

Önfeltárás és poszttraumás növekedés rákkal diagnosztizált személyeknél

Összefoglalás ♦ *A tanulmányban a poszttraumás növekedés (PTN) és az önfeltárás összefüggéseit vizsgáltuk rákkal diagnosztizált személyeknél. Tedeschi és Calhoun (2005) modellje szerint traumatikus eseményeket követően a túlélők pozitív irányba is képesek fejlődni. Abból az alapfeltevésből indultunk ki, hogy az önfeltárás elősegítheti a fejlődést, lehetőséget teremtve a trauma kognitív és emocionális feldolgozására. Célkitűzésünk volt megvizsgálni az önfeltáró beszélgetés PTN alakulására kifejtett hatását rákkal diagnosztizált személyek esetében. Azt feltételeztük, hogy nagyobb mértékű PTN figyelhető meg azoknál a betegeknél, akik önfeltáró beszélgetésekben is részt vesznek, azon társaikhoz viszonyítva, akik csak orvosi ellátásban részesültek. A résztvevők több mint hat hónapja és kevesebb mint öt éve lettek rákkal diagnosztizálva (n=12 a kísérleti csoportban, illetve n=11 a kontrollcsoportban). Az önfeltárást elősegítő beavatkozás hat, egy hónapon belül lefolytatott egyéni beszélgetésből állt, lehetőséget biztosítva a kísérleti csoport résztvevőinek a betegségétörténet elmondására, a negatív emóciók kifejezésére és a pozitív változások, tapasztalt előnyök megfogalmazására. A poszttraumás növekedés mérésére Tedeschi és Calhoun (1996) önbeszámolón alapuló kérdőívét alkalmaztuk. A kérdőív öt alskálát tartalmaz, amelyek segítségével mérhető az élet különböző területein bekövetkező pszichológiai fejlődés. Az eredmények feldolgozása az SPSS 16.0 statisztikai program alkalmazásával történt. Eredményeink PTN-fejlődést igazolnak a kísérleti csoport tagjainál, különösképpen a másokhoz való viszonyulás, az új életlehetőségek, és a spirituális változás alskálákon.*

Bevezető

„Ha az ember veszített helyzetben kap egy újabb lehetőséget az életre, elgondolkozik azon, mi is az ami valóban fontos a számára. Mi az, ami az életben jó, és aminek – akár egy ajándéknak – örülnie kell, s mi az ami hiányzik, amiért küzdeni érdemes.(...). A rossz események többsége hordoz magában jót. De ahhoz, hogy a rosszban meglássuk az üzenetet és a lehetőséget, hogy javunkra is fordíthatjuk, nagyon bölcsnek és megfontoltnak kell lenni.,,

(Kazda, 2005: 10).

Az első feljegyzés a rákról Kr. e. 1600-ból származik, és azt írja, hogy kezelés rá nem létezik. Az orvostudomány a múlt század közepétől jelentősen fejlődött a rák diagnózisát és kezelését illetően, a rákbetegség ma már nem tekinthető halálos ítéletnek (Mateescu et al., 2010). Mindezek ellenére jelenleg is az életet veszélyeztető betegségnek számít, és az egész világon egyre elterjedtebb (Lapis, 2001). A pszichológia területén a rákbetegekkel végzett vizsgálatok egy része a negatív pszichoszociális tényezőkre irányult. Tedeschi és Calhoun (1996) azonban azt tapasztalták, hogy a különböző traumát átélt személyek gyakran pozitív változásról számolnak be, azaz képesek túllépni a veszteségeken, és tapasztalataikat nyereségként, növekedésként megélni. A pozitív jelentéstalálás azoknál a rákbetegeknél lehetséges reakció, akik distresszt tapasztaltak a diagnózis következtében (Morill et al., 2008). Kulcsár (2005.a, 2005.b) a társas tényezők szerepét hangsúlyozza a növekedés alakulásában, Tedeschi és Calhoun (2005) a kognitív feldolgozás mellett az önfeltárás lehetőségét és a szociális támogatást is fontosnak tartják. A pozitív változás tapasztalata szempontjából előnyös, ha a trauma túlélőjének önfeltárulkozásait együttérzéssel fogadják, támogatják, traumatörténetét meghallgatják, így elősegítve a trauma kognitív és emocionális feldolgozását (Neimeyer, 2006; Tedeschi és Calhoun, 2005, 2006).

A rákbetegség pszichoszociális és spirituális vetületei

A rákos megbetegedés sokoldalúan érinti az emberi szervezetet, egy szerv vagy szövet sejtjeinek abnormális növekedése által veszélyezteti az egyén életét (Mateescu et al., 2010). A XXI. században az egész világot érintő problémát jelent, mivel három ember közül egy megbetegszik valamilyen rákban élete során, és ez a második leggyakoribb halálok (Lapis, 2001). A WHO

felmérése alapján a rákbetegek száma az utóbbi két évtizedben Romániában is növekedett (Dégi, 2010).

A rák pszichológiai megközelítése a pszichoszomatikus kutatásokban két fő területen bontakozott ki. Az egyik az élethelyzetbeli előzményekre fektette a hangsúlyt, a másik irány a premorbid személyiség szerkezet és az elhárító mechanizmusok sajátosságainak feltárására törekedett (Kulcsár, 1993). A rákbetegek túlélési esélyeinek növekedésével egy időben bontakozott ki az onkopszichológia, amely a rákos beteg és hozzátartozói, valamint a gyógyító személyzet pszichoszociális terhelésével, jellemzőivel foglalkozik, kiterjesztve tevékenységét a kutatásra és a megelőzésre is (Riskó, 1999). A pszichoneuroimmunológiai irányzat pedig a stressz és más pszichológiai változók befolyását vizsgálja az immunrendszer működésére (Atkinson et al., 2005), valamint szintén kutatja ezek szerepét különböző pszichoszomatikus zavarok és/vagy betegségek kialakulásában és fennmaradásában. Az immunrendszert például közvetítő láncszemnek tekintették a pszichoszociális tényezők és a rákos betegség között (Spiegel et al., 1998), és újabban is megerősítik ezt a nézőpontot, kihangsúlyozva azoknak a lélektani beavatkozásoknak a fontosságát, amelyek a pszichológiai stressz csökkentése által képesek lehetnek pozitív hatást gyakorolni a szervezet ellenállóképességére a rákkal szembeni harcban (Witek-Janusek et al., 2008).

A rák és a spiritualitás is összekapcsolódik: a különböző vallásokban jelen van a szenvedés fogalma, illetve a rákbetegség során egzisztenciális és vallási kérdések kerülhetnek előtérbe. Maslow (2006) a transzcendenst a gonoszság meghaladásával, a halál és a fájdalom elfogadásával társítja, a misztikus élményt az univerzummal és a másik emberrel való egybeolvadásként definiálja. Wilber (2005) könyvében megrendítően tárja elénk fiatal felesége rákbetegséggel folytatott küzdelmét és halálát. Mindkét említett szerző számos spirituális törekvéstről és élményről számol be mind a betegséggel, mind a halállal kapcsolatos történések során. Az elméleti feltevések mellett kutatások is igazolták, hogy a vallásos közösségbe tartozó ember pszichés alkalmazkodó képessége jobb (Atkinson et al., 2005). Coward úgy találta, hogy a transzcendens átélése mellrákos nők esetében csökkenti a betegség okozta szubjektív szenvedést (Kulcsár, 1993). Kulcsár (2007) véleménye szerint az olyan humán emóciók, mint a meghatottság, az emelkedettség, az áhítat, pozitívan hatnak a trauma utáni felépülésre, a vallásos hittel társuló spirituális élmény segítheti a felépülést.

A rák, mint traumatikus esemény

„Nem tagadhattuk a felfedezés súlyosságát. Ha az agydaganat előrehaladott állapotban van, kezelés nélkül hat hét alatt, kezelés mellett hat hónap alatt öl. Nem tudtam mennyire előrehaladott az állapotom, de a statisztikákat jól ismertem. Egyikünk sem tudta, mit mondjon, úgyszólván inkább hallgattunk.(...) És hirtelen felmerült a lehetőség, hogy nem is lesz jövőm.”

(Servan-Schreiber, 2009: 21)

A traumatikus esemény meghaladja az ember mindennapi alkalmazkodási képességét. Az egyén kiszolgáltatott helyzetbe kerül, testi és/vagy lelki integritása veszélyben forog (Herman, 2011).

Traumatikus történések a rák kontextusában

A megbetegedés, a kórházi felvétel, a kivizsgálás, az onkológia pszichés légköre, az eredményekre való várakozás, a diagnózisközlés, a szükséges kezelések, illetve olykor a szobatársak és a kórházi személyzet közvetlen vagy közvetett viszonyulása is traumatikus élményt jelenthet az érintettek számára (Riskó, 1999). Tari (2008) szerint a rákbeteg sebezhetősége fokozott, a diagnózis, a kezelések mellékhatásai, a fájdalom, a kórházi lét, a halál közelségének tudatosítása, a visszaesés lehetősége és a megváltozott életkörülmények stresszes eseményei miatt. A rákos megbetegedések kontextusában a kutatások azt mutatták ki, hogy a fokozott globális distressz előfordulási aránya 35–44% között mozog, az emocionális stressz, a szorongás és a depresszió pedig a legfontosabb felmerülő problémák a fáradtsághoz, valamint a fájdalomhoz kapcsolódó gondokat követően (Thalén-Lindström et al., 2013). A szorongásos problémák és zavarok legkülönbözőbb formái igen elterjedtek, közös tényezőt képez egy nagyon sajátos szorongásforma, nevezetesen a betegség előrehaladásától való félelem (Herschbach et al., 2005). Számolnunk kell továbbá a függőség fokozott megtapasztalásával, valamint a társas szerepek beszűkülésével, a prognózis bizonytalanságával, illetve az elszigetelődés, a reménytelenség és tehetetlenség, valamint a kétségbeesés és demoralizáció érzéseivel, amelyekkel valamilyen ponton és valamilyen mértékben a legtöbb rákbeteg szembesül (Mehnert et al., 2011).

