

Vajda Dóra, Szigeti F. Judit

KLINIKAI SZAKPSZICHOLOGUSI MUNKA A SZOMATIKUS ELLÁTÁSBAN

Jelen fejezet betekintést kíván nyújtani a szomatikus ellátásban dolgozó klinikai szakpszichológus munkájába. Először a szomatikus és mentális betegségek közti komplex összefüggéseket tekintjük át, majd a krónikus betegségek vonatkozásában tárgyaljuk a leggyakoribb komorbid mentális rendellenességeket (depresszió, szorongás) és azok összetett hatásait. Test és lélek bonyolult összefüggéseinek hatékony kezelése szintén komplex, integrált egészségügyi ellátást tesz szükségessé azon testi betegségben szenvedők számára, akik mentális problémákkal is küzdenek. Ez multidiszciplináris szemléletet és munkamódot igényel, melynek egyik jelentős válfaja a liaison pszichiátria. A gyógyító team fontos tagja a klinikai szakpszichológus, aki egyéb szakterületek képviselőivel – így az egészségpszichológussal is – együttműködve támogatja a szomatikus betegeket. A fejezet további része az ő munkájának, tapasztalatainak ismertetésére fókuszál esetbemutatáson keresztül.

I. A TESTI ÉS LELKI BETEGSÉGEK KOMPLEX KAPCSOLATA ÉS SZEMLÉLETE

I.1. A TESTI ÉS LELKI BETEGSÉGEK KOMPLEX KAPCSOLATA ÉS SZEMLÉLETE

Test és lélek kölcsönösen hat egymásra. Ahogy gondolkodunk és érzünk, az befolyással bír fizikai állapotunkra – és fordítva. A körülöttünk lévő világban létező: szociális helyzetünk, mint például az otthonunk, a családjunk, a munkahelyünk, a stresszorok, melyekkel szembesülünk, mind testileg, mind lelkileg hatnak ránk, mi pedig hatással vagyunk a környezetünkre.

Tudománytörténeti szempontból az a felfogás, miszerint a pszichológiai tényezők hozzájárulnak a testi betegségek kialakulásához, hosszú múltra tekint vissza az egészség-tudományok területén. A pszichoszomatikus megközelítések meghatározták azon betegségek körét, amelyek etiológiájában a pszichológiai tényezőket különösen fontosnak tartották (Kulcsár, 1993). Jelenleg empirikus bizonyítékok alapján azt a nézőpontot képviseli a tudomány, miszerint a pszichológiai tényezők minden szomatikus betegségben fontos szerepet játszhatnak, hozzájárulva a betegség kóroktanához, fennmaradásához vagy prognózisához. Az egészségpszichológia, a klinikai pszichológia és a magatartásorvoslás területén idejélműltnek tekinthető a pszichogén vs. szomatogén dichotómiában való gondolkodás, ehelyett a pszichológiai és fiziológiai folyamatok integratív megértése vált hangsúlyossá (Vögele, 2015). A szemléletváltásban nagy szerepet játszott

a biomedikális keretrendszert felváltó biopszichoszociális modell, melynek értelmében biológiai (például genetikai, hormonális), pszichológiai (például gondolkodás, érzések, viselkedés) és szociális (például szocioökonómiai, környezeti és kulturális) faktorok egyaránt jelentős szerepet játszanak az egészség és betegség megértésében (Wade & Halligan, 2017).

A mentális és szomatikus betegségek komplex kölcsönös hatása számos útvonalon keresztül, három lehetséges mechanizmus révén érvényesül (Prince et al., 2007; Rayner et al., 2014):

- a) *A mentális rendellenességek hatnak az egészségi állapotra.* A pszichés zavarok összefüggenek a krónikus betegségek kockázati tényezőivel, úgymint a dohányzással, csökkent aktivitással, elhízással és magas vérnyomással. A depresszióknak biológiai hatásai is vannak (szerotonin-anyagszere, kortizolmetabolizmus, gyulladásozó folyamatok stb.). Továbbá a mentális és szomatikus rendellenességeknek lehetnek közös genetikai, illetve környezeti rizikótényezőik.
- b) *Egyes krónikus szomatikus állapotok emelik a mentális rendellenességek kockázatát.* Sok krónikus betegség jelent pszichológiai terhet, melynek tényezői, például a diagnózis mint akut trauma, a betegséggel való együttélés nehézségei, a várható élettartam csökkenésének veszélye, a szükséges életmódbeli változtatások, a bonyolult terápiás folyamatok követése, fájdalom, illetve stigma, mely büntudathoz vagy kulcsfontosságú szociális kapcsolatok felbomlásához vezethet.
- c) *A komorbid mentális rendellenességek hatnak a fizikai állapot kezelésére és annak kiemelésére.* A mentális betegségek késleltethetik a segítségkérést, a betegség felismerését és diagnosztizálását, továbbá negatívan hatnak a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatos adherenciára, akadályozhatják a viselkedésváltozást és más betegség-megelőző/egészség-elősegítő tevékenységeket.

2. KRÓNIKUS SZOMATIKUS BETEGSÉGEK ÉS KOMORBID MENTÁLIS ZAVAROK (DEPRESSZIÓ, SZORONGÁS)

A rossz mentális egészségi állapot a testi betegségek magasabb kockázatával társul és fordítva: a rossz fizikai állapot megnövekedett veszélyt jelent a mentális betegségek (leggyakrabban a szorongás és depresszió) szempontjából. A krónikus betegségben szenvedők körében kétszer-háromszor gyakrabban fordul elő depresszió, mint az átlagnépességben (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2009). A mentális és szomatikus betegségek együttes előfordulása mindkét kórkép alakulását súlyosbítja. Az 1. táblázat a teljesség igénye nélkül szemlélteti a depresszió és a szorongás előfordulását és egyénre gyakorolt kedvezőtlen hatásait a gyakoribb krónikus betegségekben.

<i>Krónikus betegség</i>	<i>Mentális betegség (depresszió, szorongás) előfordulása</i>	<i>Komorbid depresszió hatása</i>
Mozgásszervi rendellenességek (pl. hátfájás, rheumatoid arthritis, ízületi gyulladás), szisztémás autoimmun betegségek (pl. lupus)	A depresszió négyszer gyakoribb a tartós fájdalommal, mint az anélkül élőknel (Bair et al., 2003; Rosemann et al., 2007). Rheumatoid arthritisben szenvedők 66%-a depresszióban, 70%-a szorongásban érintett (Fiest et al., 2017).	Orvosi előírásokkal való rosszabb együttműködés. Rheumatoid arthritis: erősebb fájdalom, kimerültség, egészségügyi ellátás gyakoribb igénybevétele (Matcham et al., 2013), 30%-ban öngyilkossági gondolatok (Timonen et al., 2003).
Daganatos betegségek	25%-nál súlyos depresszió (Satin et al., 2009). Hazai minta: 52,2%-ban közepes depresszió és/vagy szorongás (Rohánszky et al., 2014).	Öngyilkossági gondolatok a magyar átlagpopulációnál háromszor gyakrabban (Rohánszky et al., 2014). Magasabb mortalitási kockázat (Onitilo et al., 2006). Orvosi javaslatok csökkent betartása (Goodwin et al., 2004).
Diabétesz	Depresszió: normatív értékek több mint háromszorosa (1-es típusú cukorbetegség) és közel kétszerese (2-es típus) (Roy & Lloyd, 2012).	Hiperglikémia, inzulinrezisztencia és diabétesz: súlyosabb lefolyás, mikro- és makrovaszkuláris következmények fokozott rizikója, magasabb mortalitás (Alzoubi et al., 2018; Semenkovics et al., 2015).
Kardiovaszkuláris betegségek	Akut kardiális események után: 45%-ban depresszív tünetek (Steptoe & Whitehead, 2005). Szívelégtelenség: 32%-ban magas szorongás, 13%-ban klinikai szintű szorongásos zavar (Easton et al., 2016).	Kardiovaszkuláris események megnövekedett kockázata. Szívroham után: magasabb mortalitás, orvosi javaslatok be nem tartása, alacsonyabb életminőség, egészségügyi ellátás gyakoribb igénybevétele (Hare et al., 2014).
Légzőszervi rendellenességek, pl. krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD)	COPD: akár 40%-ban depresszió: (Yohannes, 2005), 13–46%-ban klinikai szintű szorongás (Willgoss & Johannes, 2013). Pánik zavar tízszer gyakoribb az átlagpopulációhoz képest (Livermore et al., 2010).	COPD: szorongással kombinálódva életminőség és orvosi kezelésekkal való együttműködés csökkenése, akadályoztatottabb fizikai működés és szociális interakciók, fokozottabb fáradtság és több egészségügyi ellátás (Yohannes & Alexopoulos, 2014).
Gasztrointesztinális betegségek, pl. irritábilis bél-szindróma (IBS)	IBS: akár 60%-nál pszichiátriai probléma (30–40%-nál depresszió vagy szorongás; Fond et al., 2014; Tollefson et al., 1991).	Roszsabb életminőség, több/súlyosabb betegség-specifikus tünet (pl. hasi fájdalom), főleg szorongással kombinálódva. Csökkent munkahelyi teljesítmény (Gajdos & Rigó, 2018).
Bőrgyógyászati betegségek, pl. psoriasis	Kb. 30%-ban depresszió, szorongás (Gupta & Gupta, 2003; Kimball et al., 2010).	Több maladaptív megküzdési stratégia, pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, gyengébb öngondoskodás, rosszabb prognózis (Connor et al., 2015).
Krónikus vesebetegség	30%-ban szorongásos zavar és depresszió (Cukor et al., 2007). Hazai vesetranszplantáltak: 27%-ban klinikailag jelentős depresszió (Molnár et al., 2005).	Végstádiumú veseelégtelenség: a dialízis felfüggesztése (McDade-Montez et al., 2006). Roszsabb terápiás együttműködés. Vesetranszplantáltak: magasabb mortalitás (Szeifert et al., 2009).

