

Sánta Anett, Lucza Lilla, Rafael Beatrix

ALKALMAZOTT EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIA A BELGYÓGYÁSZATI ELLÁTÁSBAN. GASZTROENTEROLÓGIAI ESETISMERTETÉS

I. A BELGYÓGYÁSZATI BETEGSÉGEK PSZICHÉS VONATKOZÁSAI

A belgyógyászat jelentős és kiterjedt terület a szomatikus ellátásban. Ezen belül is kiemelt részt foglalnak el az emésztőrendszert érintő betegségek. Ide tartoznak a felső tápcsatorna betegségei (például: dysphagia, reflux, nyelőcsődaganat, gastritis, pepticus fekély stb.) és az alsó tápcsatorna rendellenességei (cöliákia, gyulladós bélbetegségek [IBD], irritábilis bél szindróma [IBS], vastagbél daganat stb.), továbbá a hasnyálmirigy és a máj betegségei, valamint az epebetegségek is (Altorjay, 2014).

A belgyógyászathoz tartozó egyéb területek bemutatása meghaladja a fejezet kereteit, így a gasztroenterológiai betegségeken belül is *az alsó tápcsatorna betegségeinek bemutatása* került a fejezet középpontjába. A későbbiekben felvázolt eseten keresztül részletesen a gyulladós bélbetegség egészségpszichológiai szempontú bemutatását tűztük ki célul.

A belgyógyászati betegségek igen változatosak lehetnek, eltérő jellegzetességekkel, ám mutatkozhat néhány olyan általános pszichés jellemző, amelyekről fontos szót ejteni. Az egyik ilyen jellegzetesség a belgyógyászati betegségekhez kapcsolódó *jelentős mértékű distressz* komorbid megjelenése. Kiemelkedően a máj és az emésztőrendszer területét érintő megbetegedések, az onkológiai problémák (pl. nyelőcsődaganat) (Rosselli et al., 2015), valamint az IBD esetén figyelték meg mint az adott betegség lefolyását befolyásoló fontos rizikótényezőt (Bernstein, 2016). Több tanulmány is alátámasztotta, hogy az emésztőrendszeri- és májbetegségek az agy és a bél, valamint az agy és a máj közötti kommunikáció patofiziológiai mechanizmusának megnyilvánulásaként is tekinthetők, amelyre a betegek által megélt distressz mértéke is hatással lehet (Rosselli et al., 2015; Stasi et al., 2011, 2013, 2014). A korai traumák és a jelentős mennyiségű stressz nemcsak funkcionális gasztrointesztinális betegségekre, hanem gyulladós bélbetegségekre is hajlamosíthat (Van Oudenhove et al., 2016).

A következő pszichés vonatkozás, melyet a belgyógyászati betegek csoportja kapcsán hasznos megemlíteni, a *hangulati és / vagy szorongásos zavarok* jelenléte. A zavarok kapcsolatát a megtapasztalt fizikális tünetek terhével és a funkcionális károsodással hozzák kapcsolatba a kutatások (Bhamre et al., 2018; Byrne et al., 2017; Katon et al., 2007).

Addolorato és munkatársai (2008) 1641 fős olasz, gasztroenterológiai problémával élő, belgyógyászati járóbetegekből álló mintájának eredményei rámutattak, hogy ezen betegcsoport 27%-a a mérés időpontjában a depresszió jeleit mutatta, továbbá az aktuális állapothoz kapcsolódó szorongás (84%) és az általánosan jellemző vonásszorongás (67%) jelenléte is igen nagy arányban jellemezte e betegcsoportot. A tanulmányokban szintén visszatérően felbukkanó probléma a jelentősen csökkent életminőség a belgyógyászati betegek körében (Knowles et al., 2018; Maity & Thomas, 2007; Martínez-Martinez et al., 2019).

A belgyógyászati betegségeken belül is gyakran találkozunk krónikus állapotokkal. A betegség történet során pszichológiai támogatást a páciensek sok esetben csak a tercier prevenció keretében, a diagnózist követően kapnak. Ennek szükségességére a betegség kapcsán felmerülő nehézségek, kimerülés, csökkent együttműködés vagy fokozódó pszichés nehézségek miatt figyelhet fel a kezelőszemélyzet vagy a páciens. Pszichoszociális szempontból számos tünet/probléma jelenhet meg, például érzelmi egyensúly változást élhetnek meg a betegségben szenvedők, amely a bejósolhatatlanság, fenyegetettség érzésén keresztül éreztetheti a hatását. A közérzet, testi integritás változása a korlátozottság érzését erősítheti, valamint a beteg önmagáról kialakított képe is veszélybe kerülhet, kontrollvesztést, autonómia- és testséma változást előidézve (Knowles et al., 2018). A szociális szerepek bizonytalansága, környezetváltozások (hospitalizáció) szintén hatással vannak a lelkiállapokra. Mindezek mellett az élet fenyegetettsége is megjelenhet, a beteg halmozódó veszteségeket, akut vagy krónikus progressziót tapasztalhat meg a betegség folyamatában (Heim, 1998, idézi Tiringier et al., 2014). A tercier prevenció során az egészségpszichológiai munka főbb céljai közé tartozik a pszichés terheltség megelőzése, a betegség hatásainak kezelése és a pszichés státusz romlásának lassítása is (Dudley-Brown, 2002).

A biopszichoszociális szemlélet keretein belül egyre fokozottabb figyelem irányul az egészségpszichológiai támogatás lehetőségeinek felhasználására. A multidiszciplináris szemlélet a pszichológiai munka fontosságát is beemelte a csoportmunkába, ami jelentős előnyöket jelent mind az ellátás minőségének támogatása, mind a szakmák közötti interakciók elmélyítése szempontjából (Wade & Halligen, 2017).

2. A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK (IBD) ÉS AZ IRRITÁBILIS BÉL SZINDRÓMA (IBS) JELLEMZŐI

A fejezet következő szakaszaiban az alsó tápcsatorna rendellenességei közül két igen nagy megjelenési gyakoriságú és az egészségpszichológiai munka során gyakran fókuszba kerülő állapotra térünk ki részletesebben, *az irritabilis bél szindrómára (IBS)* és *a gyulladós bélbetegségekre (IBD)*. Ez utóbbiról a későbbi esetbemutató még szemléletesebb képet fog festeni.

Az *irritábilis bél szindróma* egy olyan krónikus lefolyású gasztroenterológiai állapot, amelynél pszichés és szociális faktorok is jelentős szerepet játszanak a betegség kialakulásában és lefolyásában. A kórkép a tápcsatorna funkcionális betegségeinek elsődleges csoportjába tartozik; vezető tünetei a hasi fájdalom vagy kényelmetlenség érzés, amelyek mértéke és helye változó lehet, továbbá gyakran jár a széklet habitus megváltozásával is (Wittmann, 2010). Az összetett kölcsönhatások az agy-bél tengelyen keresztül megváltoztathatják az emésztőrendszer működését, amely visszahat a központi folyamatokra is (Sarkar et al., 2018). Ezáltal befolyásolják a klinikai tüneteket és a szubjektív életminőséget (Van Oudenhove et al., 2016).

A betegség magas előfordulással jár, a teljes népesség kb. 20%-nál fordul elő (Gwee et al., 2010). Általában fiatal felnőtt korban diagnosztizálják, és nők körében magasabb az előfordulása, mint férfiak esetén. A betegek szubjektív életminősége nagymértékben elmarad az átlag populációban tapasztaltaktól (Cassar et al., 2020; Drossman, 2016; El-Serag et al., 2002).

Az IBS-t befolyásoló pszichológiai faktorok közül a *katasztrofizáció és a szomatizáció* vannak leginkább hatással a súlyosságára. Ezen felül a szomatizáció a kezelés hatékonyságára, kimenetelére és a betegség észlelésre is hatással lehet (Surdea-Blaga et al., 2016). A szomatizáció jelensége megfogalmazható úgy, mint a patológiai vizsgálatok által meg nem erősített szomatikus tünet és distressz megélésének és kommunikálásának a tendenciája, fizikai betegséggént való azonosítása és orvosi segítségkérés (Lipowski, 1988). A katasztrofizáció pedig egy túlzott, negatív irányú mentális beállítódást jelent, amely az elővételezett vagy reális fájdalomélmény hatására aktivizálódhat, fokozva ezáltal a szorongást, amely a fájdalomérzékenységre is fokozottan hat (Sullivan et al., 2011, idézi Tsui et al., 2012).

Wang és munkatársai (2015) a betegek szorongásszintjét, depresszív tüneteit és életminőségét vizsgálták, valamint egy edukációs programban is részt vettek a betegek és az orvosok. Eredményeik szerint a komplex szűrő, edukációs és intervenció programok javíthatják a páciensek betegséggel kapcsolatos életminőségét. A pszichoedukáció mellett az olyan pszichológiai intervenciók mint a kognitív viselkedésterápia, a relaxáció vagy az érzelmi tudatosság tréning életminőségre gyakorolt pozitív hatását több vizsgálat igazolta (Park et al., 2014; Surdea-Blaga et al., 2016; Thakur et al., 2017; van der Veek et al., 2007).