A diagnózissal való szembesülés érzelmileg megterhelő feladat: az olyan tényezők, mint a „rák” szó tabuként való kezelése, a diagnózisközlés mintájának hiánya, a rák és a halál asszociációja a köztudatban, vagy a kórházi személyzet tudattalan attitűdje pedig tovább nehezítik helyzetet (Riskó, 1999). Tari (2008) tapasztalata az, hogy a diagnózis közlése során egyes rákbetegek olyan sajátos állapotba kerülnek, hogy hallják a szavakat, de a fellépő érzékszervi gátlás következtében nem értik meg a mondottakat. A diagnózis hírére követő reakciót meghatározhatja a beteg személyisége, megküzdő képessége és a körülötte levő kulturális-társadalmi szféra; a diagnózis után pedig a kezeléssel, a kórházzal, a fájdalommal, a függetlenség és a testi integritás elvesztésével, illetve a halállal kapcsolatos félelmek jelentkezhetnek (Riskó, 1999). Greer hangsúlyozza, hogy a szakirodalom alátámasztja, hogy az emocionális zavarok (elsősorban szorongásos és depressziós tünetegyüttesek) nagyobb gyakorisággal jelentkeznek a rákos betegek körében (Szabó, 2000). A nyugtalanság egyik első forrása egy olyan betegséggel való szembesülés jelenti, amely elkerülhetetlenül „eszünkbe juttatja” létünk korlátait, és esetenként azt, hogy halandók vagyunk (Szabó, 2000: 82), ebből kifolyólag pedig a diagnózis közlése olyan kognitív, emocionális és viselkedésbeli reakciókat idéz elő, amelyek nagymértékben megfelelnek a gyász Kübler-Ross (1987) által leírt szakaszainak: tagadás, düh, alkudozás, depresszió és elfogadás (Szabó, 2000). Egyes szerzők szerint az is előfordulhat, hogy közvetlenül a rák-diagnózis közlését követően egy kezdeti sokkreakció előzi meg a fentebb említett jellegzetes választ (Szabó, 2000).

Az onkológiai kezelések legtöbbször megpróbáltatást jelentő feladatnak bizonyulnak. A leggyakrabban alkalmazott kezelések – a sebészeti beavatkozás, a sugárterápia és a kemoterápia – különböző testi és lelki tüneteket okozhatnak (Mateescu et al. 2010). A fizikai trauma mellett, műtét előtt gyakori a halálfélelem, a testi integritás elvesztésétől és a kiszolgáltatottságtól való félelem, az altatás és a fájdalom előrevetített kínjai miatt érzett szorongás; később, a műtét után pedig a megváltozott vagy megcsonkított test, illetve az operált szervben beállt funkciózavarok elfogadása okozhat nehézséget (Riskó, 1999). Sugárkezelés során a besugárzott rész szomszédos sejteinek sérülése miatt különböző mellékhatások (pl. kimerültség, bőrelváltozás, hányinger, hasmenés, vérkép romlása, étvágytalanság, érzelmi zavar) jelentkezhetnek, és az egészséges sejtekre szintén ható kemoterápia is mellékhatások sorozatát (pl. szőrzet- és hajvesztés, hasmenés vagy székrekedés, hányinger és hányás, vérszegénység, fáradtság, fájdalom, fertőzések, különböző gyulladások, idegi és izompanaszok, szexualitással kapcsolatos változások, zavartság,

depresszió) eredményezheti (Igazvölgyi, 2005). A mellékhatások veszélybe sodorhatják az önellátás képességét, ami nagyfokú szorongással járhat együtt; az a tudat pedig, hogy a gyógyításra használt kemoterápia hatóanyaga tulajdonképpen mérgező, negatív érzelmeket (harag, utálat) válthat ki (Tari, 2008). A traumát fokozhatja a közérzet romlása, a hányinger/hányás kondicionált reakcióként való megjelenése, az önazonosság csorbulása, például a drasztikus hajhullással összefüggésben (Riskó, 1999). A legtöbb esetben megfigyelhető a szorongás, a depresszió, a fáradtság miatt érzett gyengeség és az életenergia csökkenése, az önkép megkérdőjelezése, memória- és figyelemproblémák léphetnek fel, szexualitással és reprodukcióval kapcsolatos érzelmi zavarok jelentkezhetnek (különösen fiatalabb betegeknél), de a kezelése alatt jellemző a kétségbeesés és a bizonytalanság érzése is (Mateescu et al., 2010).

A kiújulás fenyegetettségét szintén átéli a legtöbb rákbeteg, mivel a kezelés befejezése után azzal a ténnyel kell szembesülni és együtt élni, hogy a betegség bármikor visszatérhet. A szakirodalom a „Damoklész kardja-effektus” kifejezéssel azt a szorongást írja le, amelyet a tünetmentes páciens érez, ugyanis senki sem biztosíthatja a túlélőt arról, hogy a továbbiakban minden rendben lesz (Tari, 2008). Egy „rák” diagnózist követően a személy biztonságérzete és jólléte ideiglenes, vagy akár végleges károsodást is szenvedhet, így a poszttraumatikus stressz szindróma tünetegyüttesét szintén gyakran ismerhetjük fel túlélőknél (Haylock, 2010).

A klinikai tapasztalat – akárcsak az irodalomban található betegségtörténetek – alátámasztja, hogy bár minden rákbeteg egyedi módon reagál a helyzetére, a lezajló események traumatikus élménye szinte mindegyik történetből kiolvasható (Bishop, 1990; Kazda, 2005; Oláh, 2011; Servan-Schreiber, 2008; Singer, 1995; Wilber, 2005). Nem csoda tehát, hogy a testi szenvedés mellett a lelki szenvedés valamilyen formája is elkerülhetetlen velejárója a kórfolyamatnak. Mivel a haláltól és az elhagyástól való félelem, az elszigetelődés, a társas kapcsolatokban bekövetkező negatív változás, a sérülékenység érzése és az emocionális labilitás, a depresszió, a testkép negatív irányba történő módosulása, a szexuális diszfunkciók, illetve a poszttraumás szorongás kialakulásának nagyobb a valószínűsége a rák kontextusában, természetes és érthető (Haylock, 2010), hogy a betegek gondozásának prioritásai között szerepel a pszichológiai ellátás, amelynek célja elsősorban a betegek, valamint családjaik életminőségének javítása (Witek-Janusek et al., 2008). Az említett szerzők arra is felhívják a figyelmet, hogy a fentebb leírt belső események nem csak az életminőséget ronthatják, hanem az egészség és a gyógyulás útjába álló akadályoknak tekinthetők (Haylock, 2010), mivel meggyengítik a betegség

fölötti kontrollt (Witek-Janusek et al., 2008). Az a mód, ahogyan a személy reagál a betegségére és mindazokra a megpróbáltatásokra, amelyek ezzel együtt járnak; a betegséggel szembeni attitűd, valamint a bevetett megküzdési stratégiák mind azon tényezők közé tartoznak, amelyek befolyást gyakorolhatnak a túlélésre (Szabó, 2001). Ez történhet közvetlenül – pl. a kezeléssel való együttműködés vagy az együttműködés hiányának következményei által (pl. Blasco és Bayes, 1991) –, vagy pedig közvetetten, összetettebb mechanizmusok révén, például neuroimmun és/vagy neuroendokrin mechanizmusokon keresztül (pl. Lambley, 1987; Siegel, 1994, 1995; Simonton, Matthews-Simonton és Creighton, 1990). Egy újabb tanulmányban különösen a pozitív újraértékelés kedvező hatását mutatták ki, ugyanis e megküzdési stratégia használata képesnek bizonyult megfordítani a stressz által indukált immunválaszokat, azaz semlegesíteni az esetleges káros hatásokat (Bong Koh et al., 2006). A szerzők megjegyzik, hogy vizsgálatukban pozitív újraértékelésnek tekintették azokat az erőfeszítéseket, amelyeket a vizsgálati személyek a pozitív értelem megteremtésébe fektettek a személyes fejlődésre (növekedésre), illetve a spiritualitásra való összpontosítás segítségével (Bong Koh et al., 2006).

A poszttraumás növekedés jelensége

A szenvedés jelentéssel való felruházása már jóval a növekedés fogalmának bevezetése előtt megjelenik a vallás, a filozófia és az irodalom területén, illetve a pszichológia szakirodalmában; az egzisztencialista és a humanisztikus irányzatok képviselői külön hangsúlyt fektetnek a fejlődés kérdésre (Kulcsár, 2005.b). Frankl (2009) például azt vallja, hogy az ember még a legborzasztóbb körülmények között is alkalmas mélyebb jelentést adni életének.

A poszttraumás növekedés (PTN) a pozitív újraalkalmazkodás megtapasztalását jelenti, és egy jelentősen megrázó életeseményt követően jelentkezhet, annak függvényében, hogy az egyén hogyan reagál és hogyan kezd bele megváltozott életének újjáépítési folyamatába (Tedeschi és Calhoun, 1996). Alakulására számos tényező befolyást gyakorolhat, úgy külső (pl. az egyén rendelkezésére álló szociális támasz, az önfeltárás lehetőségei), mint belső (pl. egyéni jellemzők, vagy a traumatikus esemény által megkérdőjelezett kognitív struktúrák átszervezésének folyamata) (Tedeschi és Calhoun, 2005). A szerzők szerint a PTN a következő öt területen bontakozhat ki: új életlehetőségek, másokhoz való viszonyulás, személyes erő, spirituális fejlődés és az élet értékelése (Tedeschi és Calhoun, 1996).

Tedeschi és Calhoun (2005) elkülöníti a PTN fogalmát a megküzdés fogalmától, szerintük a növekedés nem megküzdési mechanizmus, hanem a megküzdés következménye. Különbséget látnak továbbá a PTN és a rugalmasság, szívósság, optimizmus, koherenciaérzék fogalmai között is. Szerintük ez utóbbiak nehéz élethelyzetek kezelését elősegítő tényezők, a PTN viszont több a stresszelő helyzetek okozta károsodás elkerülésének képességénél, mivel a túlélő a trauma előtti szinthez viszonyítva fejlődik (Tedeschi és Calhoun, 2005). Kulcsár (2005.b) rávilágít, hogy más szerzők a megküzdés és a PTN elkülönítését nem tartják megvalósíthatónak, ezeket inkább egymással kölcsönhatásban lévő folyamatoknak tekintik, mivel a megküzdés célozhatja az eredeti állapot visszaállítását, de fejlődést is eredményezhet.

