosok többsége nem tanult erről. Bár jelenleg az orvostudomány és a pszichiátria szakorvos képzés tankönyveiben már jelen van ez a témakör, a gyász – gyakoriságához és jelentőségéhez képest – mindmáig a szükségesnél kisebb teret kap a képzésekben.

Ahhoz, hogy a segítséget igénylő gyászolók hatékony támogatást kaphassanak a gyász feldolgozásában, kiemelten fontos lenne a jelenleg működő kezdeményezések hálózattá alakítása, az

önsegítő csoportok számának gyarapítása, a gyász témakörével kapcsolatos ismeretek szélesebb körű oktatása és a szakmai segítség hozzáférhetőségének javítása. Mindezek együttesen járulhatnak hozzá ahhoz, hogy a disszertációmban bemutatott megbetegedési arányok javulhassanak.

## SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

*A szerzőnek a disszertáció témaköréhez szorosan kapcsolódóan 5 könyve, 17 könyvfejezete és 7 tanulmánya jelent meg. A disszertáció témaköréhez kevésbé szorosan kötődő, valamint attól független, további publikációinak száma: 7 könyv, 20 könyvfejezet, 16 tanulmány. A publikációk részletes felsorolása a disszertációban található. A téziszűzetben csupán a témakörhöz szorosan kötődő és attól független 10-10 legfontosabb publikáció adatai szerepelnek.*

### A DISSZERTÁCIÓ TÉMÁJÁVAL ÖSSZEFÜGGŐ 10 LEGFONTOSABB PUBLIKÁCIÓ

#### **Könyvek**

- Pilling János* (szerk.) (2010): A halál, a haldoklás és a gyász kultúranropológiája és pszichológiája. Semmelweis Kiadó, Budapest
- Pilling János* (szerk.) (2003): Gyász. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Pilling János* (2001): Segítség a gyászban. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest

#### **Könyvfejezetek**

- Pilling János* (2009): Tanatológia – támasznyújtás a haldoklás és a gyász során. In: Füredi J. - Németh A. - Tariska P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Negyedik kiadás. Medicina, Budapest, 795-802. (Korábbi kiadások: 1998, 2001, 2003)
- Pilling János* (2009): A gyász lélektana. A normál és a komplikált gyász folyamata, a támasznyújtás



- lehetőségei. In: Hegedűs Katalin (szerk.): A palliatív ellátás alapjai. Második kiadás. Semmelweis Egyetem, Budapest, 178-191. (Első kiadás: 2002)
- Pilling János* (2008): A haldoklás és a gyász lélektana. In: Kopp Mária, Berghammer Rita (szerk.): Orvosi pszichológia. Második kiadás. Medicina, Budapest, 437-449. (Első kiadás: 2005).
- Pilling János* (2006): A gyász hatása az életminőségre. In: Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 337-349.
- Pilling János* (2008): A gyász kettős arca: veszélyek és esélyek. In: Kopp Mária (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest, 469-476.

### **Tanulmányok**

- János Pilling*, Barna Konkolý Thege, Zsolt Demetrovics, Mária S Kopp (2012): Alcohol use in the first three years of bereavement: a national representative survey. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 7:3, doi:10.1186/1747-597X-7-3, IF: 1.16
- Barna Konkolý Thege, *János Pilling*, Zoltán Cserhádi, Mária S. Kopp (2012): Mediators between bereavement and somatic symptoms. BMC Family Practice, 13:59, doi:10.1186/1471-2296-13-59, IF: 1.80

## A DISSZERTÁCIÓ TÉMÁJÁTÓL FÜGGETLEN 10 LEGFONTOSABB PUBLIKÁCIÓ

### **Könyvek**

- János Pilling (Ed.) (2011):* Medical Communication. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- János Pilling (Herausgeber) (2011):* Ärztliche Kommunikation. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Pilling János (szerk.) (2008):* Orvosi kommunikáció. Második, átdolgozott kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest (Első kiadás: 2004)
- Ács Géza - Pilling János - Zatik István (1992):* Meghaltam – és élek. Halál közeli élmények. Medicina Könyvkiadó, Budapest

### **Könyvfejezetek**

- Pilling János (2009):* A halál jelentései. In: Sinkó Dóra (szerk.): Lelkünk rajta. Saxum Kiadó, Budapest, 181-200.
- Pilling János (2008):* Az orvos-beteg konzultáció. In: Pilling János (szerk.): Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 46-66.
- Pilling János (2008):* Az agresszió megelőzésének és kommunikációs kezelésének lehetőségei. In: Pilling János (szerk.): Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 293-305.
- Pilling János (2008):* Rossz hírek közlése. In: Pilling János (szerk.): Orvosi kommunikáció. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 306-334.

## **Tanulmányok**

*Pilling János, Tényi Tamás, Fehér László (2010): KOMP: szkizofrén betegek terápiás együttműködését segítő kommunikációs módszer. Psychiatria Hungarica, 25 (Supplementum) 1): 36-48.*

*Pilling János, Cserhádi Zoltán (2005): A szomatizáció kezelése a mindennapi orvosi gyakorlatban. Alkalmazott Pszichológia, 7 (2): 59-73.*