A *gyulladásos bélbetegségek* (IBD) /colitis ulcerosa (CU) és a Crohn-betegség (CD)/ multifaktoriális eredetű immunmediált gyulladásos állapotok, melyek elsősorban a bélszöveteket érintik. A betegség megjelenése leginkább 20–40 éves korra tehető, de bármely életkorban előfordulhat. Jelenleg oki terápia nem ismert, de a tünetek hatékonyan csökkenthetők a rendelkezésre álló terápiák segítségével (Miheller et al., 2009; Nagy, 2010). Az IBD kóroka és kóreredete széleskörű kutatások tárgya. Jelenlegi tudásunk szerint a betegség kialakulásához genetikai hajlam, környezeti tényezők és nyálkahártya-eltérés

szükségesek (Nagy, 2010). Az újabb tanulmányok kifejtik, hogy az agy-bél tengely szerepe kulcsfontosságú a patogenezis szempontjából IBD-ben (Bonaz & Bernstein, 2013).

A colitis ulcerosa (UC) a vastagbél nyálkahártyájának visszatérő gyulladása, amely kezdetben általában csak a vastagbél distalis területét érinti, míg a Crohn-betegség (CD) az emésztőrendszer bármely szakaszán kialakulhat. Megjelenhet csak a vékonybélben (30–40%), csak a vastagbélben (15–25%) és érintheti mindkettőt is (40–55%) (Nagy, 2010). A későbbiekben egy CD diagnózisú férfi esetén keresztül kerül részletesebb bemutatásra ez az állapot. A különböző országokban az IBD előfordulási gyakorisága 3–15 ezer / 100 ezer lakos; Magyarországon (Veszprém megyei adatok alapján) a CD incidenciája 1978 és 2003 között tizenegyszeresére (0,41-ről 4,68 ezer / 100 ezer főre), az UC incidenciája pedig hatszorosára növekedett (1,66-ről 11,01 ezer / 100 ezer főre) (Nagy, 2010).

IBD páciensek körében magasabb arányban fordul elő fokozott mértékű pszichológiai distressz, átlagosnál magasabb szintű szorongás, depresszió/ depresszív tünetek és egyéb pszichiátriai zavarok. Mindezek következtében az életminőségük az átlagosnál alacsonyabb szintű, és egy metaanalízis eredményei szerint az öngyilkosság szempontjából is emelkedett rizikójú ez a betegcsoport (Bernstein et al., 2019; Navabi et al., 2018; Neuendorf et al., 2016; Stapersma et al., 2018; Zhang et al., 2018).

Több tanulmány szerint az IBD páciensek körében a depresszió megjelenési gyakorisága akár a 15–30%-ot is elérheti. A szorongás tekintetében a szakirodalmi eredmények diverzebbek, 15–35% közt mozoghat a gyakoriság, ugyanakkor van tanulmány, mely tünete súlyosbodás / relapszus esetén 80%-ról is beszámol (Neuendorf et al., 2016; Nowakowski et al., 2016). Walker és munkatársai (2008) eredményei szerint egyéb pszichiátriai zavarok tekintetében a szociális szorongás és a bipoláris zavar jelentősen alacsonyabb volt IBD páciensek körében, mint a kontroll csoport körében (6% vs. 11%). A pánikbetegség (8,0% vs. 4,7%) és a pánik nélküli agorafóbia nem különbözött szignifikánsan (1,1% vs. 0,6%), viszont a súlyos depresszió előfordulása jelentősen magasabb volt az IBD páciensek körében (27% vs. 12%). Összehasonlítva az egész életen át tartó szorongással vagy hangulati zavarral rendelkező és anélkül élő IBD-s válaszadókat, a rendellenesség(ek)ben szenvedők alacsonyabb életminőségről és a betegség tüneteinek korábbi megjelenéséről számolnak be (Nowakowski et al., 2016; Walker et al., 2008).

A stressz, depresszió, szorongás és egyéb pszichiátriai zavarok egyszerre jelennek meg mint ok és okozat, jelenlétük befolyásolhatja a betegség későbbi fellángolását, lefolyását és a szükséges egészségügyi kezelések és erőforrások igénybevételének mennyiségét (Bannaga & Selinger, 2015; Graff et al., 2009; Keefer & Kane, 2017; Navabi et al., 2018). A kapcsolat tehát például a depresszió és az IBD között kétirányú: a gyulladással járó folyamatok a depresszív tünetek súlyosbodásához is vezethetnek és fordítva, tehát a depresszió is hathat a gyulladásra, annak kialakulására vagy romlására (Gracie et al., 2018; Keefer & Kane, 2017).

Az említett pszichés problémák megjelenésére több tényező hatással lehet, mint például a betegség aktív fázisa, amely jelentős kockázati / hajlamosító tényező lehet az IBD páciensek alacsonyabb életminősége, szorongás- és depresszió szintjére is. További faktorok a betegség „agresszivitása”, a külső megjelenés megváltozása, a műtétek szükségessége, a hospitalizáció, valamint a dohányzás és a nem (a nők hajlamosabbak a pszichés tünetekre, ám a férfiak gyakran nem diagnosztizáltak) (Ananthakrishnan et al., 2013; Iglesias-Rey et al., 2014; Knowles et al., 2018; Lewis et al., 2019; Navabi et al., 2018; Nowakowski et al., 2016).

A fentiekben elemzett tényezők mellett a betegség megjelenési formája vagy típusa is befolyásoló tényező lehet. CD esetén a depresszió, szorongás és életminőség tekintetében rosszabb értékek jelenhetnek meg, mint UC esetén az olyan nagyobb gyakorisággal jelenlévő betegséggel kapcsolatos stresszorok miatt, mint a hospitalizáció és a vizsgáló vagy terápiás eljárások típusai (gyógyszeres vagy sebészeti) (Knowles et al., 2018; Navabi et al., 2018). Ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy más vizsgálatok cáfolják a két típus közötti jelentősebb különbségek meglétét (Graff et al., 2009; Nowakowski et al., 2016).

Hazánkban zajló kutatás eredményei is alátámasztották, hogy a nem béleredetű tünetek és az érzelmi problémák zavarják leginkább az IBD pácienseket, továbbá a szociális kapcsolatok nehezítettsége (párkapcsolati problémák, munkahelyi nehézségek) is kiemelkedő problémát képez esetükben. Mind a szubjektív jóllét alacsonyabb foka, mind a betegségteher jelentős mértékben jelen van hazánkban is ebben a populációban (Nagy & Majer, 2012).

Szintén Magyarországon Kovács és Kovács (2007) hasonlították össze IBS, IBD és egy egészséges kontroll csoport pszichoszociális jellemzőit. Eredményeik szerint nincs jelentős különbség a csoportok között a stresszes életesemények és a szociális támogatottság vonatkozásában, ám a páciensek csoportjaiban magasabbak voltak a depressziós és szorongásos tünetek. IBS esetén pedig, IBD-vel összehasonlítva, magasabb a depresszió és a diszfunkcionális attitűd értékekkel rendelkezők aránya (Beck modellje szerint ez patológiás feltevések és következtetések formájában jelenik meg).

A gyulladással járó bélbetegséggel élők betegségpercepciójának megismerése lényeges információkat szolgáltat a kezelőknek, mivel ez a kognitív konstrukció hatással van az egészségmagatartásra és a megküzdési mechanizmusok kiválasztására is (DeJong et al., 2012). Leventhal és munkatársai (1997) nevéhez fűződik a betegségpercepció fogalma, amely szerint egy olyan kognitív reprezentációról van szó, amit a beteg a betegség értelmezése érdekében alakít ki. A betegségpercepció az Önszabályozási Modell szerint öt dimenzióra bontható: identitás, idő, ok, következmény és gyógyíthatóság (Cameron & Leventhal, 2003). Rochelle és Fidler (2013) kutatási eredményei szerint a betegség tartóságának hite magasabb depressziós értékkel és az érzelemkifejezés emelkedett mértékével járt együtt. Ezzel szemben a betegség felett érzett vagy a kezeléshez kapcsolódó kontroll érzés növelte az életminőséget. Továbbá, azok az IBD-s betegek,

akik betegségük kapcsán súlyos következményeket feltételeztek, magasabb szorongást mutattak, a szociális funkciók terén is hátrányt tapasztaltak és alacsonyabb szubjektív életminőségről számoltak be. Végül, a megküzdés tekintetében is gyakrabban mutattak maladaptív megküzdési módokat.

McCombie és munkatársai (2013) áttekintő közleményükben a gyulladással járó bélbetegségek megküzdését vizsgálták. Megállapításaik szerint a bélbetegségek más felnőttekhez képest több megküzdési módot használnak, és azok közül is az érzelemlátványosságuk emelkednek ki, ami akár kedvezőtlenebb pszichológiai következményekkel is járhat.

Ahogy korábban említettük, a betegség súlyosságába vetett hit is előhívhatja a maladaptívabb megküzdési módokat. Az elkerülő megküzdés például gyakoribb relapszusban, súlyos esetekben pedig a katasztrófizáció is, amely fontos bejósolója lehet negatív pszichológiai kimeneteknek. A betegség súlyossága, a megküzdés és pszichológiai distressz közötti összefüggések bemutatása két modellel is lehetséges. Az első szerint a súlyosabb betegségkép egymástól függetlenül vezet pszichés problémákhoz és maladaptív megküzdéshez. A második szerint a betegség súlyossága nem vezethet önmagában rosszabb pszichológiai következményekhez, mivel a megküzdés befolyásolja ezt a kapcsolatot. Például egy IBD-s személy, aki relaxációs technikákat alkalmaz a betegségének aktív időszakában, kevesebb pszichés distresszt élhet át. Ha a második modell igaz, akkor a megküzdést célzó pszichológiai intervenciók hatékonyak lehetnek a betegek támogatása során (McCombie et al., 2013).