Janoff-Bulman (2006) kognitív szemléletű álláspontja szerint a világról alkotott alapvető feltételezéseink absztrakt sémák rendszerébe szerveződve reprezentálják tudásunkat önmagunkról és a világról. A trauma során felülbíráljuk a világról kialakított jelentésünk érvényességét, létünk újraértékelése pedig magában hordozza a sémák megváltoztatásának lehetőségét, azaz pozitív változást is eredményezhet. Park és Folkman (2005) szerint a trauma a globális hiedelemrendszer megrendítése által készítet változásra, és a létezés értelmébe vetett hit megingását a kognitív sémák újjáépítése követi. Tedeschi és Calhoun (2005) a traumatikus élményt földrengésszerű eseményként vázolja, amelynek következtében összeomlik az addigi világkép, pszichológiai distresszt okozva és a kognitív átstrukturálás szükségességét eredményezve. Az újjáépítés során pedig az egyén már figyelembe veszi a trauma után megváltozott valóságot és a jövő lehetőségeit, így az újabb megrázkódtatásoknak jobban ellenálló sémák kialakítására törekszik, aminek eredményét növekedésként éli meg.

Poszttraumás növekedés rákos betegeknél

Egyre gyarapodó irodalom támasztja alá a PTN folyamatának megfigyelhetőségét egyes rákos betegeknél is, ami lehetővé teszi az előnyök azonosítását a nehéz élethelyzet közepette (Garland et al., 2007; Tedeschi és Calhoun, 2005). A PTN azoknál a rákbetegeknél megfigyelt alkalmazkodási folyamat, akik magas szintű stresszt tapasztaltak a diagnózis közlését követően; egy olyan folyamat, amely képessé teszi a rákbeteget arra, hogy tapasztalatait a változás lehetőségeként fogalmazza újra, és ebből fakadó nyereségeket érzékeljen (Morill et al., 2008). Rosszindulatú betegség miatt csontvelő-átültetésen átesett személyek vizsgálati eredményei is arra utalnak, hogy az életet fenyegető betegségek, amilyen a rákbetegség is, okozhatnak pozitív

változást, ami az életminőség alakulására is hatással lehet (Fromm, Andrykowszki, Hunt, 2005). Vegyes típusú rákbetegeknél a PTN és a pozitív újraértékelés kapcsolatát igazolták (Widows et al., 2005). Mellrákos nőket egészségesekkel összehasonlítva a PTN magasabb értékét kapták a betegeknél, különösen az élet értékelése, a spirituális változás, a másokhoz való viszonyulás alkálákon (Cordova et al., 2005). Kállay (2008) pedig, aki szintén egészséges és rákbeteg (méhnyak- és mellrákos) nőket hasonlított össze, a spirituális változás alkála magasabb értékét mutatta ki a betegek körében.

A PsycLIT és Medline adatbázisokban 1960–2004 között megjelent, a témára vonatkozó tanulmányok áttekintése után Stanton, Bower és Low (2006) úgy vélekednek, hogy a pozitív változás felfedezhető ugyan a rákbetegek körében, de nem tekinthető univerzálisnak. A kutatások számos pszichoszociális (pl. személyiségi változók, megküzdési stratégiák, szociális közeg, életminőség stb.), és egyéb (pl. jövedelem, végzettség, életkor, nem, diagnózis óta eltelt idő stb.) tényező PTN-nel való kapcsolatát vizsgálták (Stanton, Bower, Low, 2006). Bár az eredmények sokszor egymásnak ellentmondóak (vagy legalábbis annak tűnnek, tekintve, hogy eltérő mérőeszközöket használnak, illetve a mért konstrukciók sem vonatkoznak mindig azonos jelenségekre), megemlítendő, hogy a megküzdési stratégiák képezik az egyik olyan tényezőt, amelyet a vizsgálatok a leggyakrabban hoztak összefüggésbe a PTN-nel (Lelorain et al., 2010; Stanton, Bower, Low, 2006; Thombre et al., 2010).

Tedeschi és Calhoun (2005) szerint a PTN egy komplex folyamat, és nem tekinthető csupán megküzdési mechanizmusnak, pszichológiai alkalmazkodásnak vagy jóllétnek, a fogalom megalkotói ugyanakkor azt is belátják, hogy a kognitív folyamatok és a PTN viszonya még nem teljesen tisztázott (Calhoun és Tedeschi, 2005).

Az önfeltárási beszélgetés, mint segítő eljárás a rákkal való megküzdésben

„Rákos lettem. Elég rosszul érzem magam emiatt, amiért fenyegeti az életem, az operációk és kezelések miatt, melyeket el kellett viselnem. Félelmetes volt. Bűnösnek érzem magam, amiért rákos lettem. Megkérdeztem önmagamtól, mit tehettem, amivel ezt magamra idéztem. Kegyetlen voltam magamhoz néhány ilyen kérdés feltevésekor. Kérlek, segíts! Nincs szükségem rá, hogy te is kegyetlenül viselkedj velem. Szükségem van rád, hogy megérts, kedves legyél és segíts megbirkózni ezekkel a kérdésekkel. Nincs rá szükségem, hogy elméleteket gyárts rólam, úgymond

a hátam mögött. Arra van szükségem, hogy megkérdezz, nem pedig arra, hogy kijelentéseket tegyél. Arra van szükségem, hogy megpróbáld megérteni, milyen érzés lehet ez, legalább egy kicsit, hogy a helyembe képzelj magad, és kedvesebb legyél velem, mint amilyen néha én vagyok magammal.”

(Trey Wilber naplójából, idézi Wilber, 2005: 259)

A feltáró, verbális pszichoterápiák jelentőségét hangsúlyozza Rogers (2008), a kliens és terapeuta kapcsolatát tartva a legjelentősebb hatótényezőnek, kiemelve a kliens iránti empátiát és feltétel nélküli elfogadást, illetve a terapeuta hitelességét. Trauma után az empátia biztosítja a társas támogatás folyamatát, feltételezhetően a szociális agy vezérlése által, a tükörneuronok mechanizmusán keresztül, a fejlődés pedig a létrejövő kölcsönkapcsolat eredménye (Kulcsár, 2005.a). Biró (2009) tevékenysége során úgy tapasztalta, hogy a súlyosan beteg ember igényli története és érzelmei feltárását; véleménye szerint a beszélgetés akkor válik támogatóvá, amikor a segítő szakmai vagy magánvéleményétől elvonatkoztatva képes befogadó módon figyelni a betegre, nyitott, illetve próbálja a negatív érzelmeket a pozitív érzelmek erősítésével olyan kontextusba helyezni, amely lehetővé teszi ezek elviselését. Tringer (2007) szerint a segítő személyiségével gyógyít, olyan feltételek létrehozása révén, amelyek képesek kibontakoztatni az egyén adottságait. Álláspontja szerint az emberben megvannak a pozitív változáshoz szükséges erőforrások, és ezek mozgósítása a terápia célja, továbbá szerinte a hangsúly a gyógyító beszélgetés alatt a kommunikációra helyeződik (Tringer, 2007).

Önfeltárás és poszttraumás növekedés

Tedeschi és Calhoun (2005) a PTN-elmélet bemutatása során fontos tényezőnek tekintik a megélt tapasztalatok feltárásának lehetőségét, amely szerintük megfelelő társas támogatás keretei között valósítható meg a leghatékonyabban, azonban rávilágítanak arra is, hogy az önfeltárás írásban (pl. Pennebaker, 1997) vagy imában is megvalósulhat. Nagyobb mértékű PTN-t találtak olyan mellrákos nőknél, akiknek lehetőségük volt beszélgetni a betegségükről (Cordova et al., 2005); és a mellrákos nők csoportja az internetes támogató terápia hatására is fejlődést mutatott az új életlehetőségek és a spirituális változás dimenzióinak területén (Lieberman et al., 2003).

Tedeschi és Calhoun (2005) szerint a PTN szempontjából azért annyira fontos az emocionális támasz, illetve az önfeltárás, mivel ezek tényezők hatással lehetnek a változással

kapcsolatos narratíva létrehozásában: új, a megváltozott sémákba integrálható perspektívákat kínálnak, a gondolatok és érzelmek feltárása pedig elősegíti az élmény feldolgozását. Hasonló álláspontra helyezkedve Neimeyer (2006) is kiemeli a mások részéről érkező sokféle támasz jelentőségét, rávilágítva arra, hogy az egyik kulcsfontosságú elem, amely a trauma feldolgozásában gyógyító erővel bír, pontosan a megélt tapasztalatok validálása. A PTN alakulásában kulcsstényező az élmény feldolgozásának elősegítése (Manne et al., 2004; Tedeschi és Calhoun, 2005). Korszerű viselkedéslélektan-orientált vizsgálatok kimutatták, hogy a traumatikus esemény feldolgozása megköveteli az ehhez kapcsolódó gondolatok, érzések és képeknek való kitétel (expozíció) valamely formáját (pl. Batten, Orsillo és Walser, 2005). Amikor pedig az egyén szabadon beszélhet a benne zajló eseményekről, vagy valamilyen más formában juttathatja ezeket kifejezésre, pontosan erre kap lehetőséget. Egy másik vizsgálatban mellrákos nőknél tapasztalták, hogy az érzelemkifejezésre ösztönző gyakorlatok kedvező hatást gyakoroltak a betegség pozitív újraértékelésére (Antoni et al., 2005). Szintén mellrákos nők esetében figyelték meg, hogy a támogató-expresszív csoportterápiában való részvétel javított a pszichológiai tüneteken, és a fájdalomérzékelésre is pozitívan hatott (Godwin, et al., 2001).