1. táblázat: Komorbid mentális betegségek (depresszió, szorongás) előfordulása krónikus betegségek esetén

A komorbid szorongás és kapcsolódó rendellenességek prevalenciáját krónikus szomatikus betegségekben kevésbé széleskörűen tanulmányozzák, mint a depresszióét, holott gyakoriságuk – főként a generalizált szorongásé és a pánik zavaré – a depresszióéhoz hasonló (Kariuki-Nyuthe & Stein, 2015; Scott et al., 2007). A normális mértékű ag-

gódás gyakori és a problémamegoldás szempontjából adaptívnek tekinthető. Rendellességgé akkor válik, ha túlzott, bénító hatású, kontraproduktív és kontrollálhatatlan az egyén számára, így összességében növeli a diszfunkcionalitást. Testi betegségben szenvedőknél komorbid szorongásos zavar jelenlétére utalnak az alábbiak:

- súlyos mértékű aggodás, mely akár uralhatja is a személy életét,
- az aggodalom nemcsak a betegségre korlátozódik,
- a személy nehezen megnyugtatható,
- gyakori a sürgősségi ellátás igénybevétele esések, atipikus mellkasi fájdalom vagy ájulás miatt, amit nem a bizonyított alapbetegség okoz,
- a személy intruzív tüneteket (flashback-et, élénk álmokat, rémálmokat) tapasztal,
- a személy kerüli a specifikus szorongást kiváltó helyzeteket.

Az egészségügyben dolgozó szakembereknek kiemelt figyelemmel kell kísérniük azokat a pácienseket, akiknek kórtörténetében pszichiátriai megbetegedés szerepel, vagy akiknél a szervi betegség kialakulásával egy időben pszichiátriai betegség is kialakul, illetve a betegségre vagy sérülésre különösen súlyos választ adnak, mivel esetükben korosztálytól függetlenül magasabb a tartós problémák veszélye (Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners, 2009). Ugyanakkor a tartós betegségben szenvedők esetében a szakemberek kevésbé ismerik fel a depresszió jeleit, vagy azokra a már fennálló krónikus testi betegségre adott normális válaszként tekintenek. Bizonyos fizikai tünetek – például alvászavar, étvágytalanság, energiahiány, kimerültség, súlyvesztés – lehetnek a betegség következményei, a kezelés (például szteroidok) mellékhatásai, vagy értelmezhetőek természetes válaszként a krónikus testi betegség diagnosztizálására. A betegség által előidézett funkcionális korlátozottság is eredményezhet distresszt. Mindezek miatt előfordulhat, hogy a szakemberek nehezen tudják azt elkülöníteni a depresszív zavartól. Sokszor nem egyértelmű a különbség az alkalmazkodási és a depresszív zavar diagnosztizálása között sem. Így aztán a depressziós esetek kb. 30–50%-át nem ismerik fel a korai konzultációk során sem, és ez az arány még rosszabb a hosszabb ideje betegek körében (Koenig, 2007). A depresszió ugyanis kialakulhat a tartós betegség diagnosztizálása után közvetlenül, de évekkal később is, akár a betegség következményeként, akár attól függetlenül.

A depresszív zavar diagnosztizálása valószínűsíthető a következő esetekben:

- a személy szuicid ideációkról számol be,
- az alacsony szintű hangulat tartós és átható,
- nincs bizonyíték a betegségre való alkalmazkodás megkísérlésére,
- a fizikai funkcionálás a vártnál sokkal gyengébb,
- a betegségből való felépülés a vártnál jóval lassúbb,
- a hozzátartozók aggódnak a beteg hangulatát illetően.

Összességében a szomatikus betegséggel küzdők körében a depresszió emelkedett prevalenciája arra enged következtetni, hogy az egészségügyben dolgozó szakembereknek kiemelt figyelmet kell fordítaniuk annak felismerésére és kezelésére ebben a betegcsoportban. Mindez a szakemberek közti együttműködés (multidiszciplinaritás), a holisztikus szemlélet és az integrált egészségügyi ellátás fontosságára hívja fel a figyelmet (Vincze et al., 2005).

3. SZOMATIKUS ÉS KOMORBID MENTÁLIS BETEGSÉGEK EGYÜTTES KEZELÉSE

Amint láttuk, a komorbid mentális problémák számos súlyos következménnyel járnak a tartós betegségben szenvedők számára, ideértve a rosszabb klinikai eredményeket és életminőséget, illetve a fizikai tünetek kevésbé hatékony menedzselését (Benton et al., 2007; Katon, 2003; Vamos et al., 2009). A depresszió például az ismételt hospitalizáció fokozódó gyakoriságával jár kardiovaszkuláris betegségek esetén. Krónikus szívelégtelenségben szenvedő betegeknel a sürgősségi felvételi arány kétszer-háromszor magasabb az egyidejűleg depresszióban is szenvedőknél a nem depressziós betegekhez képest (Jiang et al., 2001). Tanulmányok arról számolnak be, hogy a komorbid depresszió együtt jár a cukorbetegség megnövekedett költségeivel is, három év alatt 48%-kal, hat hónap alatt pedig 54–88 %-kal növelve a teljes költséget a depresszív tünetek súlyosságától függően, a cukorbetegség súlyosságának kontrollálása mellett (Ciechanowski et al., 2000; Gilmer et al., 2005; Hutter et al., 2010).

A mentális társbetegségek nagyobb gazdasági kiadással, alacsonyabb munkavállalással és produktivitással is együtt járnak. Egy áttekintő tanulmány szerint a munkából való távolmaradás ideje hosszabb volt azoknál, akik a cukorbetegség mellett mentális egészségügyi problémákkal is küzdöttek, mint a csak diabéteszben szenvedőknél (Hutter et al., 2010).

Mindemellett egyre több bizonyíték áll rendelkezésre arról, hogy a tartós betegségekben szenvedők pszichés szükségleteinek hatékony támogatása javíthatja mind a mentális, mind a testi egészséget. Egy metaanalízis szerint a cukorbetegeknek nyújtott pszichológiai intervenciók pozitív hatással lehetnek a klinikai eredményekre, az életminőségre, az egészségügyi szakemberekkel való kapcsolatra, az előírt étrend követésére és az általános prognózisra (Alum et al., 2008). Ugyanakkor az egészségügyből gyakran hiányzik a pszichológiai ellátás, így a mentális rendellenességek sokszor észrevétlenek és kezeletlenek maradnak. A többszörös problémákkal rendelkező páciensek hatékony, koordinált segítése azért is ütközhet akadályba, mert a különböző szakterületek (például mentális, szomatikus és szociális ellátás) gyakran szeparálódnak, így a beteg elakadhat a szolgáltatások közötti határokon. Ezen nehézségek, hiányosságok megszüntetése integrált egészségügyi ellátás révén lehetséges.