A betegség észlelt kontrollálhatósága is magyarázhatja a betegség aktivitása és a megküzdés közötti összefüggést: remisszióban jobban kontrollálhatónak tekinthető a betegség, mint a fellángolások során, és a kontrollálható helyzetek inkább a problémafókuszú megküzdést részesítik előnyben, míg a bizonytalanabb helyzetek az érzelemlátványosságú megküzdést támogatják. A betegség felett észlelt fokozott kontrollérzet tehát több problémafókuszú megküzdést jelenthet, míg az észlelt kontrollálhatatlanság érzelemlátványosságú megküzdést hívhat elő. A problémafókuszú megküzdés relapszus idején kevésbé lehet előnyös. Ilyenkor alternatív gyógyszerekkel vagy speciális étrenddel próbálhatják „gyógyítani” súlyos IBD-jüket a betegek, és ha ez nem hoz megfelelő eredményt, csalódottság, reménytelenség és depresszió is előfordulhat. Ezért, ellentétben azzal az elterjedt nézettel, miszerint a problémaközpontú megküzdés alapvetően jobb, a megküzdés rugalmassága ennél fontosabb és adaptívabb lehet. Ez a későbbi intervenciók stratégiáira is hatással lehet (McCombie et al., 2013).

Moradkhani és munkatársai (2011) eredményei szerint a páciensek gyulladással járó bélbetegségről szerzett szélesebb körű ismeretei adaptívabb megküzdési stratégiák alkalmazásához kapcsolódhatnak, így a betegoktatás/edukáció biztosítása javíthatja a megküzdést ebben a populációban. Az IBD ismeretek mértékével együttjáró adaptív megküzdés típusai (Carver, 1989, 1977) mérőeszköze szerint a következők voltak: (1) aktív megküzdés, amely egyfajta problémaközpontú megküzdési folyamat, amely során az egyén aktív lépéseket tesz egy stresszor eltávolítására vagy hatásainak enyhítésére. (2)

A tervezés szintén problémaközpontú megküzdési stratégia, amely magában foglalja a stresszorról való megbirkózáson való gondolkodást, cselekvési stratégiák kidolgozását, továbbá hogy milyen lépéseket tegyen az egyén és hogyan kezelje a legjobban a problémát. (3) Az instrumentális támogatás, amely szintén problémaközpontú megküzdés, ahol az egyének társas támogatást keresnek tanácsadás, segítség vagy információ formájában. (4) Végül az érzelmi támogatás, mely az érzelmközpontú megküzdés egyik típusa, amikor érzelmi igény alapján, erkölcsi támogatás, szimpátia vagy megértés formájában keresnek társas támogatást.

Mindezek alapján kijelenthető, hogy az IBD a diagnosztól kezdve élethosszig hatással lehet a betegek fizikális és pszichés egészségi állapotára és életminőségére. A betegség lokalizációja, lefolyása, a bélen kívüli tünetek előfordulása, a betegség diagnosztika és az utánkövetés során használt vizsgálóeljárások (endoszkópia), a kezelési, terápiás formák, kórházi tartózkodások és egyes esetekben a sebészeti beavatkozások mind jelentős mértékben érintik a betegek fizikai, pszichológiai és szociális állapotát, megélt életminőségét.

Long és munkatársai (2014) megalkották a gyulladással járó bélbetegség biopszichoszociális modelljét, amely a betegség prognózisának legfontosabb tényezőit emeli ki a terápia szempontjából. A modell a biomedikális szemléleten túlmutat, egységében, komplexen tekint a betegre, és megjelenik benne a pszichológiai tényezők szerepe is. Hangsúlyozzák, hogy a pszichés faktoroknak hatása lehet az orvosi kezelésre és közvetlenül a betegség kimenetelére is. A rosszabb pszichés állapot a tünetek súlyosbodását, aktivitásuk fokozódását és a megélt életminőség romlását eredményezheti.

A fentebb összefoglalt okokból kifolyólag a pszichológiai szűrés és ellátás szükséges IBD páciensek számára, és a közelmúlt kutatási eredményei azt mutatják, hogy a páciensek nyitottak is rá (68%), különösen, ha az a szakorvosi ellátás mellett a klinikai munkába integráltan jelenik meg (Lewis et al., 2019; Lores et al., 2019). A pszichológiai intervenciók igazoltan csökkenthetik a pszichés distressz, szorongás és depresszió szintjét, illetve fejleszthetik a mentális egészséggel kapcsolatos és a teljes életminőséget is (Graff et al., 2009; Lores et al., 2019). Egy nemrégiben végzett metaanalízis kimutatta, hogy a pszichológiai terápiák, beleértve a kognitív viselkedésterápiát, jótékony hatással lehetnek a depresszív tünetekre és az életminőségre IBD-ben szenvedő betegeknél, továbbá az antidepresszánsok alkalmazása is eredményes lehet (Gracie et al., 2017).

3. ESETBEMUTATÁS

Egy Crohn-beteg férfi esetén keresztül mutatjuk be a krónikus gasztroenterológiai betegségek kapcsán felmerülő lelki folyamatok alakulását és a rendelkezésre álló egészségpszichológiai intervenciók lehetőségeit. Az eset bemutatásához a páciens a tájékoztatás után írásos beleegyezést adott.

A gyulladással járó bélbetegségekben sok hasonlóság van mind a betegség tüneteivel, lefolyásával, mind a kezelés szempontjából. Mégis számos különbséget is azonosíthatunk. A

Crohn-betegség az egész tápcsatornát érintheti, a szájüregtől a végbélig, de leggyakrabban a vékonybél és a vastagbél érintettsége mutatkozik. Az emésztőrendszerben ép és gyulladt bélszakaszok váltják egymást, és a betegség a nyálkahártya minden rétegére kiterjed. Legjellemzőbb tünetei közé tartozik a hasi fájdalom, fogyás, hasmenés és a láz. A betegség szövődményeként szűkületek, összenövéses és sipolyok (fisztulák) alakulhatnak ki. Bélen kívüli szövődmények közül leggyakrabban máj, szem és bőr tünetek jelentkeznek. A betegség során a tünetek kezelése érdekében gyakran sebészeti beavatkozásokra is szükség van. A betegeknek élethosszig tartóan orvosi kontrollra van szükségük a visszaesések megelőzése és kezelése érdekében (Kovács & Lakatos, 2018).

3.1. KAPCSOLATFELVÉTEL, ELSŐ TALÁLKOZÁS

A páciens (Tamás) egyéni motivációja alapján merült fel a pszichológiai segítség igénybevétele az aktuális betegségfolyamat okozta megterhelések csökkentése érdekében. Az első találkozás előre egyeztetett időpontban zajlott, járóbeteg ellátás keretében. Tamás pontosan érkezett.

Magas, vékony fiatalember, koránál valamivel idősebb benyomást kelt. Beszéde dinamikus, nyitottan, rendezetten beszél, évek elteltével a betegségben már rutinszerűen adja elő panaszait. Tekintete nyílt és őszinte, magas intellektusú, barátságos és közvetlen benyomást kelt megjelenése. Negyvenes éveinek elején jár.

Húsz éve tartó betegség-folyamata zajlik. Ahogyan megfogalmazta az első találkozás során „nagy a káosz, a rendezetlenség és a szorongás” benne. Az első évek egészségügyi kihívásai után egy hosszabb remisszió következett, de az utóbbi években folyamatosan újra aktívvá vált a betegség, és további egészségügyi problémák következtek. Fokozott igénybevételt jelent számára az állapottal való megküzdés a mindennapokban, amely már az élet minden területére kiterjedt és jelentősen korlátozza. Egyre gyakrabban jelentek meg egészséggel és jövővel kapcsolatos félelmek, szorongások. Az IBD mellé az utóbbi években reumás panaszok, daganatos folyamat, lupus (szisztémás lupus eritematózusz, SLE) és reflux is társult.

A terápiás konzultációra való jelentkezésének okai között említi a fáradtságot, a funkcionális romlását, illetve a kétségeit a jövővel és egészségi állapotának alakulásával kapcsolatban. Témaként a fájdalom tolerancia csökkenése, az alvásminőség romlása, az étkezés nehézségei és a betegszerep jelenik meg, úgy érzi „elhasználódott a teste”, nehezen szolgálja őt. Kudarcként éli meg a saját testhez való viszonyának változásait.

3.2. CSALÁDI ANAMNÉZIS

Származási családjához édesanyja, édesapja és bátyja tartozik. Születésének körülményeiről elmondja, hogy stabil, rendezett családi háttérbe érkezett, vidéki dolgozó szülők második gyermekeként, egy héttel a várt időpont előtt. Szülei nem terveztek második gyermeket, de később mégis a gyermekvállalás mellett döntöttek. Az elsőszülött fiú

után lányra számítottak, de örömmel fogadták Tamás érkezését. Csecsemőkorában néhány alkalommal kórházba került, pontosan nem tudja, mi volt az oka. Óvodás éveit kifejezetten szerette, három évet járt óvodába. Már kisiskolás korában megmutatkozott érdeklődése a tanulás iránt, bátyja könyveit olvasta, szeretett tanulni. Serdülőkorában már a kortárs kapcsolatok iránti érdeklődése is megnőtt, érdemjegyei egy keveset romlottak. Az érettségi időszakáig egyáltalán nem volt jellemző, hogy megbetegedett volna, néhány megfázáson kívül nem emlékszik jelentősebb betegségekre, balesetekre.