Zoellner és Maercker (2006) arra az álláspontra helyezkedik, miszerint a pszichoterápiás módszerek hatékonyak bizonyulhatnak azoknak a körülményeknek a megteremtésében, amelyek fontosak a PTN szempontjából. Calhoun és Tedeschi (2005) szerint a szakembernek bármilyen tragikus esemény esetében készen kell állnia a növekedés felismerésének lehetőségére, ha pedig a terápiás kapcsolat megfelelő, és a kliens is észleli a növekedést, a szerzők javasolják a téma további feldolgozását a terápia során. Az említett szerzők egy másik tanulmányukban úgy vélekednek, hogy a növekedés pontosan a figyelmes meghallgatás által mozdítható elő leginkább. Arra is felhívják a figyelmet, hogy milyen kritikus fontosságú a páciens saját ritmusának tiszteletben tartása, azaz semmilyen formában sem szabad siettetni vagy erőltetni a pozitívumok keresését az adott helyzetben. Ellenkezőleg: ki kell várni, és lehetőséget kell biztosítani a belső események megfogalmazására és kifejezésére, illetve bízni kell abban, hogy amikor elérkezik az ideje, az egyén jelezni fogja, hogy felkészült a pozitívumok keresésére (Tedeschi és Calhoun, 2006).

Célkitűzések és hipotézis

Jelen vizsgálat célja a PTN mértékének megállapítása rákkal diagnosztizált személyeknél az önfeltáró beszélgetéssorozat kontextusában, illetve ennek hiányában. Eredményeink olyan lélektani beavatkozásokat alapoznak meg, amelyek a PTN elősegítésén keresztül javíthatnak a betegek életminőségén, illetve esetlegesen a rák folyamatának kontroll alatt tartására is kedvező hatást gyakorolhatnak. Feltételeztük, hogy az önfeltárást elősegítő beszélgetésekben részesülő személyeknél nagyobb mértékű PTN figyelhető meg, mint azoknál, akik csak a hagyományos onkológiai kezelésben részesültek.

Módszertan

A vizsgálatban a kvázi kísérleti designt alkalmaztuk, mivel a résztvevők toborzása és a csoportba való szétosztása során a véletlenszerű mintavétel nem volt kivitelezhető.

Résztvevők

A vizsgálati személyek bevonási kritériumai a következők voltak: több mint 6 hónapja, de kevesebb mint 5 éve lettek rákkal diagnosztizálva, tudomásuk volt a diagnózisról, és 18 év felettiak voltak. A betegség akut szakaszát túlélték, nagyrészt a tünetmentes kategóriába tartoztak, illetve néhány olyan személy is bekerült a vizsgálatba, aki nem volt ugyan tünetmentes, de a betegsége akár otthoni kezeléssel szinten tartható volt. Figyelembe véve tehát a betegség súlyosságát, csak olyan személyek kerültek be a vizsgálatba, akik a betegsége kezelhető állapotban volt (betegségük súlyossága miatt két személyt nem vettünk be a kísérletbe). Az orvosi kezelés a résztvevők esetében támogató vagy fenntartó jellegű volt (az onkoterápia célja kizárólag a betegség kiújulásának megelőzésére vagy a betegség előrehaladásának megakadályozására irányult), és ambulánsan, kórházban vagy otthon történt, a kezelést befejezők pedig rendszeres orvosi ellenőrzés alatt álltak.

A személyek a kísérletben önként vettek részt, és egyéni találkozások formájában, 2011 januárja és májusa között kerültünk kapcsolatba velük az *Alternatíva Egyesület a Leukémiás Betegekért* nevű, daganatos betegeket segítő nonprofit szervezet keretei között. Az elővizsgálatban 26 személy vett részt: 8 férfi és 18 nő, 26–68 évesek, betegségük pedig a vegyes

típusba volt sorolható. Az elővizsgálatot követően annak függvényében lettek besorolva a vizsgálati személyek a kísérleti vagy kontrollcsoportba, hogy mennyire volt kivitelezhető a beszélgetéseken való részvétel (egy hónap, heti egy-két találkozás). A vizsgálat során három személy kiesett: a kísérleti csoport egyik 33 éves nőtagja hirtelen elhunyt, a kontrollcsoportból egy 62 éves nő a második vizsgálatához már nem adta részvételi beleegyezését, egy 32 éves nő pedig nem volt elérhető az utóvizsgálat időszakában.

A kísérletben végül 23 személy vett részt: 15 nő és 8 férfi, a kísérleti csoportba 12 személy, a kontrollcsoportba 11 személy került.

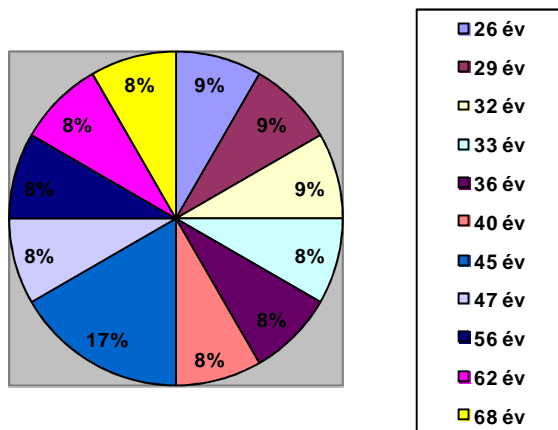
A kísérleti és kontrollcsoport demográfiai tényezők szerinti eloszlása

A demográfiai tényezők közül az életkorról, a nemről és a nemzetiségi hovatartozásról kaptunk információkat. Az 1. táblázat szemlélteti, hogy demográfiai adatok szempontjából a két csoport között nincs számottevő különbség, és az életkori különbség sem szignifikáns.

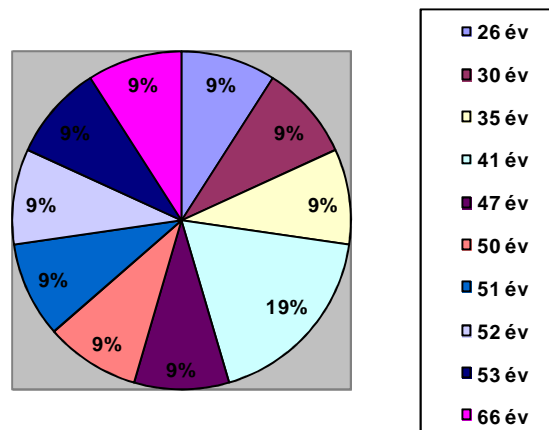
1. táblázat: Életkor, nem és nemzetiség szerinti eloszlás a kísérleti és kontrollcsoportban

Csoport	N	Nemzetiség		Nem		Életkor			
		román	magyar	nő	férfi	<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kísérleti	12	6	6	8	4	43,3 év	13,29	0,28	0,78
Kontroll	11	5	6	7	4	44,7 év	11,56		

A következő két ábra a két csoport életkori eloszlását mutatja be.



1. ábra: A kísérleti csoport életkori eloszlása



2. ábra: A kontrollcsoport életkori eloszlása

A kísérleti és kontrollcsoport medikális adatok szerinti eloszlása

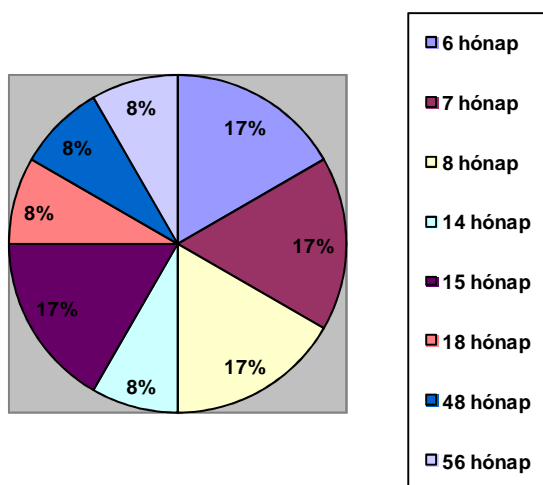
Információt kaptunk a diagnózis óta eltelt időről, a betegség típusáról és a kezelésről is. A diagnózis óta eltelt idő szerint a kísérleti és a kontrollcsoport között nem mutatkozik szignifikáns különbség, a kezelés és a betegség típus pedig vegyes eloszlást mutat, de ezek esetében sincs nagymértékű különbség a két csoport között. A 2. táblázat a medikális adatok eloszlását szemlélteti.

2. táblázat: Medikális adatok szerinti eloszlás a kísérleti és kontrollcsoportban

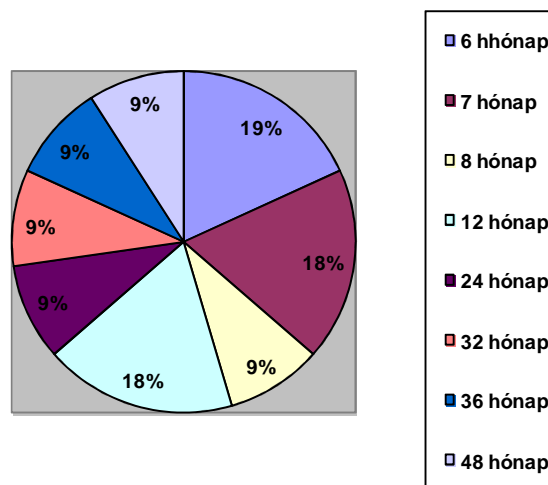
Csoport	Kezelés			Betegségtípus				Diagnózistól eltelt idő			
	<i>o</i>	<i>a</i>	<i>k</i>	<i>leukémia limfóma</i>	<i>mell- méhnyak-</i>	<i>melanóma</i>	<i>prosztata</i>	<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kísérleti	4	3	5	5 3	3 1	0	0	17,33 hónap	16,79	0,10	0,92
Kontroll	3	4	4	5 2	2 0	1	1	18,00 hónap	14,69		

Jelmagyarázat: *o*: otthon, *a*: ambuláns, *k*: kórház

Az alábbi ábrák a diagnózis óta eltelt hónapok számát és eloszlását szemléltetik a vizsgálati személyek esetében.



3. ábra: Kísérleti csoport, a diagnózis óta eltelt idő



4. ábra: Kontrollcsoport, a diagnózis óta eltelt idő

A kutatásban alkalmazott eszköz

A kutatás során a *Poszttraumás Növekedés Kérdőív (PTGI)* került alkalmazásra, amelyet Tedeschi és Calhoun (1996) állított össze. A skála 21 tételből áll, az eredeti vizsgálatok öt alskálát különböztettek meg. Az alskálák a következők: I. másokhoz való viszonyulás – 7 tétel; II. új életlehetőségek – 5 tétel; III. személyes erő – 4 tétel; IV. spirituális változás – 2 tétel; V. az élet értékelése – 3 tétel.