3.1. AZ INTEGRÁLT EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS MIBENLÉTE ÉS SZÜKSÉGESSÉGE

Az integrált egészségügyi ellátás az egészségügyi szakemberek közötti együttműködést és kommunikációt jelenti a betegek teljes körű kezelése és általános jóllétének javítása érdekében. Olyan egyedülálló megközelítés, amelyben a szakmaközi csoport tagjai megosztják egymással a betegellátással kapcsolatos információkat, és a beteg biológiai, pszichológiai és szociális szükségleteit figyelembe véve átfogó kezelési tervet készítenek (APA).

A súlyos, többszörös és tartós betegségben szenvedő páciensek ugyanis valószínűleg a testi, pszichológiai és szociális problémák komplex kombinációjával küzdenek, amihez különböző készségekkel rendelkező szakemberek (például orvos, nővér, dietetikus, gyógytornász, különböző szakvégzettségű pszichológusok, szociális munkás és más szakemberek) együttes segítsége szükséges. Az integrált egészségügyi ellátás a biopszichoszociális modell gyakorlati megvalósulásának egyik módja.

Az integrált, szomatikus és mentális egészségügyi ellátást együttesen igénylő személyeknek három fő csoportja van:

- a) *A tartós betegségben szenvedők csoportja* (ld. fentebb).
- b) *Az orvosilag megfelelően nem magyarázható testi tünetekkel, például krónikus fájdalommal, fáradtsággal vagy organikusan nem indokolható szédüléssel küzdők csoportja.* Az ő problémáik – melyek kialakulásában a test-lélek kölcsönhatás nem elhanyagolható – képezik az egészségügyben előforduló egyik leggyakoribb tünetcsoportot (Bermingham et al., 2010; Prince et al., 2007). Az orvosilag nem magyarázott tünetek illetve a szomatizációs zavar közös tulajdonsága, hogy nélkülözi a szervi diagnózist. A különbség köztük az, hogy az orvosilag nem magyarázott tünetek tágabb kategóriát képeznek, előfordulásuk az ellátásban kb. 30–50%, és megjelenhetnek egyetlen tünet vagy funkcionális tünetegyüttes (pl. krónikus fáradtság szindróma) formájában (Nimnuan et al., 2001). E kategória egy kisebb halmazát képviseli a szomatizáció, amely az alapellátásban a betegek kb. 15%-a jellemző, és jelentős pszichés distresszel valamint segítségkérő magatartással párosul (Prince et al., 2007).
- c) *A testi és mentális egészségügyi problémák miatt azonnali ellátást igénylők csoportja.* Ide tartoznak például azok, akiknél műtét után vagy szomatikus betegség következtében zavartság, delírium alakul ki, illetve akik evészavarok szomatikus állapotra gyakorolt következményeitől vagy antipszichotikumok mellékhatásaitól szenvednek.

Tartós betegségekkel vagy orvosilag nem magyarázott tünetekkel élő betegek ellátását a megfelelő helyen és időben, a problémákhoz illeszkedően szükséges biztosítani. Kulcsfontosságú, hogy a megfelelő mentális egészségügyi ellátás rendelkezésre álljon az első sorban szomatikus kezelést biztosító helyeken is.

A szakmaközi ellátás hazánkban is sok szomatikus osztály esetében megvalósul. Jó példa erre a multidiszciplinárisan szervezett onkopszichológiai rehabilitáció (Koncz, 2019). Továbbá egyre növekszik azon szomatikus osztályok száma (például sebészet,

belgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat, bőrgyógyászat, fül-orr-gégészet), ahol egészségpszichológusok és klinikai pszichológusok is aktívan részt vesznek a betegellátásban. Egy 2013-ban megjelent rendelet szabályozza, hogy a szomatikus ellátás számos területén klinikai szakpszichológusnak elérhetőnek kell lennie teljes vagy részállásban, intézményen belül vagy kívül. A rendeletben foglaltakkal a magyar egészségügynek sikerült elmozdulnia a holisztikus szemlélet irányába.

A szomatikus betegségben szenvedők összetett problémáinak kezelésében különösen az ún. *liaison pszichiáterek* rendelkeznek specifikus szakértelemmel. Ők az integrált egészségügyi ellátás fontos szereplői.

3.2. A LIAISON PSZICHIÁTRIA AZ INTEGRÁLT EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN

A liaison pszichiátria mint a pszichiátria egyik alfaja a pszichiátriai és nem pszichiátriai (szomatikus) klinikai ellátás közötti határterületet képviseli. Leggyakrabban az akut pszichiátriai ellátást foglalja magában, de elérhető a szakkórházakban és az alapellátásban is a mentális problémákkal küzdő betegek számára, beleértve a komorbid mentális betegségek, az önkárosító magatartás, a demencia, az alkohol- és droghasználat, valamint a viselkedési zavarok problématerületeit. A liaison pszichiátriát multidiszciplináris teamek képviselik, melyeket liaison pszichiáterek, liaison pszichiátriai ápolószemélyzet, klinikai és egészségpszichológusok, szociális munkások, gyógytornászok és gyógyszerészek alkotnak (Chen et al., 2016; Gazdag, 2018; Jasmin et al., 2019).

A liaison pszichiátriai ellátás egyik formája az ún. *konzultációs modell* keretében zajlik: ennek során a beteg pszichiátriai vizsgálatát kezelőorvosa kezdeményezi (konzílium kérése). Ebben az esetben a pszichiáter nem tagja a szomatikus ellátásban dolgozó egészségügyi teamnek. A gyakorlatban (házánkban is) ez jellemző leginkább, főként a szándékos önkárosítás és a pszichiátriai veszélyhelyzetek területére fókuszálva. A liaison pszichiátriai ellátás másik, ún. *integrált modelljében* a liaison team a kórházban dolgozó kollégákkal együtt, a gyógyító személyzet tagjaként vesz részt az ellátásban. Ez megvalósulhat osztályos vizitek vagy a járóbeteg-szakrendelésen megjelenők vizsgálata és utánkövetése formájában. A megközelítés időigényes, de az integrált ellátás szempontjából hatékony. Enyhíti a pszichiátriai beutalással járó stigmatizációt, ami a konzultációs modellben problémát jelenthet, különösen a szomatizációra hajlamos betegek körében, ahol nagyfokú ellenállás tapasztalható a tünetek pszichológiai magyarázatait illetően (Stevens & Rodin, 2011). Ez a modell általában specifikus területekre összpontosít, ahol a pszichiátriai morbiditás magas, és jelentős hatással van a szomatikus betegség kezelésére (például fájdalomklinikák, onkológiai, geriátriai osztályok). Az integrált liaison modell ritkábban jelenik meg az ellátásban, Magyarországon is csak néhány specializált liaison ellátás létezik (pl. Szent László Kórház, Korányi Pulmonológiai Intézet, SZTE Klinikai Központ) (Gazdag, 2018).

4. A KLINIKAI SZAKPSZICHOLÓGUS SZEREPE A SZOMATIKUS ELLÁTÁSBAN

A klinikai szakpszichológus munkájának integrálása a multidiszciplináris egészségügyi ellátásba több szempontból is elengedhetetlen:

- a) diagnosztikai munkát végez, melynek során a betegség biológiai, pszichológiai és szociális aspektusait egyaránt szem előtt tartja, segítve ezáltal a minőségi ellátáshoz való hozzáférést és az ellátás költségeinek csökkentését,
- b) elősegíti a kollégák közötti kommunikáció és együttműködés gördülékenységét,
- c) biztosítja, hogy a beteg minden szükséges kezelést és közülük is annak leghatékonyabb módjait vehesse igénybe, és hozzájárul a gyógyulással kapcsolatos motiváció ösztönzéséhez,
- d) enyhíti a betegséggel kapcsolatos szorongást és stresszt, lehetővé teszi a depresszió megelőzését, így összességében pozitívan befolyásolja a kezelést (Azad & Mahmud, 2014; Wahass, 2005).