Édesanyját túlvédő, túlvívó jellemnek írja le, édesapjával lazább, kiegyensúlyozottabb kapcsolatot ápol. Testvérével kevésbé szoros, de jónak minősíthető kapcsolatot tart fenn. Első párkapcsolata is a középiskola végére tehető. Érettségi után főiskolára ment, ahol agrármérnöki képezést szerzett. A főiskola első évében manifesztrálódott a betegsége, kórházba került és életmentő műtétet végeztek rajta. Halasztani kényszerült egy félévet, de a következő vizsgaidőszakot sikeresen vette. Párkapcsolata viszont nem bírta el a komoly betegség terhét, ezért szétválással végződött. Ebben az időszakban még két-három rövidebb kapcsolata volt, de a betegség terheit egyik sem bírta ki hosszabb távon.

A képzés befejezése után nehezen talált munkát, betegsége is folyamatosan orvosi kezeléseket igényelt. Húszas évei közepén jelentkezett egy állásra, ahová fel is vették. A szakma iránti szeretete, elkötelezettsége és tudása az itt töltött évek alatt alakult ki. Mentorai támogató, ösztönző hatással voltak rá. Fizikai állapotának javulása, valamint a munkában szerzett sikerei is pozitívan hatottak önbizalmára. A munka az identitásának fontos része volt, vágyott tevékenység, ami az önbizalom és önértékelés forrásként jelent meg. Ez a munkahely fordulópontot jelentett számára, elköltözött otthonról, és úgy érezte, kezébe vette az életét. Értelmes és számára fontos feladatokkal teli, tanulási és fejlődési szempontból is fontos időszaknak írja le életének ezen részét. Szerepeiben (férfi, aktív munkavállaló, sikeres szakember, családfenntartó) is elégedettséget tapasztalt. A betegség mellett is folyamatosan önállósodni szeretett volna. Ezen időszak alatt ismerkedett meg jelenlegi párjával, feleségével. Legfontosabb támogató kapcsolatként a házastársát és néhány barátot említi.

3.3. BETEGSÉGTÖRTÉNET

A betegségtörténet feltárása során a keserűség érzése, humor, önirónia eszközei is megmutatkoztak beszámolójában. Crohn-betegsége kezdete óta a tünetek fellángolása és kezelése kapcsán számos műtéti beavatkozáson esett át, valamint az elmúlt években gyakoriak voltak a terápia-váltások is.

A korábban említettek szerint gyerekkorában nem volt beteges, a főiskola első évéig nem volt ismerős számára a betegszerep. A betegség főbb fordulópontjai közül három időszak emelkedik ki:

1. Tizenkilenc éves korában a betegség kezdete, amikor már a kórházba kerülés során életmentő műtéti beavatkozásra volt szükség. Ekkor két hónapot töltött kórházban. A hirtelen betegségkezdés és romlás, a fogyás, a műtét és az érzelmi megterhelés is fokozta

ebben az időszakban a megrázó élményekkel való szembesülést. A posztoperatív időszak kihívásai számos új és megrendítő tapasztalatot eredményeztek számára.

2. Ezután az időszak után egy hosszabb, de gyakori orvosi kontrollal tűzdelt nyugalmi időszak következett. A remisszió időszakában aktív munkával és ehhez kapcsolódóan sikerekkel, elismerésekkel zajló évek kezdődtek, amelyben meg tudja élni a betegség mellett is produktivitását.

3. Néhány évvel ezelőtt viszont újabb hirtelen visszaesés, folyamatos relapszus kezdődött. Egy szubileus (részleges bélelzáródás) kialakulása után ismételt kórházi felvétel következett. Újabb műtéti beavatkozás zajlott, és reumatológiai érintettség, autoimmun folyamat (SLE) gyanúja is felmerült. A műtét után ideiglenes sztómát kapott, ezt néhány hónap után zárták vissza. Később a kivett bélszakaszból vett mintán daganatos elváltozást fedeztek fel, de az akkori terápia kizárta az onkológiai kezelést. A vizsgálatok szerint nem maradt bent daganatos szövet. Ekkor már erős fájdalmak jelentek meg, ami neurológiai és pszichiátriai konzultációt tett szükségessé a fájdalom és a hozzá kapcsolódó félelmek enyhítése érdekében. A Crohn-betegségre biológiai terápiát kapott, amely bizonyos időszakonként szteroid kezeléssel is kiegészült a gyulladáscsökkentő mérseklése érdekében. A betegség folyamatos aktivitásban volt ezután, hosszabb-rövidebb időre sikerült viszonylagos egyensúlyban tartani. Öt évvel ezelőtt szívműtéten is átesett, a probléma a lupusszal összefüggésben alakulhatott ki. Ekkor már fizikai teljesítőképessége határait érte. Még egy kevés ideig próbálkozott a munkával, csökkentett munkaidőben is tevékenykedett, de aztán orvosai utasítására felhagyott az aktív munkavégzéssel. Ez jelentős törést okozott számára. Negatív érzések, frusztráció, hiány, csalódottság jelent meg, mivel betegségmagatartása, adherenciája és öngondoskodása véleménye szerint megfelelő mértékű és reális volt, nem hanyagolta el a betegségét és a kezeléseket sem.

Égészségügyi kezelése jelenleg is több vonalon halad párhuzamosan. Ennek központi eleme a gasztroenterológiai gondozás, de a szisztémás tünetek miatt reumatológiai és neurológiai kontroll vizsgálatokra is rendszeresen jár.

Testével kapcsolatban leginkább az alacsony testsúly, fogyás, a gyakori és hosszantartó fájdalmak, a gyógyszer mellékhatások és a hangulati változások viselik meg. A fizikai romlás, a folyamatos progresszió lelkileg is fokozott igénybevételt jelent. A napi-rutin megváltozása és az új rendszerhez történő adaptálódás is jelentős stresszforrásként manifesztálódik. A betegség jelenlegi fázisában Tamás a terápiája során immunszuppresszáns kezelést és gyulladáscsökkentőt kap (szteroid), valamint fájdalomcsillapítót és szorongáscsökkentőt is szed a panaszaitól, állapotától függően.

3.4. AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI KONZULTÁCIÓK FOLYAMATA

Tamással 12 alkalommal találkoztunk, amelyben egyaránt voltak személyes és online találkozások is. Az első interjú alkalmával az ismerkedés és a keretek részletes áttekintése zajlott, melyet a megkeresés indokainak és a betegségtörténet folyamatának feltárása követett. Ezután az ülések céljának meghatározása, igényeinek megfogalmazása és a kere-

tek kialakítása mentén haladtunk tovább. Célként az alvásminőség és az étkezési szokások javítását, a betegséggel kapcsolatos félelmei mélyebb megértését és a megváltozott élethelyzethez (aktív munkaképesség elvesztése) való hatékonyabb alkalmazkodást, az izoláció oldását tűzte ki. Ehhez kapcsolódóan további céljai, jövővel kapcsolatos elvárásai is megjelentek: hosszú távon fejlesztendő területként jelölte meg a vitalitás fenntartását, a testi erő fokozását és a lelki egyensúly kialakítását és fenntartását.

Az alvásminőség támogatása érdekében már a terápiás konzultációk kezdetén az *alváshigiéniés szokások áttekintése és pszichoedukáció* történt. Az alvásminőség monitorozása érdekében *alvásnapló vezetését* is beépítettük, mely által a maladaptív szokásokat, az éjjel tapasztalt fájdalom folyamatába való betekintést és a személyes benyomásokat, valamint az ébren töltött idő mértékét tudtuk nyomon követni és korrigálni. Emellett relaxációs technikát (*progresszív izomrelaxáció*) is elsajátított a pszichés egyensúlyra való törekvés támogatása, az alvásminőség további javítása és a fájdalomélmény mértékének csökkentése érdekében. Tamás mind az alvásnapló vezetését, mind a relaxációs gyakorlatok kipróbálását nyitottan fogadta, és érdeklődően tekintett az új készségek elsajátítására. Füzetet vett a gyakorlás során megélt tapasztalatok leírása és az alvás monitorozása érdekében. Motivációját jelezte, hogy minden ülés előtt elküldte az előző heti adatait, amivel kapcsolatban felmerülő kérdéseit és tapasztalatát is rendszeresen meg tudtuk beszélni. Az önmonitorozás és a folyamatos visszajelzések segítettek neki az észlelt kontroll érzetét erősíteni, amihez később *gondolatnapló írása* is csatlakozott. Így a gondolatok, érzések és testi érzetek, valamint a viselkedés közötti kapcsolatok megértése tovább mélyítette saját magával kapcsolatos élményeit, tudását. A leírt terápiás technikák alkalmazása a kapcsolat aktív szakaszában folyamatosan bontakozott ki, az egyes lépéseket edukáció és monitorozás követte.

Tamás néhány hét után már magabiztosan alkalmazta az újonnan kialakított készségeket, beépítette mindennapjaiba a progresszív izomrelaxációs technikát és az alvással kapcsolatban is megfigyelte a fájdalomcsillapító igényének, az időjárás változásainak és alvási szokásainak együttljárását.

Az otthon töltött időszakhoz kialakított napi rutint most még tudatosabban kezdte használni. Az ébredés, a lefekvés és a napi teendők elosztására törekedett, ami szorongást mérséklő hatásúnak bizonyult, még a járványhelyzet okozta izoláció ellenére is. Szervezettsége, precizitása jelentős előnyt jelentett a napirend és a feladatok hatékony végrehajtása terén, bár korábbi életszakaszaiban a perfekcionizmus a látható előnyök mellett túlzott teljesítményre is készítette Tamást. Emiatt a betegség fizikailag nehezebb időszakában is több energiát emésztett fel, mint amennyi rendelkezésére állt.