Tedeschi és Calhoun (1996) különböző traumatikus eseményeket átélt egyetemisták kérdőíves vizsgálata során magas belső konzisztenciát állapítottak meg a teljes skálán (α Cronbach = 0,90), illetve a másokhoz való viszony (α Cronbach = 0,85), a spirituális változás (α Cronbach = 0,85) és az új életlehetőségek (α Cronbach = 0,84) alskálákon külön-külön is, a személyes erő (α Cronbach = 0,72), illetve az élet értékelése alskálákon (α Cronbach = 0,67) pedig valamivel gyengébbet.

A jelen kísérletben a kérdőív magyar változataként az ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszékének fordítását alkalmaztuk, a román változat létrehozásához pedig az eredeti angol változat szerzőitől kértünk engedélyt. A kérdőív öt alskála mentén méri a PTN-t, illetve egy összpontszámot is ki lehet a segítségével számítani, amely a PTN globális mértékét adja meg. A kitöltési utasításokban a vizsgálati személyt arra kértük, hogy a betegsége után észlelt esetleges változásokra vonatkozó állításokat értékelje egy-egy ötfokú Likert-skála segítségével (ahol a 0 azt jelenti: „nem tapasztaltam”, az 5 pedig azt jelenti: „nagyon nagymértékben tapasztaltam”) annak függvényében, hogy szerinte melyek azok, amelyek a legjobban írják le az általa tapasztaltakat.

Kovács, Balog és Preisz (2012) egy 328 fős magyar mintán a kérdőív megbízható pszichometriai tulajdonságait mutatták ki: magas belső konzisztenciát (α Cronbach = 0,94), nagyon jó teszt-reteszt reliabilitást ($r = 0,90$, $p < 0,01$) és divergens validitást állapítottak meg, az általuk végzett faktorelemzés azonban nem erősítette meg az eredeti faktorstruktúrát.

A kutatásban alkalmazott eljárás

A vizsgálati személyekkel egyéni találkozásokra került sor, az első találkozás alkalmával végeztük el az előmérést. Ezt követően került sor a beavatkozásra a kísérleti csoport esetében: a csoport tagjaival egy hónapon keresztül hatszor, az első két hétben heti két alkalommal, az utolsó két hétben pedig heti egy alkalommal találkoztunk önfeltárást elősegítő beszélgetések céljából.

Az utolsó találkozáskor újból kitöltötték a kérdőívet, ez adta az utómérés értékeit. Ezzel egy időben a kontrollcsoport tagjait is újból felmértük, de velük nem találkoztunk a két mérés között.

Beavatkozás

A beszélgetés támogató jellegű volt, a páciens érzelmeinek feltárását célozta, ventilációt biztosított a negatív érzelmek és gondolatok együttérző fogadásával, és a pozitív változások megfogalmazásának lehetőségét ösztönözte. Feltétel nélküli elfogadással és empátiás validálással igyekeztünk fogadni a feltárt anyagot, igyekeztünk empátiás viszonyulást biztosítani. Az elmúlt harminc év során rengeteg vizsgálat mutatta ki az elkerülés kritikus hatását a fölösleges emberi szenvedés legkülönbözőbb formáinak kialakulásában és fennmaradásában, ugyanakkor a feltétel nélküli elfogadás és empátiás reagálás pozitív hatását is többen igazolták (ld. pl. Hayes és Smith, 2005; Hayes, Strosahl és Wilson, 2012; Lajkó, 2008). Vizsgálatunk során legfontosabb célunk éppen ezért az volt, hogy elfogadással, illetve empátiával viszonyulva lehetőséget teremtsünk a gondolatok és érzések megfogalmazására, olyan félstrukturált beszélgetések keretében, amelyek témáját a betegség és a vele járó tapasztalatok, illetve a különböző életterületeken bekövetkező változások megélése szolgáltatta.

Az első találkozás során a személyes történet elmondására bátorítottuk a résztvevőket, befogadó figyelemmel követve a beszámolókat. A következő öt beszélgetés a kérdőív által mért öt dimenzió témáit érintette, lehetőséget biztosítva az ezeken a területeken tapasztalt negatív gondolatok, emóciók feltárására, a pozitívumok azonosítására, a változás lehetőségének feltérképezésére, és új célok kialakítására. A beszélgetés alkalmanként és egyénenként igény szerint változó időtartalmú volt, a feltárulkozás mértéke és minősége szintén egyéni sajátosságokat mutatott. Hasonlóképpen a beszélgetések tartalma is változatos volt, a páciensek szükségleteinek megfelelően. A beavatkozás menetét a 3. táblázatban ismertetjük.

3. táblázat: Az önfeltáró beszélgetések menete

Alkalom	Téma	Célok
1. 40–120 perc	– kölcsönös ismerkedés – betegség történet	
2. 40–120 perc	– másokhoz való viszony területén észlelt változás	

3. 40–120 perc	– megváltozott lehetőségek, célok, életpálya területén tapasztalt változás	Odafigyelő, feltétel nélkül elfogadó és empátiás viszonyulással hozzásegíteni a betegeket ahhoz, hogy megtanulják elfogadni a betegséghez kapcsolódó érzéseiket és gondolataikat, illetve kialakítani egy támogató és együttérző viszonyt önmagukkal, egy támogató és együttérző viszony keretén belül.
4. 40–120 perc	– személyes erő-érzet területén tapasztalt változás	
5. 40–120 perc	– spiritualitás és egzisztenciális területen tapasztalt változás	
6. 40–120 perc	– az életben, illetve a prioritásokban bekövetkezett változás	

Megfigyelések a beavatkozás során

1. Mindenki részletesen magyarázta el betegségétörténetét, és élete alakulását a diagnózis után. Nagy igény van a traumatörténet elmondására a rákot túlélőknél; apró részletességgel ecsetelték a betegség kiderítésének körülményeit, tulajdonképpen ezzel vette kezdetét történetük, minden apró részlet nagy jelentőséggel bír számukra. A diagnózis után megváltozott az életük, választóvonalat jelentett sorstörténetükben. „Azóta, hogy beteg vagyok” és ehhez hasonló kijelentések gyakran szerepelnek a betegek beszámolóiban.

2. A leghosszabbak azok az alkalmak és beszélgetések voltak, amelyek a másokhoz való viszonyulás területével foglalkoztak. Az emberi kapcsolatok témája minden beteget foglalkoztat és vegyes tapasztalatokról számolnak be, ezen a területen egyaránt akadnak másokhoz kapcsolódó negatív és pozitív érzések. Jellemző a nagy baráti társaság felszámolása, de elterjedt a szorosabbá vált kapcsolatok megtapasztalása is. Egyesek esetében régi barátságok éledtek újra, és jellemző a sorstársak iránti erős együttérzés. A körülöttük lévő emberek segítőkészségét, és elutasítását is érzékelik a betegek; konfliktusok és ellentmondások egyaránt jelen vannak, illetve erős a késztetés, hogy családtagjaikkal minél többet legyenek együtt.

3. Az új életlehetőségek területével kapcsolatosan legtöbbször az eredeti élethelyzet visszaállításának érdekében tett törekvéseikről számoltak be, illetve különböző akadályokra hivatkoztak változási szándékaik megvalósításában. Korlátként érzékelték a betegségüket, az életpálya beszűkülését tapasztalták, ugyanakkor sokan elmondták, hogy a jövőben karitatív munkával, továbbtanulással szeretnék kiegészíteni tevékenységeiket, de a teljes életút

megváltoztatásának szándéka nem volt felismerhető. A világgal és önmagukkal kapcsolatos szemléletmód változása viszont jellemző, nyitottabbak az új eszmékre, az új dolgokra, és toleránsabbak a mássággal szemben.

4. A személyes erő területén a beszámolók a fizikai állapottal voltak kapcsolatban, ennek negatív változása vegyes képet mutat: volt, aki csak egyszerű gyengeségről, fáradtságról panaszkodott, de volt, akinek a mellcsontkítás tényével kellett szembenéznie. Ezen a területen több volt a negatív feltárulkozás, az eredeti fizikai állapot miatti sajnálkozás, szomorúság, düh és harag. A gyenge fizikai állapot gyakran a tehetetlenség érzésével társult. A kopaszságot általában a legkisebb bajként emlegetik a betegség súlyosságához viszonyítva.

5. A spirituális változásra vonatkozó beszámolók során legtöbbször a halállal kapcsolatos gondolatok nyílt és burkolt formái kerültek elő. Volt, aki nyíltan kifejezte vallási meggyőződéseit, mások ehhez kapcsolódó belső érzéseiket nem tárták fel. A vallási, hitbéli változásról szóló beszámolók inkább pozitív jellegűek voltak, de volt, aki az eltávolodásról, a negatív változásról számolt be, illetve semlegesen viszonyult a témához. Súlyosabb testi változás esetén jellemzőbb a felsőbb hatalommal való perlekedés, de a „*Miért pont én érdemeltem?*” kérdés valamilyen formában mindenkinél megfogalmazódik, erre különböző válaszokat próbálnak keresni, és néha megjelenik az önhibáztatás is.

6. Az élet fokozottabb értékelésével mindenki egyetértett. Rádöbentek az élet fontosságára, gyakori téma a hétköznapi örömek felfedezése, ezen a területen kizárólag pozitív beszámolók voltak. Minden átértékelődik: az otthon eltöltött idő, a kezelések közötti periódus kiemelkedő örömforrásnak számít. Néhányan próbálnak értelmet találni a betegségük kialakulásával kapcsolatban, de elsődlegesen az okokat keresik; azt, hogy a betegségnek valami célja is lenne, nem igazán fogalmazzák meg.