A szomatikus ellátásban dolgozó pszichológusok részt vehetnek mind a fekvőbeteg, mind a járóbeteg-ellátásban. Bár a fizikai kezelés profilja és fókusza a betegcsoport függvényében eltérhet (ld. bőrgyógyászat vs. sebészet), a klinikai szakpszichológusi munka minden esetben a mentális állapotfelmérésre és diagnosztikára, valamint pszichológiai intervenciókra terjed ki. Az állapotfelmérés a beteg(ség) profilja és a lehetséges kezelési célok áttekintését jelenti (Vincze & Perczel-Forintos, 2019). A pszichodiagnosztika célja a helyes diagnózis felállítása, a differenciáldiagnosztikai kérdések megválaszolása, a komorbid mentális zavarok (például depresszió, szorongás, szerhasználat, kognitív hanyatlás, szomatizáció, betegségszorongás) pontos megállapítása, a szuicid veszélyeztetettség felmérése. A folyamat részét képezik kérdőívek és tesztek felvételei, amelyek a kezelés későbbi szakaszaiban az állapotkövetést is lehetővé teszik. Az állapotfelmérés és pszichodiagnosztika során a leggyakrabban alkalmazott mérőeszközöket és eljárásokat a 2. táblázat tartalmazza.

Beck Depresszió Kérdőív (Beck et al., 1961), Zung Önértékelő Depresszió Skála (Zung, 1965)
Reménytelenség Skála (Beck et al., 1974)
Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Zigmond & Snaith, 1983)
Beck Szorongás Leltár (Beck et al., 1988), Spielberger-féle Állapot-Vonás Szorongás Kérdőív (Spielberger et al., 1970)
Rövidített Egészségszorongás Kérdőív (Salkovskis et al., 2002)
Félelem a Negatív Megítéléstől Kérdőív (Watson & Friend, 1969)
Diszfunkcionális Attitűd Skála (Weissman, 1979)
Kognitív Érzelemreguláció Kérdőív (Garnefski & Kraaij, 2007)
SCID –5-CV Strukturált Klinikai Interjú (First et al., 2018), Motivációs interjú (Miller & Rollnick, 1991)
Projektív technikák: pl. Rorschach teszt, rajztesztek
Egyéb: betegségspecifikus kérdőívek pl. Bőrgyógyászati Életminőség Index (Finlay & Khan, 1994)

2. táblázat A diagnosztikai és állapotfelmérő munkát segítő mérőeszközök, eljárások

Az ún. *alacsony intenzitású pszichológiai beavatkozások* olyan ellátási formák, melyek hatékonyak, de a legcsekélyebb szükséges mennyiségű intervenciót nyújtják enyhe és középsúlyos mentális problémákra, ezzel – gyakran önszorgó könyvek, internet-alapú programok, rövid telefonos konzultációk formájában – egyszerűen növelve a kezelés hozzáférhetőségét, rugalmasságát és költséghatékonyságát (Bennett-Levy et al., 2010). Igen jól alkalmazhatók a szomatikus ellátásban, mivel könnyen illeszthetők a különböző (fekvőbeteg, járóbeteg) ellátási formákhoz, valamint a betegigények és betegségek változó komplexitásához és súlyosságához (Purebl, 2018; Vincze & Perczel-Forintos, 2019). Ezek mellett a pszichológus – szakmai és módszerspecifikus képzettségének megfelelően – számos különböző intervencióval támogathatja a betegek gyógyulását, úgymint kognitív viselkedésterápia, relaxáció, szupportív terápia, interperszonális terápia, krízisintervenció és csoportterápia. Az intervenciók célja viselkedésváltozás elősegítése, a beteg kooperációjának javítása (étrend, testmozgás), adaptív megküzdési stratégiák kialakítása, a betegség okozta új életformához való alkalmazkodás elősegítése, a betegség traumájával járó feszültség, stressz, szorongás oldása, a komorbid mentális zavarok (depresszió) kezelése. A pszichológiai teendők eltérőek a betegség különböző fázisában. Például a prehabilitációban (műtetre való felkészítésben) a funkcionális kapacitás, a megküzdés javítása és a hozzátartozók szupportálása az elsődleges, a betegség progressziója során az adherenciaproblémák kezelése, a pszichoedukáció, a stresszcsökkentés hangsúlyos, míg a terminális állapotok kezelése szintén más fókuszot (például a fájdalom és a tehetetlenség kezelését) igényel (Azad & Mahmud, 2014). A pszichológus elősegítheti az orvos-beteg kommunikációt, a hatékony partnerség elérését is a gyógyításban.

Klinikai szakpszichológus és/vagy alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológus?

Hazánkban a klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológusi és az alkalmazott egészségpszichológiai szakpszichológusi végzettség egyaránt egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítésnek számít. A két szakterület különböző kompetenciákat takar: a klinikai szakpszichológus a pszichés betegségek pszichodiagnosztikájával, a lelki egészség megőrzésével és helyreállításával, a pszichés zavarok pszichológiai módszerekkel történő kezelésével foglalkozik, míg az alkalmazott egészségpszichológus munkája a gyógyításban, prevencióban és rehabilitációban elsősorban az egészséggel kapcsolatos magatartás fenntartására, a betegségek megelőzésére, a már kialakult betegséggel való megküzdés támogatására, az egészséges erőforrásokra összpontosít. A gyakorlatban azonban nincs éles különbség az integrált egészségügyi ellátásban betöltött szerepüket és a tartós betegséggel élőkkel folytatott munkájukat illetően (Wahass, 2005). Együttműködésük kifejezetten javallott, és egyre több intézményben meg is valósul. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a klinikai szintű pszichés problémák kezelése klinikai szakpszichológusi kompetenciát igényel.

5. ESETBEMUTATÁS: ORGANIKUS ÉS PSZICHÉS ÖSSZETEVŐK KRÓNIKUS SZÉDÜLÉKENYSÉGBEN

A húszas éveinek végén járó beteg – nevezzük Johannának – szakorvos javaslatára jelentkezett klinikai szakpszichológusnál, elhúzódó szédüléssel panaszokkal. A megjelenés előtt négy hónappal a páciens néhány hétig tartó, váltakozó fejfájásos-szédüléssel tünetekkel fordult házi orvosához, aki szakorvosokhoz irányította. A páciens vérképében érdemi eltérés nem mutatkozott, szemészeti és fül-orr-gégészeti szempontból egészséges volt, a beteg megnyugtatóra végzett koponya-MR vizsgálat szintén negatívnak bizonyult. Az otoneurológiai ambulancián – melynek specialitása az egyensúlyi szervrendszer működésének vizsgálata és kezelése – szakorvosa *benignus paroxysmalis positionalis vertigot* azaz jóindulatú helyzeti szédülést (BPPV-t) valószínűsített.

A BPPV a belső fül megbetegedése, melynek során a fej hirtelen helyzetváltoztatásakor egy percnél rövidebb, rohamszerű, forgó jellegű szédülés jelentkezik (Bhattacharyya, 2017). A „jóindulatú” jelző arra utal, hogy a megbetegedés hátterében nincs semmilyen súlyos központi idegrendszeri rendellenesség, és prognózisa is biztató. Az először 1921-ben Bárány Róbert által leírt betegség etiológiája vitatott. A leginkább elfogadott elméletek szerint a vertigo a fülben lévő kalciumkristály-részecskékkel áll kapcsolatban, ha azok rendes helyükről leszakadva a hátsó félkörös ívjáratban lebegnek, vagy nem megfelelő helyre tapadnak (Szirmai, 2010). A BPPV a leggyakoribb vesztibuláris diszfunkció: a szédülés miatt orvosi segítséget keresők kb. 24%-ának tüneteiert felelős (Kim et al., 2021). Élethossz-prevalenciája nők körében 3,6%, férfiakban 1,6% (von Brevern et al., 2007), és gyakori a betegség visszatérése (tíz éven belül 50%, nagyrészt az első egy év során, leginkább nőknél; Brandt et al., 2006). Legjellemzőbb, differenciáldiagnosztikára is alkalmas akut tünete a körkörös szemtekeregzés, mely az ún. Dix-Hallpike manőverrel (a test speciálisan végrehajtott hirtelen hátradöntésével és fejforgatással) provokálható (Muncie et al., 2017). Bár a BPPV spontán is képes gyógyulni, általában szükség van terápiára, leginkább ún. részecske-kimozdító speciális tornára, például az Epley illetve a Semont manőverre (Kim et al., 2021).