Szerepeinek jelentős mértékű változásai miatt időnként mégis kiszolgáltatottnak, csalódottnak érezte magát, a fizikai fájdalommal teli napokon hangulata is jelentős mértékben romlott, gyakran volt elcsüggedt, fáradt. A hangulati állapotot és a betegség okozta terheket a terápiás folyamat kezdetén *önjellemező kérdőívek* segítségével is felmértük. A depresszív tüneteket a Patients' Health Questionnaire (PHQ-9) kérdőívvel

(Kroenke et al., 2001,2002), a szorongást a Spielberger Vonás- és állapotszorongás kérdőívvel (STAI) értékeltük (Spielberger et al., 1970; Sipos et al., 1983). A betegség okozta terhek feltárása a Betegségteher Index (Devins et al., 1993; Novak et al., 2005) segítségével és a Rövid életminőség kérdőív Gyulladásos bélbetegek részére (SIBDQ) kifejlesztett mérőeszközével történt (Irvine et al., 1996; Újszászy & Horváth, 2011). Mind a szorongás, mind a depresszió esetén közepes mértéket jelző tartományban helyezkedtek el az értékek, amit a személyes benyomásom és a kliens által elhangzottak is megerősítettek. A betegségteher a legtöbb területet jelentősen befolyásolta, és az életminőség tekintetében is csökkent mértéket jelzett.

A terápiás folyamat kezdete előtt pszichiáter által szorongásoldó indítása történt, ezt időnkénti kontroll alkalmával egyeztették, de a kliens szabályozta ennek mértékét a napi három tablettán belül. Legtöbbször az elalvás könnyítése céljából alkalmazta, valamint akkor, ha napközben elhatalmasodtak rajta a nehéz érzések.

A betegségteher mérésére szolgáló teszten a jelenlegi járványhelyzet okozta hatások is megjelentek, növelve az egyébként is terhelt időszak megpróbáltatásait. Az izolációt nevezte meg kliensem az egyik legnehezebben elviselhető tehernek az elmúlt időszakban. A betegség miatt megélt életminőség szintje jelentősen elmaradt az elvárttól és kiterjedt az élet csaknem minden területére, hátrányt okozva a mindennapi funkciók terén is.

Az étkezés, aktivitás, társadalmi feladatok, munka, intimitás, anyagi helyzet számos tekintetben átalakult Tamás életében. Az aktív kereső, családfenntartó, pörgős, munkájában örömet lelő ember képe az orvosok által javasolt visszavonulás után drasztikusan megváltozott. Énképének egyik meghatározó pillére volt a munka, amely segített ellensúlyozni a testkép betegségéből adódó változásait, például amikor egy-egy aktív időszakban nagyon lefogyott, vagy amikor ideiglenes sztómát kellett viselnie.

Megküzdési módjait aktív, produktív időszakában a problémacentrikusság és célorientált hozzáállás, kitartás, erő határozta meg. A fizikai megpróbáltatások során viszont ezek a készségek már sok esetben nem bizonyultak hatékonyak. Ekkor hatalmasodott el Tamáson is a kétségbeesés, a félelem a jövőtől és a harag, valamint a tehetetlenség. A felszívódási zavar miatt testképe romlott, étvágya jelentősen csökkent és a különböző tápszerez kiegészítés sem mutatkozott hatékonyak. (Ezt gyakran nehezen tolerálják a páciensek még akkor is, ha számos előnye ismert.) A betegek jelentős részénél, így Tamásnál is a táplálékbevitel iránti érdeklődés csökkenése volt megfigyelhető, többek között a társuló fájdalom, felszívódási nehezítettség, émelygés, hasi görcsök, gyakori székletszám és a nem kielégítő kulináris élmény miatt.

Tamás esetében az étkezési szokások áttekintése, az étkezéshez kapcsolódó gondolatok, érzések feltárása és a rendelkezésre álló lehetőségek, alternatívák tudatosítása és az étkezés napi rutinba való beillesztése, tervezése fokozta az étvágyát, és már néhány örömteli pillanatot is ki tudott emelni, valamint testtömeg gyarapodást is megfigyelt a későbbiekben, ami a motiváció fenntartását eredményezte.

Környezetének reakciói ellentmondásosak voltak számára, gyakran tapasztalt sajnálatot, szánakozást, de türelmetlenséget is, ha problémái, testi egészsége került a beszélgetés fókuszába. A mások általi megbélyegzettség és a negatív visszajelzések miatt visszahúzódóvá vált. Kiszolgáltatottság, fokozott reaktivitás jelent meg mások véleményével kapcsolatban. Az ellentmondásos érzések terén meg nem értettséget említett, de ez viaskodott benne azzal, hogy nem szerette volna, ha mások sajnálkozva tekintenének rá. Úgy érezte, hogy gyakran olyan helyzetben tört ki belőle a harag, keserűség, amikor azok voltak mellette, akik a legközelebb állnak hozzá. A harag és a frusztráció gyakori érzések voltak nála, tehermentesíteni szerette volna magát, és nem szeretett volna a család számára sem nehézséget okozni. Uralkodó érzések terén az interperszonális kapcsolatokban a szégyent, a kétélyt, a bizonytalanságot, a feszültséget és a félelmet jelölte meg. Saját magához való viszonyát a keménység – nem akar önsajnálatba süllyedni, „nem lehetek gyenge”, fegyelem hangsúlyozása – jellemezte. Gyakori volt a magával szembeni kritika és bírálat is.

Magas szintű motivációval és energiával vett részt a terápiás folyamatban, kiemelkedő volt a közlésvágya az ülések során. Fontosnak tartotta, hogy a szenvedést okozó gondolatokról, a betegségről nyíltan beszélhet, és a mások iránt érzett tapintat és figyelmesség miatt nem szükséges visszafogni magát. (Itt már megjelent a támogató kapcsolat és a biztonságos tér által kínált konténer funkció, a ventilláció támogatása. Az ítélkezés- és kritikamentes légkörben az érzések kifejezésének támogatása és normalizálása növelte a kliens biztonságérzetét.)

Betegségrepresentáció tekintetében a betegség mint veszteség – „*Sok mindent elvett tőlem*” – jelent meg. A veszteség oldalán olyan dolgokat fogalmazott meg, mint az egészség, akadályok a tanulásban, további karrier és fontos kapcsolatok.

Megküzdési repertoárja a helyzet nehézsége ellenére is tartalmazott adaptív módokat. A napi rutint már korábban is tartotta, a betegséggel kapcsolatos teendőket, döntéseket pontosan és az orvossal kooperálva hozta meg, magas adherenciával rendelkezett, és felelősséget vállalt állapotának alakítása, menedzselése mentén. Rendszeresen járt kontroll vizsgálatokra, és megfelelőnek tartotta az orvos–beteg kapcsolat minőségét. Minden egészségével kapcsolatos feladatot gondosan és részletekbe menően megtervezett, felmérte a lehetőségeket, és ahhoz igazította a tennivalók listáját. Ez segítette az alkalmazkodást és bizonyos mértékű kontrollt is teremtett.

Az érzések, kapcsolatok mentén megjelentek *kevésbé adaptív megküzdési módok*, többek között konfliktushelyzetekben *elkerülő* vagy *passzív* megküzdést alkalmazott, valamint *rumináció* is előfordult, főleg az egyedül töltött időszakokban. Ezek növelték az észlelt stressz szubjektív mértékét, és a megterhelések egymásra hatása miatt időnként nagyobb amplitúdóval tört ki belőle a feszültség, mint szerette volna. Ez tovább fokozta feszültségét, ami sok esetben önértékelésének, saját magához való viszonyának romlásához vezetett, valamint interperszonális kapcsolataira is hatással volt, több konfliktust okozott.

Úgy ítéltük meg, hogy *az érzések kifejezése, a gondolatnapló és az adaptív, asszertív kommunikációs technikák* támogatása hosszú távon javíthatja stressz-managementjét, megküzdésének hatékonyságát és társas kapcsolatainak minőségét is. A betegség-folyamat szempontjából a kezelőkkel való kapcsolattartást, adherenciát is fokozhatja ezen készségek fejlesztése. A kezelőkkel való még hatékonyabb kommunikáció által minden egyes kezelt terület összehangolása javulhat, mivel korábban időnként információáramlási problémák nehezítették a kezelési folyamatot. Mostanra a személyes igények még hatékonyabb kifejezése is segítheti ennek fejlődését. Érzelmeinek nyíltabb kifejezése és a gondolatnapló példáin keresztül végigvezetett gondolatok, érzések és saját viselkedésének áttekintése tovább támogatta a betegséggel kapcsolatos aktív cselekvő attitűdjét, betegségmagatartását is. A konzultációs folyamat végére javulás volt tapasztalható a személyes hatékonyság terén ezeken a területeken.

Erőforrásait tekintve a legmeghatározóbb a több mint 10 éve tartó párkapcsolata, amely a betegség időnként embert próbáló terhei alatt is stabilitást, állandóságot és biztonságot jelentett számára. Sorsközösségnek, társnak és támasznak tekintette a párját, kettős szövetség volt a kapcsolatuk. Szociális kapcsolatait tekintve az erőforrások között még két fontos baráti kapcsolat jelent meg, akik az elmúlt években is megmaradtak és minden esetben, helyzetben számíthatott rájuk. Úgy érezte, hogy ők megértéssel fordultak felé, és amikor nem tudott másról beszélni, csak az állapotáról, akkor is meghallgatták.