Mély komplexitás jellemzi a vizsgált személyek önbeszámolóit, negatív és pozitív váltakozások, illetve egy időben jelentkező ambivalens érzelmek és gondolatok is. A „*Hiányzik a világgal való kapcsolat*” vagy „*A pap a temetésemen elmondja majd, hogy milyen jó ember voltam*” kijelentések mellett, a fizikailag gyenge, kopasz, esetenként megcsontkított testű ember azt is kimondja, hogy „*élni mindig érdemes*”, vagy éppen élete végességét elfogadva fogalmazza meg, hogy „*kész vagyok, lelkiismeretem tiszta*”.

Eredmények

A kapott adatok feldolgozásához az SPSS programcsomagot használtuk, a kérdőíven (PTGI) elért teljes skála és az öt alskála eredményeinek átlagaira, szórására és szignifikancia szintjére támaszkodva vizsgáltuk a csoporton belüli és a csoportok közötti változás mértékét, illetve a mérőeszköz magyar és román változatának belső konzisztenciáját. A konzisztenciát a Cronbach-alpha módszerrel vizsgáltuk. A csoportok közötti összehasonlítást a független t-tesztel végeztük, a kísérleti csoport előmérésben kapott eredményeit hasonlítottuk össze a kontroll csoport előmérésben kapott eredményeivel, valamint a két csoport utómérésben kapott eredményeit is összehasonlítottuk. A csoporton belüli összehasonlítás a páros t-tesztel történt, a kísérleti csoport előmérés eredményeit hasonlítottuk össze a kísérleti csoport utómérésben kapott eredményeivel, illetve a kontrollcsoport előmérés eredményeit a kontrollcsoport utómérés eredményeivel, a két mérés közötti változást vizsgálva.

Belső konzisztencia vizsgálata

A poszttraumás növekedést mérő (PTGI) kérdőív magyar és román változatának belső konzisztenciáját vizsgáltuk. Az előmérésben résztvevő 26 személy (14 román, 12 magyar) teljes skálán és az egyes alskálákban mutatott alpha értékeit vettük figyelembe. A konzisztenciavizsgálat során kapott eredményeink a kis számú minta miatt nem tekinthetők általános érvényűnek, a vizsgálat nagyobb mintán folyamatban van, a jelen kísérlet során azonban objektív akadályok miatt nem volt kivitelezhető. A kérdőív román változata a teljes skálán magas belső konzisztenciát mutat, az alskálák belső konzisztenciája szintén megfelelő, kivéve a személyes erő alskálát. A kérdőív magyar változata szintén magas belső konzisztenciát mutat a teljes skálán, az alskálák azonban az elfogadható értéknél enyhén alacsonyabbak, legalacsonyabb belső konzisztenciát a másokhoz való viszonyulás alskála mutat. A 4. táblázat a konzisztenciavizsgálat eredményeit mutatja be.

4. táblázat: A poszttraumás növekedést mérő kérdőív (PTGI) román és magyar változatának belső konzisztencia eredményei

		Román változat	Magyar változat
--	--	-----------------------	------------------------

PTGI skálák	Tétel	N=14			N=12		
		<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>Alpha-Cronbach</i>	<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>Alpha-Cronbach</i>
PTG	21 tétel	77,57	16,14	0,92	78,92	12,96	0,85
RO	7 tétel	25,86	6,06	0,84	28,00	4,00	0,59
NP	5 tétel	17,00	5,25	0,87	16,17	4,70	0,68
PS	4 tétel	13,79	3,56	0,49	15,67	3,47	0,68
SC	2 tétel	8,64	1,91	0,85	6,67	2,67	0,65
AL	3 tétel	12,29	2,46	0,78	12,42	2,42	0,62

Jelmagyarázat: *PTGI*: Poszttraumás növekedés kérdőív; *PTG*: Összpontérték, teljes skála; *RO*: Másokhoz való viszonyulás alskála; *NP*: Új életlehetőségek alskála; *PS*: Személyes erő alskála; *SC*: Spirituális változás alskála; *AL*: Az élet értékelése alskála

A jelen kísérlet során kapott konzisztenciaértékek a kevés résztvevő miatt csak informatív jellegűek, az eredmények általánosításához nagyobb számú romániai rákbeteggel kellene elvégezni a vizsgálatot.

A kísérleti és a kontrollcsoportok közötti összehasonlítások

A csoportok összehasonlítása során a kísérleti csoport elő- és utómérésének eredményeit hasonlítottuk össze a kontrollcsoport elő- és utómérésben kapott értékeivel, a független t-teszt alkalmazásával a két csoport közötti különbségeket vizsgáltuk.

A kísérleti csoport és a kontrollcsoport között sem az elő-, sem az utómérés szakaszában nem mutatkozott szignifikáns különbség ($p > 0,05$), sem a PTN összpontszámát illetően, sem pedig az egyes alskálák pontértékeit illetően (ld. az 5. táblázatot).

5. táblázat: A poszttraumás növekedés különbsége a két csoport között

PTGI	Előmérés						Utómérés					
	Kísérleti csoport <i>n</i> =12		Kontroll csoport <i>n</i> =11		Szignifikancia		Kísérleti csoport <i>n</i> =12		Kontroll csoport <i>n</i> =11		Szignifikancia	
	<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
PTG	76,00	17,17	76,64	11,28	0,10	0,92	82,00	16,31	78,36	9,68	0,64	0,53

RO	26,08	5,66	25,91	4,28	0,08	0,94	28,08	6,29	26,45	3,53	0,77	0,45
NP	16,42	5,37	15,55	4,30	0,43	0,67	19,08	4,60	17,09	3,78	1,13	0,27
PS	14,33	4,46	15,27	2,83	0,61	0,55	14,58	3,78	14,82	2,96	0,17	0,87
SC	6,92	3,19	8,00	1,41	1,09	0,29	7,67	3,23	7,91	1,76	0,22	0,83
AL	12,25	2,90	11,91	1,92	0,33	0,75	12,58	3,03	12,09	2,03	0,45	0,66

Jelmagyarázat: *PTGI*: Poszttraumás növekedés kérdőív; *PTG*: Összpontérték, teljes skála; *RO*: Másokhoz való viszonyulás alskála; *NP*: Új életlehetőségek alskála; *PS*: Személyes erő alskála; *SC*: Spirituális változás alskála; *AL*: Az élet értékelése alskála

Csoportokon belüli összehasonlítás

Mindkét csoporton belül megvizsgáltuk a poszttraumás növekedés változását, ennek során az előmérésben kapott értékeket hasonlítottuk össze az utómérés értékeivel, a páros t-teszt alkalmazásával vizsgáltuk a két mérés közötti változást a csoportokon belül.

A kísérleti csoport elő- és utómérésének összehasonlítása során kapott eredmények szignifikáns fejlődést mutattak a PTN összpontértékeit illetően; továbbá az új életlehetőségek, a spirituális változás alskálák esetében is ($p < 0,05$), a másokhoz való viszonyulás alskála esetében pedig fejlődési tendencia mutatkozott ($p < 0,10$). A személyes erő és az élet értékelése alskálák által mért PTN-értékek nem mutattak szignifikáns fejlődést a két mérés között.

A kontrollcsoportban nem volt szignifikáns változás ($p > 0,05$) a két mérés között, sem a PTN összértékének tekintetében, sem pedig az alskálák mentén. A 6. táblázat a csoportokon belüli változások mérésének eredményeit mutatja be.

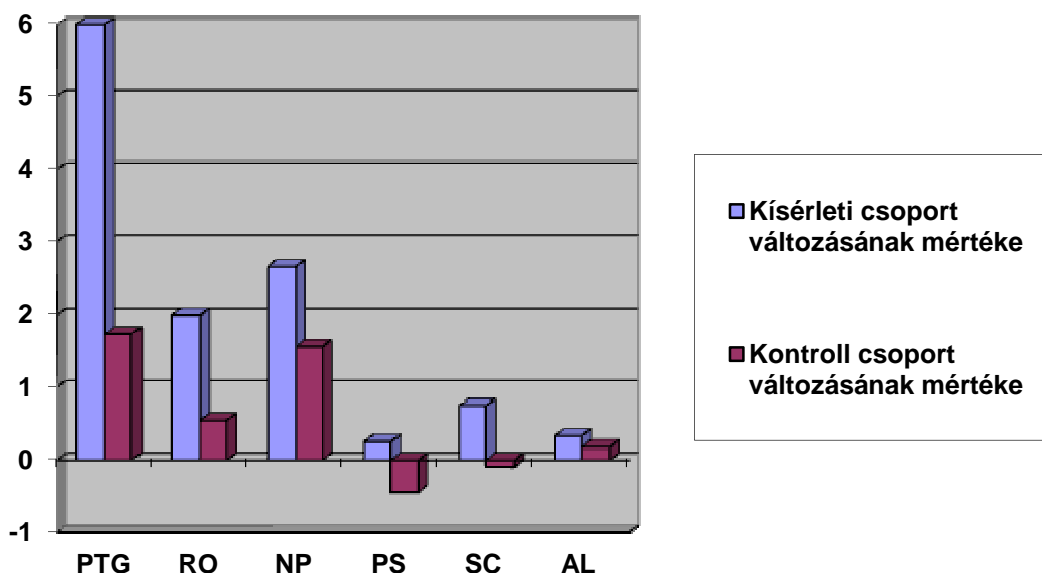
6. táblázat: A poszttraumás növekedés változása a két mérés között

PTGI	Kísérleti csoport eredmények						Kontrollcsoport eredmények					
	<i>n</i> =12						<i>n</i> =11					
	Előmérés		Utómérés		Szignifikancia		Előmérés		Utómérés		Szignifikancia	
<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>m</i>	<i>s.d.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	
PTG	76,00	17,17	82,00	16,31	2,93	0,01	76,64	11,28	78,36	9,68	0,66	0,53
RO	26,08	5,66	28,08	6,29	2,16	0,06	25,91	4,28	26,45	3,53	0,56	0,59
NP	16,42	5,37	19,08	4,60	3,45	0,01	15,55	4,30	17,09	3,78	1,62	0,14
PS	14,33	4,46	14,58	3,78	0,42	0,68	15,27	2,83	14,82	2,96	0,56	0,59

SC	6,92	3,12	7,67	3,23	2,28	0,04	8,00	1,41	7,91	1,76	0,36	0,72
AL	12,25	2,90	12,58	3,03	0,84	0,42	11,91	1,92	12,09	2,02	0,48	0,64

Jelmagyarázat: *PTGI*: Poszttraumás növekedés kérdőív; *PTG*: Összpontérték, teljes skála; *RO*: Másokhoz való viszonyulás alskála; *NP*: Új életlehetőségek alskála; *PS*: Személyes erő alskála; *SC*: Spirituális változás alskála; *AL*: Az élet értékelése alskála

Az 5. ábra a két csoport közötti változás mértékét szemlélteti.