Mire Johanna eljutott az otoneurológiai vizsgálatra, a jellegzetes nystagmus már nem állt fenn, ugyanakkor a panaszok természete BPPV lezajlására utalt. (Ezt a betegség későbbi visszatérése utólag igazolta.) A kezelőorvos egyensúlyi tréninget (a kellemetlen érzést keltő helyzetek gyakorlását), nyakmasszázst és először nyugtató hatású gyógynövénykivonatok, majd szelektív szerotoninvisszavétel-gátló (SSRI) típusú gyógyszer szedését írta elő (közvetlenül a szédülésre ható szerrel a betegnek rossz tapasztalata volt). Ugyanakkor, észelve a páciens szorongását és az organikusan már kevésbé indokolható, ún. *krónikus szubjektív szédülést*, rendelkezésére bocsátotta a klinikai szakpszichológus elérhetőségét, amit a beteg – önmagát mindig is „izgulónak” ismerve – örömmel fogadott.

Az első interjújún egy vékony, magas, ápolt, rendkívül udvarias, elvárásoknak megfelelni vágyó fiatal nő jelent meg. Fő panaszja a szédülés miatti akadályoztatottság volt

számos helyzetben: az ágyból való kikelésben, a lépcsőn járásban, lehajlásban, sportolásban, takarításban, tömegben; el is került azokat, amelyek nem voltak elengedhetetlenek. Koncentrációs problémákkal is küzdött, és a monitor előtti munkavégzés is tünet-előidéző hatással volt rá. Mindezek frusztrációt és lehangoltságot okoztak, és interperszonális kapcsolataira is rányomták bélyegüket.

Johanna ekkoriban kétlaki életet élt szülei és vőlegénye lakóhelye között, aki egy két-generációs házban élt szüleivel. Kapcsolata leendő anyósával és apósával konfliktusos volt, elmondása szerint „*már akkor ideges volt, amikor belépett az utcába*”. Felsőfokú végzettséggel, adminisztratív munkakörben dolgozott, csoportvezetői beosztásban. Munkahelyén a jelentkezés előtt két hónappal főnökváltás történt, és egy általa nem kedvelt kolléganő visszajövele is várható volt, ezek miatt „*már jó előre idegeskedett*”. Tíz hónapon belül egy családtag komolyan megbetegedett, egy másik pedig elhunyt. Előttörténetében szorongásos és szomatizációs hajlam (próbatételek előtti rendszeres hasmenés) is kirajzolódott. Pszichológiai-pszichiátriai anamnézise eseménytelen. Pszichés státuszából az esékeny hangulat és a szorongásra utaló viselkedéses jelek emelendők ki. A diagnosztikai mérőeszközök szédüléssel kapcsolatos súlyos életminőség-csökkenést, közepes mértékű szorongást, enyhe depresszivitást és az átlagosnál valamivel (de nem szignifikánsan) magasabb észlelt stresszt jeleztek (ld. 3. táblázat), a klinikai kép és a teszteredmények alapján F4180 *Egyéb meghatározott szorongásos zavar* diagnózist kapott.

Skálakérdőív neve	Pontérték kezelés előtt	Pontérték kezelés után
Szédülés Terheltség Skála (<i>Dizziness Handicap Inventory</i> ; Jacobson & Newman, 1990; Szirmai et al., 2018)	58	26
Beck Szorongás Leltár (<i>BAI</i>) (Beck et al., 1988)	30	2
Beck Depresszió Kérdőív (<i>BDI</i>) (Beck et al., 1961)	14	7
Észlelt Stressz Kérdőív (<i>PSS-10</i>) (Cohen et al., 1983)	22	18

3. táblázat: A páciens pszichodiagnosztikai tesztertékei a pszichológiai ellátás előtt (objektíve BPPV-tünetmentes állapotban) és utána

Johanna pszichés támogatásra motivált volt, ezért kognitív viselkedésterápiás elemekkel gazdagított tíz, egyenként 50 perces szupportív terápiás alkalomra szerződünk, járóbetegeként, társadalombiztosítás-alapú keretben, heti gyakorisággal. A terápiás cél a szorongás csökkentése volt (ezzel az egyébként is enyhe hangulati tünetek spontán rendeződésére is esélyt láttunk). A páciens gondolatnaplójából kiderültek a legjelentősebb szorongást keltő helyzetek (például plázában mozgólépcsőzni, egy órán keresztül állni az új főnök bemutatkozásakor), az azokban felbukkanó negatív automatikus gondolatok („*Mindjárt jön a szédülés*”, „*Sose fog elmúlni*”, „*Agydaganatom van*”) és a mögöttes kognitív torzítások (jövendőmondás, katasztrófizálás). A napló arra is rávilágított, hogy a heti szintű utazás megviseli, az otthoni környezet és egyes tevékenységek pedig (például a kertészkedés)

megnyugtatólag hatnak rá, és mindezt a tünetek is lekövetik: stresszesebb napokon erősebbek, kellemesebb napokon gyengébbek. Egy hat hónapra visszatekintő patobiogram rámutatott a negatív életesemények és a tünetek alakulásának párhuzamosságára.

A fentiekből kirajzolódó beavatkozási pontokon meg is történhettek a célzott intervenciók: a negatív automatikus gondolatok átstrukturálása („*Ez egy gyógyítható betegség, ami a kezelés hatására elmúlhat*”; „*Bár szédülök, semmi nem utal arra, hogy rosszindulatú folyamat zajlana a testemben*”), a kognitív torzítások metakognitív tudatosítására („*Hajlamos vagyok rögtön a legrosszabbra gondolni, de érdemes megvizsgálnom gondolataim igazságtartalmát*”), relaxáció elsajátítására, kellemes tevékenységek tudatos beillesztésére az életvitelbe, és végül viselkedésprobákra (az elkerülésre készített helyzetek szándékos vállalására, szorongáshierarchián emelkedő sorrendben). Johanna megtanulta elviselhetővé tenni szorongását, tüneteinek való kiszolgáltatottság-érzete csökkent, fokozatosan visszavette a korábban elhanyagolt tevékenységeket, melynek sikere pozitívan megerősítette vállalkozókedvét. A kezelés során egy érzelmi megterhelődéssel (Hallottak Napjával) összefüggő visszaesés ugyan megijesztette („*szakadék, melybe belesüppedek*”), ugyanakkor alkalmat adott a relapszus normalizálására és az esetleges újabbakra való felkészülésre. A terápia végére a páciens szédüléssel kapcsolatos életminőség-romlása a kezdeti súlyos fokúról enyhére, szorongásos és depresszív tünetképződése elenyésző mértékűre váltott, és észlelt stresszszintje is csökkent (ld. 3. táblázat).

A terápia során a betegség alakulásáról és prognózisáról orvos-pszichológus konzultációra több ízben is sor került, melynek kezdeményezése mindkét irányból megvalósult, a beteg tudtával és beleegyezésével. Az SSRI gyógyszeradag csökkentését a szakorvos csak hosszabb stabil periódus után látta biztonságosnak. Kétéves utánkövetés során a páciens szédülése háromszor tért vissza jelentős mértékben: egyszer egy tüszős mandulagyulladás kapcsán, egyszer a BPPV megismétlődésekor (ezúttal diagnosztikailag igazolható módon), egyszer pedig egy közeli ismerős halálával összefüggésben. Egyébiránt jelen esetleírás időpontjáig Johanna állapota kompenzált, a pszichotrop gyógyszerek szedését abbahagyta, a betegség visszatéréseivel kapcsolatban anticipált szorongást nem él meg.