Emellett a lakóhely és környezete, a csendes, barátságos zöldövezet is nyugtató és inspiráló hatású volt Tamás számára. Továbbá a megnövekedett mennyiségű, egyedül otthon töltött idő alatt hű társa lett a kutyája. Azt mondja, az egyedüllét sok esetben rossz hatással volt rá, negatív gondolatai, érzései gyakran elhatalmasodtak rajta, de amikor kiment az udvarra, és ott ugrált körülötte a kutya, akkor valahogy a legnehezebb helyzetek okozta hatások is el tudtak egy kis időre tompulni.

Legyenügyt szervezete a találkozások idején kevésbé volt alkalmas jelentősebb fizikai aktivitásra, de az étkezése javulása és az izomtömege lassú gyarapodása később segített a kisebb mértékű séták újbóli beiktatására, a családi háza szépítgetése és a ház körüli munkák elvégzése terén is. Ezek által közérzete javult és hangulatingadozásai is mérséklődtek.

Az összes téma közül mégis a betegség a legkiemelkedőbb: hosszú évek óta tartó küzdelemként éli meg, és már a fejlődési lehetőséget is meglátta állapotában. A betegség során átélt és megélt megrázó élményekből való felépülés is segített neki fenntartani belső erejét, kitartását, küzdeni akarását, még akkor is, ha néha elfogyott a lendülete. Az otthonlét erősítette az önmagával való foglalkozást, figyelme befelé irányult, kevés külső ingerrel találkozott. A fájdalomélmény intenzitása gyakran nehezen volt kezelhető, ezáltal erősödött a kontroll-hiány érzése. Hangulati hullámszója szintén enerváltságot hozott magával. Ezek a feszültségek a megélt distressz mértékét a nap végére jelentősen megemelték és az éjszakai pihenésre, aktivitására és a kommunikációjára is negatívan hatottak. Megjelent továbbá a kiszolgáltatottság, kontrollálhatatlanság, ambivalencia érzés a betegszerep, a férfi feladatok és a munka vonatkozásában. Saját igényei és elv-

rásai ezt tovább fokozták. Úgy érezte, hogy betegségtudata időnként elhatalmasodott rajta, és önértékelésére is negatívan hatott a férfi szerepelvárásokban bekövetkezett kudarc: a családban már nem vett részt aktív keresőként, ő volt otthon, és végezte el energiájához mérten a háztartási teendőket. Mindezek integrálása hosszas folyamat volt a terápia során, de céljainak feltárása új szerepében és a felesége irányából érzett támogatás, valamint a korábban megteremtett egzisztencia könnyebbé tette a folyamatot. Pesszimizmusa időnként mégis előjött, többnyire a jövőre vonatkozóan, a testi állapot javulása és a helyzettel való megküzdés hatékonyságának hullámzása miatt. A korábbi munka kapcsán megélt büszkeséget és elégedettséget megpróbáltuk a jelen helyzet elemeivel kapcsolatban feltárni, és a jelenben megtalálni az életének értelmet adó momentumokat, a realitás és a nehézségek figyelembevételével. Ennek érdekében különféle természeti képeket hívtunk segítségül, amelyek kapcsán kértem, hogy korábbi és mostani élményeket, meghatározó érzéseket jelenítsen meg. Ezek segítettek sűrített formában, de komplexebb élményeket nyújtva előhívni az érzéseket, hangulatokat, amelyek fontosnak bizonyultak számára. Az érzések kifejezése nehezítetttséget mutatott, de lassan feltárható volt, mivel Tamás ebben is fejlődni szeretett volna.

3.5. A PÁCIENS REFLEXIÓI A KONZULTÁCIÓS FOLYAMAT ZÁRÁSAKOR

A negatív automatikus gondolatok feltárása, megismerése és alternatív gondolatok megfogalmazása a tehetetlenség és a perspektíva tágítása szempontjából is hatékonynak bizonyult a gondolatnapló segítségével. A betegségtörténet élettörténetben való elhelyezése, a veszteségek megfogalmazása (munkaképesség, gyerek, karrier, fizikai állapothoz való viszony), az elmaradt dolgok felismerése elindította Tamást az érzelmi feldolgozás irányába, ami a saját magához fűződő szigorú és bíráló attitűdöt is képes volt enyhíteni, elfogadóvá válni jelenlegi önmagával. A napirend, a ritmus érzelemszabályozó, depresszív tüneteket csökkentő hatása által segített neki értelmet találni a mindennapokban. Az erőforrások mobilizálása, a rövidtávú célok megfogalmazása és a helyzetének átkeretése is támogatta az önértékelését és önbecsülését.

Az egészségpszichológiai konzultációs folyamat összegzése és lezárása kapcsán több területen is változásokat tapasztalt és fogalmazott meg Tamás. Ezek közül a legfontosabb a saját érzések, elvárások tisztázódása a jelen helyzetben. Úgy érezte, hogy könnyebben ki tudja fejezni magát, és mások felé is meg tudja fogalmazni érzéseit, kéréseit. A folyamatban sikerült megfogalmazni a számára fontos dolgokat saját élethelyzete, betegsége szempontjából, ezáltal azt érezte, hogy újra tudta rendezni betegségével kapcsolatos tapasztalatait. A relaxáció, alvásnapló és gondolatnapló használatának mentén egy nyugodtabb alaptónus, kiegyensúlyozottabb napi rutin kezdett kirajzolódni számára, amiben jobban érzi magát. Az új készségeknek feszültségcsökkentő, kontroll- és énhatékonyság fokozó hatásait tapasztalta meg. Végezetül, hangsúlyozta, hogy kevesebb belső monológ jelent meg az egyedül töltött időszakokban.

Tamás végig motiváltan állt a folyamathoz, így eredményesen lehetett vele dolgozni, követhető volt a folyamat. A szerepvesztések és a funkcionalitás ilyen mértékű változásai ellenére is megmutatkozott rezilienciája. Hatékonyan tudta fejleszteni megküzdését a helyzetben és megtalálta egyéni céljait.

A folyamat lezárása kapcsán a biopszichoszociális szemlélet és a multidiszciplináris ellátás kereteit figyelembe véve, a gastroenterológiai gondozás további részeként a pszichológiai támogatás is rendelkezésre áll, mivel a betegségfolyamat során bármikor adódhat olyan helyzet, kezelés váltás, állapotromlás vagy az erőforrások kimerülése, élethelyzet változás, ami a beteg aktuális pszichés és szomatikus állapotára is kihat, befolyásolva megküzdését és adherenciáját, motiváltságát. Ezért bizonyos időközönként kontroll alkalmak beiktatása történik, ezáltal fenntartva a lehetőséget a folyamat folytatására, ha szükségessé válik. Először egy hónap után volt egy újbóli találkozásunk, majd három hónapos időközönkénti kontroll alkalmakban egyeztünk meg, azzal a feltétellel, hogy nehézség esetén sűrűbb, kielégítő állapot esetén pedig ritkább alkalmak is szóba jöhetnek, rugalmasan alkalmazkodva a páciens igényeihez. A második kontroll alkalom is rendben ment, testsúlygyarapodást, a hangulati állapot stabilizálódását és a szorongásoldó mennyiségének csökkenését jelezte vissza Tamás, így maradtunk a három havonként ismétlődő kontroll alkalomnál. Az utánkövetés során is online formában zajlottak az ülések.

4. DISZKUSSZIÓ

A gyulladással járó bélbetegségek immunmediált folyamatok, amelyek a diagnózistól kezdődően jelentős hatást gyakorolnak a páciensek testi-lelki és szociális állapotára, ezáltal nagymértékben befolyásolva a megélt életminőséget (Knowles et al., 2018; Maity & Thomas, 2007; Martínez-Martínez et al., 2019). A bemutatott eset kapcsán is láthatóvá vált, hogy a betegség progressziója, fellángolásai és a kezeléssel kapcsolatos nehézségek, valamint a mindennapi életben megtapasztalt funkcióromlás jelentősen csökkentette Tamás szubjektív életminőségét.

A hangulati állapot és a szorongás tekintetében is emelkedett értékeket mutattak a konzultációs folyamat során használt, aktuális pszichológiai állapotot szűrő kérdőívek. A személyes tapasztalatom, valamint a páciens beszámolója is ezt erősítette meg. A tapasztalatok megegyeznek a nemzetközi irodalomban foglaltakkal, miszerint az IBD páciensek körében magasabb arányban fordul elő fokozott mértékű distressz, átlagosnál magasabb szintű szorongás, depresszió/ depresszív tünetek (Bernstein et al., 2019; Navabi et al., 2018; Neuendorf et al., 2016; Stapersma et al., 2018; Zhang et al., 2018). A kutatások szerint a pszichológiai problémák jelenléte ok és okozatként is megjelenik, a betegség lefolyására és a fellángolásra is kihatással lehet, ami Tamás esetében is érzékelhető volt, mivel a megterhelőbb időszakokban a szomatikus állapot változásával együtt járva a pszichés állapot is jól követhetően változott (Graff et al., 2009; Keefer

& Kane, 2017; Navabi et al., 2018). A gyulladási folyamatok és a depresszív tünetek közti kétirányú kapcsolat itt is megfigyelhető volt (Gracie et al., 2018; Keefer & Kane, 2017). Az aktív és súlyos betegség hajlamosító tényezőként lehet jelen az IBD páciensek alacsonyabb életminősége, szorongás- és depresszió szintje szempontjából, de ilyen lehet még a külső megjelenés megváltozása (jelentős testsúly változás, sztóma, bélen kívüli tünetek), a korábbi műtétek, kórházi tartózkodások (Ananthakrishnan et al., 2013; Iglesias-Rey et al., 2014; Knowles et al., 2018; Lewis et al., 2019; Navabi et al., 2018; Nowakowski et al., 2016). Tamás esetében ezek a tényezők a relapszus során gyakran egyszerre voltak jelen. A kórházi élmények, műtétek és a felszívódási zavar mentén kialakult jelentős testsúlycsökkenés és fájdalmak mind negatív hatással voltak rá, rontották a mentális jóllétét is. Sokszor a tágabb környezet reakciói tovább fokozták a nehézségeket, majd a munkaképesség megváltozása mélyítette negatív tapasztalatait. A kutatási eredmények CD esetén a depresszió, szorongás és életminőség tekintetében is rosszabb értékeket mutatnak a betegséggel kapcsolatos stresszorok miatt (Knowles et al., 2018; Navabi et al., 2018).