5. ábra: A poszttraumás növekedés változásának mértéke a kísérleti és kontrollcsoportban

Elmondhatjuk tehát, hogy feltevésünk a vizsgálatunk eredményei alapján alátámasztást látszik nyerni: azok a vizsgálati személyek, akik részt vettek az önfeltárást elősegítő beszélgetésekben – a kontrollcsoport tagjaihoz viszonyítva – nagyobb fokú fejlődést mutattak a PTN terén. A kísérleti csoport tagjai az előmérés pillanatához mérten jelentős fejlődést mutattak a PTN-ben (ahogy azt a másokhoz való viszony, új lehetőségek, spirituális változás alskálák mutatják). A fejlődés különösen az emberi kapcsolatokat, az új lehetőségek és életpályák felfedezése, valamint a spirituális fejlődés területein nyilvánult meg. A kontrollcsoport tagjainál a változás mértéke semmilyen téren nem volt szignifikáns. Érdekes módon a személyes erő és a spirituális változás területein a kontrollcsoport tagjai enyhe, de nem szignifikáns visszaesést mutattak.

Megbeszélés

A PTN-nel kapcsolatos vizsgálatok kimutatták, hogy a szélsőséges, negatív életesemények egyaránt vezethetnek pozitív és negatív következményekhez. A rák diagnózisával való szembesülés extrém életeseménynek számít, és számos kutatási eredmény igazolja, hogy a növekedés jelen van a rákbetegeknél, valamint kapcsolatot találtak a PTN és az emocionális-kognitív feldolgozás között (Manne et al., 2004). Vizsgálatunk is alátámasztani látszik, hogy a PTN jelensége a ráktúlélők körében is megvalósulhat, különösen a betegség kontextusában felmerülő tapasztalatok feltárását elősegítő beszélgetések hatására. Eredményeink egybecsengnek azokkal az adatokkal, amelyek a támogatás és az önfeltárás pozitív hatásáról számoltak be (pl. Cordova et al., 2005; Lieberman et al., 2003); vizsgálatunkban azoknál a személyeknél, akik részt vettek a támogató beszélgetésekben, nagyobb mértékű PTN volt észrevehető (amint azt a PTGI méri), különösen a másokhoz való viszonyulás, az új életlehetőségek és a spirituális változás területein.

A személyes erő dimenzióban nem volt kimutatható fejlődés a kísérleti csoportban sem, a beszélgetések során a kísérleti személyek leginkább a fizikai erőnléttel hozták kapcsolatba az erő érzetét, és túlsúlyban voltak a negatív beszámolók, ami azzal is magyarázható, hogy a résztvevők többsége még a kezelések megterhelő hatása alatt állt. Ez azt is jelentheti, hogy a személyes erő területén egy hosszabb ideig tartó beavatkozás eredményezhet fejlődést: egyrészt azért, mert a fizikai erőnlét részleges vagy akár teljes elérése javulást idézhet elő ezen a területen, másrészt viszont az is elképzelhető, hogy a megváltozott fizikai állapot elfogadása, és ennek a személyes erő szubjektív érzékelésébe történő integrálása egyszerűen hosszabb időt vesz igénybe. Az élet értékelése dimenzió enyhe fejlődést mutatott mindkét csoportban, a fejlődés mértéke azonban nem volt szignifikáns. Érdeemes megjegyezni, hogy a vizsgálati személyek e dimenzió mentén viszonylag magas értékeket értek el (átlagban 12 körüli értéket a maximális 15-ből). További vizsgálatok rávilágíthatnak arra, hogy hosszabb vagy más terápiás komponensekre összpontosító beavatkozások milyen hatással lehetnek erre a tényezőre, illetve hogy az élet értékelése általában magasabb-e a traumatikus események túlélői között, különösképpen a rákkal diagnosztizált személyek körében (egyelőre sajnos nincs tudomásunk ilyen jellegű vizsgálatokról). Azt is érdekes lenne továbbá megvizsgálni, hogy milyen mértékben társul az élet értékelése (amint ezt a PTGI méri) az élet elvesztéséhez kapcsolódó nyugtalansággal (ha ugyanis értékelünk valamit,

bizonyos szinten természetes, hogy félünk annak elvesztésétől is, ld. Siegel, 1994); illetve talán még ennél is érdekesebb lenne azt kutatni, hogy milyen mértékben változnak – ha egyáltalán változnak – a haláltól való félelemmel szemben bevetett személyes megküzdési stratégiák. Ugyanakkor, ha figyelembe vesszük, hogy a PTGI magyar változata esetében Kovács, Balog és Preisz (2012) vizsgálata nem erősítette meg az eredeti ötfaktoros struktúrát, az egyes alskálákon belüli módosulásokon túl talán fontosabb a globális értékek változására összpontosítani. Újabb vizsgálatok e kérdések tisztázásában is segíthetnek.

Vizsgálatunk számos korláttal rendelkezik. A továbbiakban megemlítjük a legfontosabbakat. A minta kis mérete nyilvánvaló. Szükséges lenne a kutatást megismételni nagyobb létszámú magyar és román mintákon, több vizsgálatvezető segítségével. A vizsgálat idején hozzáférhető személyek kis száma áll annak háttérben is, hogy a statisztikai elemzés során a magyar és a román résztvevők adatait egybevetettük, ami módszertanilag meglehetősen kétes eljárásnak tűnhet. Megfelelő nagyságú minták esetén természetes, hogy külön-külön is elemzésre kerülnek a román és a magyar adatok, és ezek összehasonlítása is fontos adatokkal szolgálhat, rávilágítva a hasonlóságokra, illetve a különbségekre.

Annak érdekében, hogy minél pontosabb képet kapjunk azokról a hatótényezőkről és folyamatokról, amelyek elősegítik a PTN-t, szükséges az alkalmazott beavatkozás kézikönyvének kidolgozása; így lehetővé válik a jelen vizsgálat megismétlése javított körülmények közepette, több egymástól független vizsgálatvezető által is. Természetesen minden beszélgetés részben egyedi jellegű, a páciens ritmusához és igényeihez is alkalmazkodik, ugyanakkor a beavatkozás alapvető komponenseit és folyamatait szintén tiszteletben tartja.

Korlátként kell megemlítenünk a vizsgálati személyek csoportokba való sorolását is, amely jelen vizsgálatban objektív okok miatt nem történhetett randomizált módon. Előfordulhat, hogy ezáltal olyan tényezők járulhattak hozzá a kísérleti csoportban tapasztalható nagyobb mértékű fejlődéshez, amelyek nem az önfeltáráshoz kapcsolódnak (pl. az elvárások, szorongás, stressz, depresszió szintje, vagy egyéb, diszpozicionális jellegű változók, mint például az optimizmus, észlelt szociális támasz stb.). Javallott tehát a továbbiakban olyan vizsgálatok megtervezése, amelyek egyrészt lehetővé teszik a vizsgálati csoportok randomizált kialakítását, másrészt pedig más mérések alkalmazását is annak érdekében, hogy teljesebb képet alkothassunk arra vonatkozólag, hogy milyen tényezők gyakorolnak befolyást a PTN-re a rákos betegek körében.

További problémát jelenthet, hogy az alkalmazott kérdőív (PTGI) román változatának pszichometriai tulajdonságait nem ismertük, ilyen adatok nem voltak hozzáférhetőek számunkra, illetve hogy a vizsgálat időpontjában a magyar változatra vonatkozó adatok sem álltak a rendelkezésünkre, így az eredeti faktorstruktúrából indultunk ki. További vizsgálatok szükségesek tehát a mérőeszközök pszichometriai tulajdonságainak megállapítása érdekében, mivel ezek bármilyen más vizsgálat eredményeinek az értelmezéséhez is alapvető támpontokat nyújthatnak.

Nagyon fontos lenne továbbá az eredmények hosszú távú utánkövetése, mivel ez világhírű rá igazán hatékonyan az ilyen beavatkozások eredményességére, illetve fontos volna az olyan egyéb változók figyelembe vétele, amelyek a hosszú távú hatásban, illetve a fejlődés további alakulásában is szerepet játszanak. Hasonlóképpen olyan vizsgálatok megtervezése is szükségesnek látszik, amelyek lehetővé tehetik a társas interakció hatásának elkülönítését az önfeltárástól. Előfordulhat ugyanis, hogy jelen vizsgálatban a kísérleti csoport eredményei részben ennek a számlájára írhatóak.

Megemlítenénk végül néhány személyes jellegű nehézséget, amelybe jelen vizsgálat lebonyolítása során beleütköztünk. Elsősorban a személyek toborzásában merültek fel nehézségek, mivel a kórházi betegek nagy többsége hat hónapnál kevesebb ideje volt diagnosztizálva vagy súlyos állapotban volt. A beavatkozás kivitelezésével kapcsolatos korlátnak tekinthető az is, hogy az egyéni beavatkozás időigényes és költséges az egyén vagy az önfeltáró beszélgetéseket anyagilag támogató szervezet számára, így ajánlott lehet az önfeltáró beavatkozás csoportos alkalmazása, ahol kiszűrhetőek azok a személyek, akiknek összetettebb, egyéni beavatkozásra lenne szükségük. A hosszabb ideig tartó beavatkozás valószínűleg jobb eredményeket mutatna, de ez az érintett személy egyéni jellemzőitől, preferenciájától is függ, így a rákot túlélők számára stabil, hosszabb ideig tartó, de nem feltétlenül intenzív gyakoriságú segítő beszélgetéseket javasolnánk.

Mindezek mellett fontos eredménynek gondoljuk azt is, hogy még ilyen nehéz körülmények közepette, a diagnózis közlésének időpontjához mérten viszonylag korán, illetve többnyire súlyos állapotban lévő betegeknél is megfigyeltük a PTN-t.