6. DISZKUSSZIÓ

Johanna betegségének diagnosztizálására az alapellátásban nem került sor, a megfelelő szakellátásba pedig túl későn jutott el ahhoz, hogy a BPPV biztosan igazolható legyen. Előfordul, hogy a betegutak menedzselésében késés mutatkozik, és a diagnózis kitoldása a páciensek szorongását fokozza. Johanna esetében az egyensúlyi rendszer túlérzékenységének kiváltó ingere a BPPV volt, azonban a szédülékenység fennmaradásáért inkább a betegség okozta stressz, a tünetek okának ismeretlensége és a szédülést provokáló helyzetekkel szembeni fóbiás működésmód volt felelős. Az elkerülés rövid távon csökkentette a stresszt, hosszú távon azonban a félelmek rögzüléséhez, az élettér és a szociális kapcsolatok beszűküléséhez, összességében az életminőség súlyos romlásához vezetett.

A szédüléstől szenvedő páciensek jelentős százaléka mutat depressziós és/vagy szorongásos tüneteket. Ez az arány az alkalmazott skála-vágóértékektől függően 11–18%-tól (Kim et al., 2016) akár 63,4%-ig is terjedhet (Garcia et al., 2003). A komorbid szédüléssel és distresszel küszködő páciensek tünetei jóval azt követően is fennmaradhatnak, hogy vestibuláris funkcióik objektív mércével kompenzálódtak (Yardley, 2000). Mi több, a pszichiátriai szimptomákat is mutató BPPV-betegek szignifikánsan nagyobb eséllyel esnek vissza hat hónapon belül, mint a csak fizikai tüneteket jelző társaik (Wei et al., 2018). Ezzel szemben a nagyobb rezilienciával, koherenciaérzékkel és étellel való elégedettséggel jellemezhető pácienseknél kisebb eséllyel alakul ki másodlagos szomatiform vertigo (Tschan et al., 2011).

A szédüléses és pszichológiai-pszichiátriai problémák kapcsolata kétirányú:

- a) *A pszichológiai tényezők hozzájárulhatnak a szédülékenységek kialakulásához.* A szorongás megnyilvánulhat szubjektív egyensúlyi bizonytalanságérzetben (ilyenkor a vestibuláris funkciókban nem észlelhető objektív eltérés; Szirmai, 2011). A pszichés háttérű hiperventilláció is vezethet szédüléshez, túlzott oxigenizáció útján (ez a pánikroham egyik diagnosztikai kritériuma). Még az organikus háttérű, objektív tünetekkel jellemezhető egyensúlyrendszeri megbetegedések is gyakrabban fordulnak elő szorongók, mint nem-szorongók körében. Egy tajvani populációalapú retrospektív kohorszvizsgálat például azt találta, hogy a szorongásos zavarban szenvedő pácienseknek több mint kétszeres esélyük van a BPPV kialakulására, mint az egészségeseknek (Chen et al., 2016). Egy olasz vizsgálatban a BPPV-vel diagnosztizáltak életében szignifikánsan több negatív életesemény fordult elő a megbetegedést megelőző évben, mind az illetett egészséges kontrollalanyokéban (Monzani et al., 2016), így a stressz mint kiváltó tényező nem kizárható. Mindez azzal is összefügghet, hogy a vestibuláris rendszer működéséért és az érzelmi állapotokért felelős anatómiai régiók és neurotranszmitterek közt jelentős átfedés van (Balaban et al., 2011).
- b) *A szédülékenységek pszichiátriai problémákhoz vezethet.* Az egyensúlyvesztés ijesztő a páciensek számára, és magyarázat hiányában az oktulajdonítás a katasztrófizáció irányába billenhet. Az egyensúlyi rendszer rendellenességeit tapasztaló páciensek gyakran képzelik azt, hogy halálos betegség sújtja őket (Szirmai, 2011). A betegek (akár agorafóbiáig terjedő mértékben is) elkerülővé válhatnak olyan hely(zet)ekkel szemben, amelyek szédüléssel járhatnak, ezért életterük gyakran beszűkül, szociális kapcsolattartásaik megritkulnak, életminőségük romlik. Hosszabb távon ez könnyen vezethet depresszióhoz (Kozak et al., 2018).

A második pontban foglaltakból logikusan következik, hogy ha az organikus betegséget megfelelően kezeljük, akkor a pszichés tünetek pszichoterápia nélkül is enyhülhetnek. Valóban: egy kis létszámú török vizsgálatban a BPPV sikeres fizikai kezelése szignifikánsan csökkentette a páciensek szorongásszintjét (Gunes & Yuzbasioglu, 2019). Ha-

sonlóképpen, egy kínai vizsgálatban a BPPV kezelése után 3 hónappal mért szorongás-, depresszió- és életminőség-értékek szignifikánsan kedvezőbbek voltak a kezelés előtti-ekhez képest (Zhu et al., 2020). Spontán remisszió hiányában azonban pszichológiailag is kezelnünk kell a betegeket, annál is inkább, mert követéses vizsgálatok szerint az, hogy a szédülés hosszú távú fogyatékossgá válik-e, sokkal inkább függ pszichológiai, mint fizikai tényezőktől (Staab, 2006).

Johanna esetében a pszichológiai mutatók javulása, a páciens funkcionálási szintjének emelkedése igazolódott. A terápiának nem képezte célját a szorongásos hajlam genetikai és élettörténeti hátterének feltérképezése, a páciens interperszonális működésmódjainak (például megfelelési kényszerének) módosítása, a munkakörnyezetben megélt stressz okainak mélyebb megértése és oldása. Szomatikus környezetben ritkán van lehetőség hosszú, személyiségbe épülő (*trait-change*) terápiákra, sokkal inkább rövid, problémaorientált, tünetcsökkentő és állapotjavító (*state-change*) megsegítésre. Mégis, fizikai betegségekhez társuló pszichológiai problémák esetén az életminőség javítása, az *egészség* visszaállítása erkölcsi kötelességünk. Magyarországon is lassan, de biztató mértékben oldódik a pszichológiai vonatkozásokat övező stigma, egyre több orvos és beteg nyitott a – természetesen nem minden esetben szükséges – pszichológiai megsegítésre. Ehhez arra is szükség van, hogy a pszichológus mind az orvos, mind a beteg által jól követhető, demisztifikált módon, és lehetőleg bizonyítottan hatékony módszerekkel demonstrálja munkája létjogosultságát. Ezzel a komplex szemlélettel kerülünk legközelebb a holisztikus szemlélet reneszánszához és ahhoz, hogy az embert és ne a betegséget gyógyítsuk.

Mire tanít ez az eset?

A szomatikus betegségben szenvedő páciensek – különösen, ha a betegség krónikus – gyakran mutatnak komorbid szorongásos-depressziós tüneteket. Az erre érzékeny orvos képes tapintatosan mentális szakemberhez irányítani betegét anélkül, hogy ellenállást váltana ki („Nem bolond vagyok, hanem szédülök!”). A pszichológiai megsegítés során a legüdvözítőbb, ha nem foglalunk állást a testi és lelki problémák elsődlegességének kérdésében, azaz nem vagy-vagy, hanem is-is módon, hozzájáruló tényezőkként gondolkodunk róluk. Így a terápia is akkor a leghatékonyabb, ha komplex, vagyis mind fizikai, mind pedig pszichológiai támogatást magában foglal.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk Dr. Szirmai Ágnes fül-orr-gégész-neurológus szakorvosnak, egyetemi docensnek cikkünk orvosszakmai részeinek lektorálásáért.