A páciens betegségrepresentációját a betegség mint veszteség jellemezte, amihez kontrollvesztettség, tehetetlenség és elkeseredettség is társult. Megküzdésében adaptív (kooperativitás, adherencia, magas szintű öngondoskodás) és kevésbé adaptív módok is megjelentek (rumináció, konfliktuskerülés), és a konzultációk során tovább bővültek coping készségei (gondolatnapló, relaxáció, asszertivitás). McCombie és munkatársai (2013) vizsgálták IBD-sek megküzdését, és azt találták, hogy a bélbetegek más felnőttekhez képest több megküzdési módot használnak, és azok közül is az érzelemfókuszúak vannak túlsúlyban, ami kedvezőtlenebb pszichológiai következményekkel jár. Relapszusban gyakoribb a maladaptív megküzdés. Kliensem betegség története kapcsán is alátámaszthatók ezek a megállapítások, viszont az észlelt kontroll mértékének növekedése Tamás esetében is fokozta az adaptív megküzdést és ezáltal az énhatékonyságot is.

Az eset összefoglalásaként elmondható, hogy a krónikus beteg személyek, ezen belül is a gyulladási bélbetegek esetében a betegség folyamata során számos pszichológiai vonatkozás is megjelenik a szomatikus kihívások mellett. A betegség okozta testi változások, az izoláció és a fájdalom, a kezeléssel kapcsolatos aggodalmak, valamint a szövődmények, a további betegségek kialakulása, mind hatással lehetnek a személy szubjektív életminőségére, hangulati állapotának változásaira, valamint a progresszió és a betegséggel való megküzdés hatékonyságát is befolyásolhatják. Ezekben a helyzetekben a tercier prevenció révén a páciens képes lehet a motivációja által személyes hatékonyságának növelésére, így a megváltozott élethelyzet adta lehetőségeket a javulása irányába fordítani, még ha tudja is, hogy a folyamatban teljes gyógyulás nem érhető el.

Az érzelmi élet változásainak hullámszerűsége normálisnak tekinthető, de a szorongások mérséklése – a stresszkezelés támogatása révén – segíthet a kiszolgáltatottság, a gátoltság és a kontrollálhatatlanság élményének redukálásában. Tamás saját magával szembeni nyíltsága, őszintesége és felém kialakított bizalma olyan alapot adott a folyamatnak,

amiben kibontakoztathatta személyes céljait. A betegségfolyamat élményének szisztematikus áttekintése egyfajta keretként jelent meg a betegséggel folytatott régóta zajló, mindennapos küzdelemben, amit már érzelmileg kimerítőnek élt meg. Erőforrásainak feltárása és tudatos alkalmazása is a személyes hatékonyságot támogatta. Elhivatottsága és terápiás munkája kiemelkedő volt, tekintetbe véve, hogy sok esetben a kimerült páciensek kevésbé motiváltak egy hasonló folyamatban. A pszichológusi feladat egyik alappillére a facilitátori szerep volt, Tamás saját potenciáljának felhasználása érdekében. Az egészségpszichológiai munkához a páciensek adherenciájának és saját magukba vetett hitük erősítésének kialakítása kulcskérdés. Ezáltal támogathatóvá válik az öngondoskodás és a betegek kompetensebbnek érezhetik magukat életük és betegségük alakulásában, valamint az állapottal kapcsolatos érzelmi feldolgozás területén.

Mire tanított ez az eset?

Az időben megkezdett egészségpszichológiai támogatás igénybevétele a tercier prevenció keretében krónikus betegségek esetén is segíthet javítani az állapottal járó betegségterhek viselését. A rendelkezésre álló külső és belső erőforrások feltárása az alkalmazott egészség-szakpszichológusok támogató munkája által képes további motivációt és ezáltal célokat kialakítani a páciensekben, akik ezáltal hatékonyabbnak érezhetik magukat saját egészségi állapotuk menedzselése terén.

IRODALOM

- Addolorato, G., Mirijello, A., D'Angelo, C., Leggio, L., Ferrulli, A., Abenavoli, L., Vonghia, L., Cardone, S., Leso, V., Cossari, A., Capristo, E., Gasbarrini, G. (2008). State and trait anxiety and depression in patients affected by gastrointestinal diseases: psychometric evaluation of 1641 patients referred to an internal medicine outpatient setting. *International Journal of Clinical Practice*, 62(7), 1063–1069.
- Altorjay, I. (2014). Az emésztőszervek betegségei. In R. Ádány, I. Kárpáti, Gy. Paragh (szerk.), *Népegészségügyi medicina* (155–187. o.). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Ananthakrishnan, A. N., Khalili, H., Konijeti, G. G., Higuruchi, L. M., De Silva, P., Korzenik, J. R., Fuchs, C. S., Willett, W. C., Richter, J. M., Chan, A. T. (2013). A prospective study of long-term intake of dietary fiber and risk of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Gastroenterology*, 145(5), 970–977.
- Bannaga, A. S., Selinger, C. P. (2015). Inflammatory bowel disease and anxiety: links, risks, and challenges faced. *Clinical and experimental gastroenterology*, 8, 111–117.
- Bernstein, C. N. (2016). Psychological stress and depression: risk factors for IBD?. *Digestive Diseases*, 34(1–2), 58–63.
- Bernstein, C. N., Hitchon, C. A., Walld, R., Bolton, J. M., Sareen, J., Walker, J. R., Graff, L. A., Patten, S. B., Singer, A., Lix, L. M., El-Gabalawy, R., Katz, A., Fisk, J. D., Marrie, R.

- A. (2019). Increased burden of psychiatric disorders in inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases*, 25(2), 360–368.
- Bhamre, R., Sawrav, S., Adarkar, S., Sakaria, R., Bhatia, S. J. (2018). Psychiatric comorbidities in patients with inflammatory bowel disease. *Indian Journal of Gastroenterology*, 37(4), 307–312.
- Bonaz, B. L., Bernstein, C. N. (2013). Brain-gut interactions in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 144(1), 36–49.
- Byrne, G., Rosenfeld, G., Leung, Y., Qian, H., Raudzus, J., Nunez, C., Bressler, B. (2017). Prevalence of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2017, 6496727.
- Cameron, L. D., Leventhal, H. (Eds.). (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. Routledge.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92–100.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Cassar, G. E., Youssef, G. J., Knowles, S., Moulding, R., Austin, D. W. (2020). Health-Related Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology Nursing*, 43(3), 102–122.
- DeJong, H., Hillcoat, J., Perkins, S., Grover, M., Schmidt, U. (2012). Illness perception in bulimia nervosa. *Journal of health psychology*, 17(3), 399–408.
- Devins, G. M., Edworthy, S. M., Seland, T. P., Klein, G. M., Paul, L. C., Mandin, H. (1993). Differences in illness intrusiveness across rheumatoid arthritis, end-stage renal disease, and multiple sclerosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(6), 377–381.
- Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*, 150(6), 1262–1279.
- Dudley-Brown, S. (2002). Prevention of psychological distress in persons with inflammatory bowel disease. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(4), 403–422.
- El Serag, H. B., Olden, K., Bjorkman, D. (2002). Health related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 16(6), 1171–1185.
- Gracie, D. J., Guthrie, E. A., Hamlin, P. J., Ford, A. C. (2018). Bi-directionality of brain-gut interactions in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, 154(6), 1635–1646.
- Graff, L. A., Walker, J. R., Bernstein, C. N. (2009). Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: a review of comorbidity and management. *Inflammatory bowel diseases*, 15(7), 1105–1118.
- Gwee, K. A., Bak, Y. T., Ghoshal, U. C., Gonlachanvit, S., Lee, O. Y., Fock, K. M., Chua, A. S. B., Lu, C. L., Goh, K. L., Kositchaiwat, C., Makhari, G., Park, H. J., Chang, F. Y., Fukudo, S., Choi, M. G., Bhati, S., Ke, M., Hou, X., Hongo, M. (2010). Asian consensus on irritable bowel syndrome. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 25(7), 1189–1205.
- Iglesias-Rey, M., Barreiro-de Acosta, M., Caamaño-Isorna, F., Rodríguez, I. V., Ferreiro, R., Lindkvist, B., González, A. L., Dominguez-Munoz, J. E. (2014). Psychological factors are associated with changes in the health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases*, 20(1), 92–102.
- Irvine, E. J., Zhou, Q., Thompson, A. K. (1996). The Short Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: A Quality of Life Instrument for Community Physicians Managing Inflammatory Bowel Disease. *American Journal of Gastroenterology*, 91(8) 1571–1578.