IRODALOM

- Alum, R., Sturt, J., Lall, R., Winkley, K. (2008). An updated meta-analysis to assess the effectiveness of psychological interventions delivered by psychological specialists and generalist clinicians on glycaemic control and on psychological status. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 25–36.
- Alzoubi, A., Abunaser, R., Khassawneh, A., Alfaqih, M., Khasawneh, A., Abdo, N. (2018). The bidirectional relationship between diabetes and depression: a literature review. *Korean Journal of Family Medicine*, 39(3), 137–146.
- American Psychological Association. (2013). Integrated Health Care. (online). Letöltve: 2021.05.16., <https://www.apa.org/health/integrated-health-care>
- Azad, A., Mahmud, A. (2014). Role of Psychologist in Health Care. *Pulse*, 6(1–2), 37–40.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433–2445.
- Balaban C. D., Jacob R. G., Furman J. M. (2011). Neurologic bases for comorbidity of balance disorders, anxiety disorders and migraine: neurotherapeutic implications. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(3), 379–94.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
- Bennett-Levy, J., Richards, D. A., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K. M., Kavanagh, D. J., Klein, B., Lau, M. A., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J., Williams, C. (Eds.) (2010). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford University Press.
- Benton, T., Staab, J., Evans, D. L. (2007). Medical co-morbidity in depressive disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4), 289–303.
- Birmingham, S. L., Cohen, A., Hague, J., Parsonage, M. (2010). The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008–2009. *Mental Health Family Medicine*, 7(2), 71–84.
- Bhattacharyya, N., Gubbels, S. P., Schwartz, S. R., Edlow, J. A., El-Kashlan, H., Fife, T., Holmberg, J. M., Mahoney, K., Hollingsworth, D. B., Roberts, R., Seidman, M. D., Prasaad Steiner, R. W., Tsai Do, B., Voelker, C. C. J., Waguespack, R. W., Corrigan, M. D. (2017). Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 156(3S), S1–S47. <https://www.guidelinecentral.com/summaries/clinical-practice-guideline-benign-paroxysmal-positional-vertigo-update/#section-society>
- Brandt, T., Huppert, D., Hecht, J., Karch, C., Strupp, M. (2006). Benign paroxysmal positioning vertigo: a long-term follow-up (6–17 years) of 125 patients. *Acta Otolaryngologica*, 126(2), 160–163.
- Chen, K. Y., Evans, R., Larkins, S. (2016). Why are hospital doctors not referring to Consultation-Liaison Psychiatry? – a systemic review. *BMC Psychiatry*, 16(1), 390.

- Chen, Z. J., Chang, C. H., Hu, L. Y., Tu, M. S., Lu, T., Chen, P. M., Shen, C. C. (2016). Increased risk of benign paroxysmal positional vertigo in patients with anxiety disorders: a nationwide population-based retrospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 16, 238.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160(21), 3278–3285.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Connor, C. J., Liu, V., Fiedorowicz, J. G. (2015). Exploring the Physiological Link between Psoriasis and Mood Disorders. *Dermatology Research and Practice*, (7), 409637. 10.1155/2015/409637
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Cromwell-Smith, A., Peterson, R. A., Kimmel, P. L. (2007). Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(3), 484–490.
- Easton, K., Coventry, P., Lovell, K., Carter, L.-A., Deaton, C. (2016). Prevalence and Measurement of Anxiety in Samples of Patients With Heart Failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(4), 367–379.
- Fiest, K. M., Hitchon, C. A., Bernstein, C. N., Peschken, C. A., Walker, J. R., Graff, L. A., Zarychanski, R., Abou-Setta, A., Patten, S. B., Sareen, J., Bolton, J., Marrie, R. A., CIHR Team “Defining the Burden and Managing the Effects of Psychiatric Comorbidity in Chronic Immunoinflammatory Disease”. (2017). Systematic Review and Meta-analysis of Interventions for Depression and Anxiety in Persons With Rheumatoid Arthritis. *Journal of Clinical Rheumatology*, 23(8), 425–434.
- Finlay, A. Y., Khan, G. K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19(3), 210–216.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., Spitzer, R. L. (2018). *SCID-5-PD*. Oriold és Társai Kft.
- Fond, G., Loundou, A., Hamdani, N., Boukouaci, W., Dargel, A., Oliveira, J., Roger, M., Tamouza, R., Leboyer, M., Boyer, L. (2014). Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(8), 651–660.
- Gajdos, P., Rigó, A. (2018). Irritábilisbél-szindróma: komorbid pszichiátriai zavarok és pszichológiai kezelési lehetőségek. *Orvosi Hetilap*, 159(50), 2115–2121.
- Garcia, F. V., Coelho, M. H., Figueira, M. L. (2003). Psychological manifestations of vertigo: a pilot prospective observational study in a Portuguese population. *International Tinnitus Journal*, 9(1), 42–47.
- Garnefski, N., Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149.
- Gazdag, G. (2018). Pszichés zavarok a társszakkák mindennapi gyakorlatában. Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, I. Pszichiátriai és Pszichiátriai Rehabilitációs Osztály. (online). Letöltve: 2021.05.20. <https://semmelweis.hu/pszichiatria/files/2018/02/Konzult%C3%A1ci%C3%B3s-kapcsolati-pszichi%C3%A1tria-2018-2.pdf>

- Gilmer, T. P., O'Connor, P. J., Rush, W. A., Crain, A. L., Whitebird, R. R., Hanson, A. M., Solberg, L. I. (2005). Predictors of health care costs in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 28(1), 59–64.
- Goodwin, J. S., Zhang, D. D., Ostir, G. V. (2004). Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(1), 106–111.
- Gunes, A., Yuzbasioglu, Y. (2019). Effects of treatment on anxiety levels among patients with benign paroxysmal positional vertigo. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 276, 711–718.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K. (2003). Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4(12), 833–842.
- Hare, D. L., Toukhsati, S. R., Johansson, P., Jaarsma, T. (2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European Heart Journal*, 35(21), 1365–1372.
- Hutter, N., Schnurr, A., Baumeister, H. (2010). Healthcare costs in patients with diabetes mellitus and comorbid mental disorders – a systematic review. *Diabetologia*, 53(12), 2470–2479.
- Jacobson, G. P., Newman, C. W. (1990). The development of the Dizziness Handicap Inventory. *Archives of Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, 116(4), 424–427.
- Jasmin, K., Walker, A., Guthrie, E., Trigwell, P., Quirk, A., Hewison, J., Murray, C. C., House, A. (2019). Integrated liaison psychiatry services in England: a qualitative study of the views of liaison practitioners and acute hospital staffs from four distinctly different kinds of liaison service. *BMC Health Services Research*, 19(1), 522. 10.1186/s12913-019-4356-y
- Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gaulden, L. H., Cuffe, M. S., Blazing, M. A., Davenport, C., Califf, R. M., Krishnan, R. R., O'Connor, C. M. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalisation in patients with congestive heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 1849–1856.
- Kariuki-Nyuthe, C., Stein, D. J. (2015). Anxiety and Related Disorders and Physical Illness. In N. Sartorius, R. I. G. Holt, M. Maj (Ed.), *Comorbidity of Mental and Physical Disorders. Key Issues in Mental Health* (81–87. o.). Karger.
- Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), 216–226.
- Kim, S. K., Kim, Y. B., Park, I. S., Hong, S. J., Kim, H., Hong, S. M. (2016). Clinical analysis of dizzy patients with high levels of depression and anxiety. *Journal of Audiology and Otology*, 20(3), 174–178.
- Kim, H. J., Park, J., Kim, J. S. (2021). Update on benign paroxysmal positional vertigo. *Journal of Neurology*, 268(5), 1995–2000.
- Kimball, A., Gieler, U., Linder, D., Sampogna, F., Warren, R., Augustin, M. (2010). Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 24(9), 989–1004.
- Koenig, H. G. (2007). Recognition of depression in medical patients with heart failure. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 48(4), 338–347.
- Koncz, Zs. (2019). Onkopszichológia. A klinikai szakpszichológus szerepe az onkológián. In M. Kapitány-Fövény, Zs. Koncz, S. K. Varga (Ed.), *Klinikai szakpszichológia a gyakorlatban. Útirányok* (125–160. o.). Medicina Könyvkiadó.

- Kozak, H. H., Dündar, M. A., Uca, A. U., Uğuz, F., Turgut, K., Altaş, M., Tekin, G., Aziz, S. K. (2018). Anxiety, mood, and personality disorders in patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Archives of Neuropsychiatry*, 55, 49–53.
- Kulcsár, Zs. (1993). *Pszichoszomatika*. Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Livermore, N., Sharpe, L., McKenzie, D. (2010). Panic attacks and panic disorder in chronic obstructive pulmonary disease: A cognitive behavioral perspective. *Respiratory Medicine*, 104(9), 1246–1253.
- Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 52(12), 2136–2148.
- McDade-Montez, E. A., Christensen, A. J., Cvengros, J. A., Lawton, W. J. (2006). The role of depression symptoms in dialysis withdrawal. *Health Psychology*, 25(2), 198–204.
- Molnár, Gy. (2001). Határterületi kérdések. In J. Füredi, A. Németh, P. Tariska (Ed.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (2. bővített, átdolgozott kiadás) (739–743. o.). Medicina Könyvkiadó.
- Molnár, M. Zs., Szeifert, L., Kóczy, Á., Szentkirályi, A., Kovács, Á., Lindner, A., Mucsi, I., Novák, M. (2005). Depresszió: a vesetranszplantáción átesett betegek életkilátásait meghatározó új tényező. *Psychiatria Hungarica*, 20, 23.
- Monzani, D., Genovese, E., Rovatti, V., Malagoli, M. L., Rigatelli, M., Guidetti, G. (2006). Life events and benign paroxysmal positional vertigo: A case-controlled study. *Acta Otolaryngologica*, 126, 987–992.
- Muncie, H., Sirmans, S. M., James, E. (2017). Dizziness: Approach to evaluation and management. *American Family Physician*, 95(3), 154–162.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem, Treatment and Management. <http://www.nice.org.uk/CG91>
- Nimnuan, C., Hotopf, M., Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(1), 361–367.
- Onitilo, A. A., Nietert, P. J., Egede, L. E. (2006). Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *General Hospital Psychiatry*, 28(5), 396–402.
- Pozuelo, L., Tesar, G., Zhang, J., Franco, K., Tesar, G., Penn, M., Jiang, W. (2009). Depression and heart disease: what do we know, and where are we headed?. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(1), 59–70.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877.
- Purebl, Gy. (2018). *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Oriold és Társai.
- Rayner, L., Matcham, F., Hutton, J., Stringer, C., Dobson, J., Steer, S., Hotopf, M. (2014). Embedding integrated mental health assessment and management in general hospital settings: feasibility, acceptability and the prevalence of common mental disorder. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 318–324.
- Rohánszky, M., Katonai, R., Konkoly Thege, B. (2014). Magyar daganatos betegek pszichoszociális állapota. *Orvosi Hetilap*, 155(26), 1024–1032.

- Rosemann, T., Backenstrass, M., Joest, K., Rosemann, A., Szecsenyi, J., Laux, G. (2007). Predictors of depression in a sample of 1,021 primary care patients with osteoarthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 57(3), 415–422.
- Roy, T., Lloyd, C. E. (2012). Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142, S8–S21.
- Royal College of Psychiatrists. (2019). PS07/19: The role of liaison psychiatry in integrated physical and mental healthcare. (online). Letöltve: 2021.05.20. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps07_19.pdf?sfvrsn=563a6bab_2
- Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners. (2009). The management of patients with physical and psychological problems in primary care: a practical guide. (online). Letöltve: 2021.04.30. https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr152.pdf?sfvrsn=60c03977_2
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843–853.
- Satin, J. R., Linden, W., Phillips, M. J. (2009). Depression as a Predictor of Disease Progression and Mortality in Cancer Patients. *Cancer*, 115(22), 5349–5361.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gasquet, I., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Kessler, R.C., Levinson, D., Mneimneh, Z. N., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Takeshima, T., Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1–3), 113–120.
- Semenkovich, K., Brown, M. E., Svrakic, D. M., Lustman, P. J. (2015). Depression in Type 2 Diabetes Mellitus: Prevalence, Impact, and Treatment. *Drugs*, 75(6), 577–587.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970). *STAI: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologist Press.
- Staab, J. P. (2006). Assessment and management of psychological problems in the dizzy patient. *Lifelong Learning in Neurology*, 12, 189–213.
- Stephens, A., Whitehead, D. L. (2005). Depression, stress and coronary heart disease: the need for more complex models. *Heart*, 91(4), 419–420.
- Stevens, L., Rodin, I. (2011). *Liaison psychiatry*. *Psychiatry* (66–67. o.). Elsevier.
- Szeifert, L., Adorjáni, G., Zalai, D., Novák, M. (2009). Hangulatzavarok krónikus vesebetegek körében: a depresszió jelentősége, etiológiája és prevalenciája. *Orvosi Hetilap*, 150(13), 589–596.
- Szirmai, Á. (2010). Benignus paroxysmalis positionalis vertigo. *Hippocrates*, 2010(2), 85–87.
- Szirmai, Á. (2011). Anxiety in vestibular disorders. In Á. Szirmai (Ed.), *Anxiety and Related Disorders*. IntechOpen. Letöltve 2021. 06.06. <https://www.intechopen.com/books/anxiety-and-related-disorders/anxiety-in-vestibular-disorders>
- Szirmai, Á., Maihoub, S., Tamás, L. (2018). Az asszisztált egyensúlyi tréning hatékonysága krónikus vestibularis rendszeri szédülésben. *Orvosi Hetilap*, 159(12), 470–477.

- Timonen, M., Viilo, K., Hakko, H., Särkioja, T., Ylikulju, M., Meyer-Rochow, V. B., Väisänen, E., Räsänen, P. (2003). Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 42(2), 287–291.
- Tollefson, G. D., Tollefson, S. L., Pederson, M., Luxenberg, M., Dunsmore, G. (1991). Comorbid irritable bowel syndrome in patients with generalized anxiety and major depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 215–220.
- Tschan, R., Best, C., Beutel, M. E., Knebel, A., Wiltink, J., Dieterich, M., Eckhardt-Henn, A. (2011). Patients' psychological well-being and resilient coping protect from secondary somatoform vertigo and dizziness (SVD) 1 year after vestibular disease. *Journal of Neurology*, 258, 104–112.
- Vamos, E. P., Mucsi, I., Keszei, A., Kopp, M. S., Novak, M. (2009). Comorbid depression is associated with increased healthcare utilization and lost productivity in persons with diabetes: a large nationally representative Hungarian population survey. *Psychosomatic Medicine*, 71(5), 501–507.
- Vincze, Á., Perczel-Forintos, D. (2019). Kognitív viselkedésterápiás intervenciók krónikus testi betegségekben. In: D. Perczel-Forintos, K. Mórotz (Ed.), *Kognitív viselkedésterápia* (299–321. o.). Medicina.
- Vincze, G., Túry F., Murányi I., Kovács J. (2005). Depresszió a szomatikus medicinában. A konzultációs-kapcsolati pszichiátria szükségessége. *LAM*, 15(1), 53–59.
- von Brevern, M., Radtke, A., Lezius, F., Feldmann, M., Ziese, T., Lempert, T., Neuhauser H. (2017). Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 78, 710–715.
- Vögele, C. (2015). Behavioral Medicine. In: J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (463–469. o.). Elsevier.
- Wade, D. T., Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995–1004.
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family & Community Medicine*, 12(2), 63–70.
- Watson, D., Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448–457.
- Wei, W., Sayyid, Z. N., Ma, X., Wang, T., Dong, Y. (2018). Presence of anxiety and depression symptoms affects the first time treatment efficacy and recurrence of benign paroxysmal positional vertigo. *Frontiers in Neurology*, 9, 178.
- Weissman, A. N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. *Dissertation Abstracts International*, 40(3-B), 1389–1390.
- Willgoss, T. G., Yohannes, A. M. (2013). Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respiratory Care*, 58, 858–866.
- Yardley L. (2000). Overview of psychologic effects of chronic dizziness and balance disorders. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 33, 603–616.
- Yohannes, A. M. (2005). Depression and COPD in older people: a review and discussion. *British Journal of Community Nursing*, 10(1), 42–46.
- Yohannes, A. M., Alexopoulos, G. S. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD. *European Respiratory Review*, 23(133), 345–349.

-
- Zhu, C., Li, Y., Ju, Y., Xingquan Zhao, X. (2020). Dizziness handicap and anxiety depression among patients with benign paroxysmal positional vertigo and vestibular migraine. *Medicine*, 99(52), e23752. 10.1097/MD.00000000000023752
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63–70.