- Katon, W., Lin, E. H., Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General hospital psychiatry*, 29(2), 147–155.
- Keefer, L., Kane, S. V. (2017). Considering the bidirectional pathways between depression and IBD: recommendations for comprehensive IBD care. *Gastroenterology & hepatology*, 13(3), 164.
- Knowles, S. R., Graff, L. A., Wilding, H., Hewitt, C., Keefer, L., Mikocka-Walus, A. (2018). Quality of life in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analyses—part I. *Inflammatory bowel diseases*, 24(4), 742–751.
- Kovács, Z., Kovács, F. (2007). Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(3), 245–255.
- Kovács, Á., Lakatos, L. (2018). *Gyulladásos bélbetegségek: amit az IBD-ről tudni kell*. Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. (2002). The PHQ–9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals*, 32(9), 509–515.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ 9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., Robitaille, C. (1997). Illness representations: theoretical foundations. *Perceptions of health and illness*, 2, 19–46.
- Lewis, K., Marrie, R. A., Bernstein, C. N., Graff, L. A., Patten, S. B., Sareen, J., Fisk, J. D., Bolton, J. M. (2019). The prevalence and risk factors of undiagnosed depression and anxiety disorders among patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases*, 25(10), 1674–1680.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358–1368.
- Long, M. D., Hutfless, S., Kappelman, M. D., Khalili, H., Kaplan, G. G., Bernstein, C. N., Colombel, J. F., Herrinton, L., Velayos, F., Loftus Jr, E. V., Nguyen, G. C., Ananthakrishnan, A. N., Sonnenberg, A., Chan, A., Sandler, R. S., Atreja, A., Shah, S. A., Rothman, K., Leleiko, N. S., Bright, R., ... Sands, B. E. (2014). Challenges in designing a national surveillance program for inflammatory bowel disease in the United States. *Inflammatory bowel diseases*, 20(2), 398–415.
- Lores, T., Goess, C., Mikocka-Walus, A., Collins, K. L., Burke, A. L., Chur-Hansen, A., Delfabbro, P., Andrews, J. M. (2019). Integrated psychological care is needed, welcomed and effective in ambulatory inflammatory bowel disease management: evaluation of a new initiative. *Journal of Crohn's and Colitis*, 13(7), 819–827.
- Maity, S., Thomas, A. G. (2007). Quality of life in paediatric gastrointestinal and liver disease: a systematic review. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 44(5), 540–554.
- Martínez-Martínez, M. I., Alegre-Martínez, A., García-Ibáñez, J., Cauli, O. (2019). Quality of life in people with coeliac disease: psychological and socio-economic aspects. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders-Drug Targets (Formerly Current Drug Targets-Immune, Endocrine & Metabolic Disorders)*, 19(2), 116–120.
- McCombie, A. M., Mulder, R. T., Gearry, R. B. (2013). How IBD patients cope with IBD: a systematic review. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(2), 89–106.

- Miheller, P., Nagy, F., Lakatos, L., Molnár, T., Bene, L., Lakatos, P. L., Újszászy, L., Hunyady, B., Banai, J. (2009). A felnőttkori gyulladásoos bélbetegségek anti-TNF-alfa kezeléséről. *LEGE ARTIS MEDICINAE*, 19(8–9), 515–522.
- Moradkhani, A., Kerwin, L., Dudley-Brown, S., Tabibian, J. H. (2011). Disease-specific knowledge, coping, and adherence in patients with inflammatory bowel disease. *Digestive diseases and sciences*, 56(10), 2972–2977.
- Nagy, F. (2010). Gyulladásoos bélbetegségek. In Zs. Tulassay (szerk.), *A belgyógyászat alapjai 1*. Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Nagy, B., Laczkóné Majer, R. (2012). Specific quality of life factors in patients with inflammatory bowel disease. *Orvosi hetilap*, 153(38), 1511–1519.
- Navabi, S., Gorrepati, V. S., Yadav, S., Chintanaboina, J., Maher, S., Demuth, P., Stern, B., Stuart, A., Tinsley, A., Clarke, K., Williams, E. D., Coates, M. D. (2018). Influences and impact of anxiety and depression in the setting of inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases*, 24(11), 2303–2308.
- Neuendorf, R., Harding, A., Stello, N., Hanes, D., Wahbeh, H. (2016). Depression and anxiety in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 87, 70–80.
- Novak, M., Mah, K., Molnar, M. Z., Ambrus, C., Csepanyi, G., Kovacs, A., Vamos, E., Zambo, M., Zoller, R., Mucci, I., Devins, G. M. (2005). Factor structure and reliability of the Hungarian version of the Illness Intrusiveness Scale: invariance across North American and Hungarian dialysis patients. *Journal of psychosomatic research*, 58(1), 103–110.
- Nowakowski, J., Chrobak, A. A., Dudek, D. (2016). Psychiatric illnesses in inflammatory bowel diseases-psychiatric comorbidity and biological underpinnings. *Psychiatria Polska*, 50(6), 1157–1166.
- Park, S. H., Han, K. S., Kang, C. B. (2014). Relaxation therapy for irritable bowel syndrome: a systematic review. *Asian Nursing Research*, 8(3), 182–192.
- Rochelle, T. L., Fidler, H. (2013). The importance of illness perceptions, quality of life and psychological status in patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Journal of health psychology*, 18(7), 972–983.
- Rosselli, M., Salimbeni, M. V., Bessi, C., Nesi, E., Caruso, S., Arboretti, D., Migliorini, E., Caterino, E., Parentini, E., Generini, S., Zipoli, M., Romanelli, R. G., Rosselli, M., Marra, F., Laffi, G., Stasi, C. (2015). Screening of distress among hospitalized patients in a department of internal medicine. *Asian journal of psychiatry*, 18, 91–96.
- Sarkar, A., Harty, S., Lehto, S. M., Moeller, A. H., Dinan, T. G., Dunbar, R. I., Cryan, J. F., Burnet, P. W. (2018). The microbiome in psychology and cognitive neuroscience. *Trends in cognitive sciences*, 22(7), 611–636.
- Sipos, K., Sipos, M. (1983). The Development and Validation of the Hungarian Form of the State-Trait Anxiety Inventory. In C. D. Spielberger, R. Diaz-Guerrero (szerk.), *Cross-cultural anxiety, Volume 2*. (27–39. o.). Hemisphere.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Stapersma, L., van den Brink, G., Szigethy, E. M., Escher, J. C., Utens, E. M. (2018). Systematic review with meta analysis: anxiety and depression in children and adolescents with inflammatory bowel disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 48(5), 496–506.

- Stasi, C., Bellini, M., Bassotti, G., Blandizzi, C., Milani, S. (2014). Serotonin receptors and their role in the pathophysiology and therapy of irritable bowel syndrome. *Techniques in coloproctology*, 18(7), 613–621.
- Stasi, C., Bellini, M., Costa, F., Mumolo, M. G., Ricchiuti, A., Grosso, M., Duranti, E., Metelli, M. R., Gambaccini, D., Bianchi, L., Luca Di Tanna, G., Laffi, G., Taddei, S., Marchi, S. (2013). Neuroendocrine markers and psychological features in patients with irritable bowel syndrome. *International journal of colorectal disease*, 28(9), 1203–1208.
- Stasi, C., Zignego, A. L., Laffi, G., Rosselli, M. (2011). The liver cytokine brain circuit in interferon based treatment of patients with chronic viral hepatitis. *Journal of viral hepatitis*, 18(8), 525–532.
- Surdea-Bлага, T., Baban, A., Nedelcu, L., Dumitrascu, D. L. (2016). Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*, 25(3), 359–366.
- Thakur, E. R., Holmes, H. J., Lockhart, N. A., Carty, J. N., Ziadni, M. S., Doherty, H. K., Lackner, J. M., Schubiner, H., Lumley, M. A. (2017). Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterology & Motility*, 29(12), e13143.
- Tiringer, I., Varga, J., Molnár, E. (2014). Krónikus betegek ellátásának pszichológiája. In J. Kállai, J. Varga, A. Oláh (szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (305–331. o.). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Tsui, P., Day, M., Thorn, B., Rubin, N., Alexander, C., Jones, R. (2012). The communal coping model of catastrophizing: Patient–Health provider interactions. *Pain Medicine*, 13(1), 66–79.
- Újszászy, L., Horváth, G. (2011). Életminőség vizsgálatok és az IBD. In Á. Kovács, L. Lakatos (szerk.), *Gyulladásos bélbetegségek* (409–415. o.). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- van der Veek, P. P., van Rood, Y. R., Masclee, A. A. (2007). Clinical trial: short and long term benefit of relaxation training for irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 26(6), 943–952.
- Van Oudenhove, L., Levy, R. L., Crowell, M. D., Drossman, D. A., Halpert, A. D., Keefer, L., Lackner, J. M., Murphy, T. B., Naliboff, B. D. (2016). Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: how central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1355–1367.
- Wade, D. T., Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004.
- Walker, J. R., Ediger, J. P., Graff, L. A., Greenfeld, J. M., Clara, I., Lix, L., Rawsthorne, P., Miller, N., Rogala, L., McPhail, C., Bernstein, C. N. (2008). The Manitoba IBD cohort study: a population-based study of the prevalence of lifetime and 12-month anxiety and mood disorders. *American Journal of Gastroenterology*, 103(8), 1989–1997.
- Wang, Y. T., Kwok, K. F. V., Tan, S. M., Yek, M. H., Ong, W. C., Barbier, S., Ng, B. Y. (2015). Comprehensive psychological intervention to improve outcome in functional gastrointestinal disorder: a cohort study. *Singapore medical journal*, 56(7), 385.
- Wittmann, T. (2010). Irritabilis bél szindróma. In Zs. Tulassay (szerk.), *A belgyógyászat alapjai 1*. Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Zhang, C., Byrne, G., Lee, T., Singer, J., Giustini, D., Bressler, B. (2018). Incidence of suicide in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 1(3), 107–114.