Más szerzőkhöz hasonlóan (pl. Morill et al., 2008; Tedeschi és Calhoun, 2005) úgy vélekedünk, hogy a PTN egy kognitív és emocionális alkalmazkodási folyamat a trauma-túlélők között; jelen kontextusban – a „rák” diagnózist követően – az egyén (sikeres) pszichológiai

túlélési törekvéseinek eredménye. Az ember nehéz élethelyzetben képes lehet megőrizni pszichés integritását, alkalmazkodni és felülemelkedni a veszteségeken, így személyisége pozitív irányba fejlődhet. Eredményeink azt sugallják, hogy az önfeltáró beszélgetés pozitív hatással lehet a PTN-re. A különböző pszichoonkológiai beavatkozások felhasználhatják ezt a lehetőséget a betegek életminőségének javítása érdekében, de akár a fizikai ellenállóképesség támogatása végett is. Különösen szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy az önfeltárást nem segíti elő az optimizmus erőltetése vagy a pozitív gondolkodás hajszolása, sőt, tulajdonképpen ellenkező attitűdre van szükség: az érzelmek, illetve gondolatok feltétel nélküli elfogadása és az empátiás visszatükrözés teszi lehetővé, hogy a személy félelem nélkül azonosíthassa és megfogalmazhassa az általa megélt tapasztalatokat. Ezáltal szabadabbá válik belső élményeivel szemben, hiszen egyrészt a tapasztalatok verbális szimbólumokban történő kifejezése máris egy lépésnyi távolságot teremt az „én” és a szóban forgó tapasztalatok között, másrészt pedig figyelmét maradéktalanul az életenergiát felszabadító folyamatokra összpontosíthatja, ha nem folyamatosan az elfogadhatatlannak vélt érzésekkel és gondolatokkal, a véget nem érő harccal foglalkozik.

A szakemberek és a társadalom informálása ajánlott; tudatosítani kell, hogy a trauma túlélőjének együttérző meghallgatása sokszor pozitívabb változást indít el, mint a distressz csökkentése vagy a vigasztalás; Rogers (2008) szavaival élve *bárki* képes a túlélő személy empátiás meghallgatására, aki együttérzéssel tud viszonyulni bajba jutott embertársához.

IRODALOM

ANTONI, M., LEHMAN, J., KILBOURN, K., BOYERS, A. , CULVER, J., ALFERI, S., YOUNT, S., MCGREGOR, B., ARENA, P., HARRIS, S., PRICE, A., CARVER, C. (2005): A kognitív viselkedéses stresszkezelés elsajátítás csökkenti a depresszió előfordulását és fokozza az előnykövácslást korai stádiumban levő kezelés alatt álló emlőrákos betegeknél. In Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort Kiadó, 215–241.

ATKINSON, R., HILGARD, E. R., SMITH, E. E., NOLEN-HOEKSEMA, S., FREDERICKSON, B., LOFTUS, G. R. (2005): *Pszichológia*. Budapest, Osiris Kiadó.

BATTEN, S. V., ORSILLO, S. M., WALSER, R. D. (2005): Acceptance and mindfulness-based approaches to the treatment of posttraumatic stress disorder. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.): *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York, Springer, 241–271.

BIRÓ E. (2009). Pozitív élmények az élet végén. *Kharón* 13 (1): 19–31.

BISHOP, B. (1990): *Ideje a gyógyításnak*. Budapest, Egészségforrás Kiadó.

BLASCO, T., BAYES R. (1991): Perfiles psicológicos e incidencia de trastornos eméticos en pacientes sometidos a quimioterapia. *III. Congreso Nacional de Oncología Medica, Sociedad Espanola de Oncología Medica. Libro de Comunicaciones*, 199–204.

BONG KOH, K., CHOE, E., EUN SONG, J., HA LEE, E. (2006): Effect of coping on endocrinoimmune functions in different stress situations. *Psychiatry Research* 143: 223–234.

CALHOUN, L., TEDESCHI, R. (2005): A poszttraumás növekedés alapjai: új megfontolások. In Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort Kiadó, 73–89.

CORDOVA, M. J., CUNNINGHAM, L. L. C., CARLSON, C. R., ANDRYKOWSKI, M. A. (2005): Poszttraumás növekedés emlérák után: kontrollált, összehasonlító vizsgálat. In Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort Kiadó, 177–197.

DÉGI L. CS. (2010): *Daganatos distressz és életminőség. Kutatási referencia segítőknék*. Marosvásárhely, Studium Alapítvány Kiadó.

FRANKL, E. V. (2009): *Omni in cautarea sensului vietii*. Bucuresti, Meteor Press.

FROMM, K., ANDRYKOWSKI, M. A., HUNT, J. (2005): Csontvelő átültetés pozitív és negatív pszichoszociális következményei: az életminőséggel kapcsolatos implikációk. In Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort Kiadó, 198–214.

GARLAND, S. N., CARLSON, L. E., COOK, S., LANDSELL, L., SPECA, M. (2007): A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts program for facilitating posttraumatic growth and spirituality in cancer outpatients. *Supportive Care in Cancer* 15 (8): 949–961.

GODWIN, P. J., LESZCZ, M., ENNIS, M., KOOPMANS, J., VINCENT, L., GUTHER, H., DRYSDAK, E., HUNDLEBY, H., CHOCINOV, H., NAVARRO, M., SPECA, M., HUNTER, J. (2001): The effect of group

psychological support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine* 345 (24): 1719–1726.

HAYES, S. C., STROSAHL, K. D., WILSON, K. G. (2012): *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, The Guilford Press.

HAYES, S. C., SMITH, S. (2005): *Get out of your mind and into your life. The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, The New Harbinger Publications.

HAYLOCK, P. J. (2010): Advanced cancer: A mind-body-spirit approach to life and living. *Seminars in Oncology Nursing* 26 (3): 183–194.

HERMAN J. (2011). *Trauma és gyógyulás*. Budapest, Háttér Kiadó.

HERSCHBACH, P., BERG, P., DANKERT, A., DURAN, G., ENGST-HASTREITER, U., WAADT, S., KELLER, M., UKAT, R., HENRICH, G. (2005): Fear of progression in chronic diseases: Psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 58 (6): 505–511.

IGAZVÖLGYI K. (2005): *Tudatosan az egészségért*. Budapest, SpringMed Kiadó.

JANOFF-BULMAN, R. (2006): Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In Calhoun, L., Tedeschi, R. (Eds.): *Handbook of posttraumatic growth*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 81–99.

KAZDA T. (2005): *Egy testben az ellenséggel*. Budapest, Novella Kiadó.

KÁLLAY É. (2008): Investigation of the relationship between religious growth, positive affect, and meaning in life in a sample of female cancer patients. *Cognition, Brain, Behavior* 12 (2): 161–182.

KOVÁCS É., BALOG P., PREISZ L. (2012): A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív pszichometriai mutatói hazai mintán. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 13 (1): 57–84.

KULCSÁR ZS. (2005.a): A társas interakciók pszichológiai hatásai és agyi mechanizmusai. Egy hipotézis körvonalai. Társas támogatás. In Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort Kiadó, 315–396.

KULCSÁR ZS. (2005.b): Bevezető. Társas tényezők szerepe a traumafeldolgozásban. In Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort Kiadó, 9–33.

KULCSÁR ZS. (2007): *Komplex human emóciók, összetartozás és felépülés*. Budapest, Trefort Kiadó.

- KULCSÁR Zs. (1993): *Pszichoszomatika*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- KÜBLER-ROSS, E. (1987): *A halál és a hozzá vezető út*. Budapest, Gondolat.
- LAJKÓ, K. (2008): *A viselkedésváltoztatás elmélete és gyakorlata. A pszichés zavarok korszerű megközelítése*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- LAMBLEY, P. (1987): *The psychology of cancer*. London, Futura.
- LAPIS K. (2001): *A rákról őszintén férfiaknak és nőknek*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- LELORAIN, S., BONNAUD-ANTIGNAC, A., FLORIN, A. (2010): Long term posttraumatic growth after breast cancer prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 17 (1): 14–22.
- LIEBERMAN, A. M., GOLANT, M., GIESE-DAVIS, J., WINZLENBERG, A., BENJAMIN, H., HUMPHREYS, K., KRONENWETER, C., RUSSO, S., SPIEGEL, D. (2003): Electronic support groups for breast carcinoma. A clinical trial of effectiveness. *Cancer* 97 (4): 920–925.
- MANNE, S., OSTROFF, J., WINKEL, G., GOLDSTEIN L., FOX, K., GRANA, G. (2004): Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine* 66 (3): 442–454.
- MASLOW, A. (2006): A transzcendencia különböző jelentései. In Maslow, A., Assagioli, R., Wilber, K. (szerk.): *Bevezetés a transzperszonális pszichológiába*. Budapest, Ursus Libris, 48–62.
- MATEESCU, D., BALĂCEANU, A., CIOCHINARU, M., VLAD, Ș., LIVADARU, D. (2010): *Ghidul pacientului oncologic*. București, Editura Benett.
- MEHNERT, A., VEHLING, S., HÖCKER, A., LEHMANN, C., KOCH, U. (2011): Demoralization and Depression in Patients with Advanced Cancer: Validation of the German Version of the Demoralization Scale. *Journal of Pain and Symptom Management* 42 (5): 768–776.
- MORILL, E. F., BREWER, N. T., O'NEIL, S. C., LILLIE, S. E., DEES, C. E., CAREY, A. L., RIMER, B. K. (2008): The interaction of posttraumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology* 17 (9): 948–953.
- NEIMEYER, R. (2006): Re-storying loss: Fostering Growth in the posttraumatic narrative. In Calhoun, L., Tedeschi, R. (Eds.): *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 68–80.
- OLÁH G. (2011): *Diagnózis után*. Kaposvár, Saxum Kiadó.

- PARK, C. L., FOLKMAN, S. (2005): Jelentés a stressz és a megküzdés kontextusában. In Kulcsár Zs. (szerk.): *Teher alatt ... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort Kiadó, 109–148.
- PENNEBAKER, J. W. (1997): Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science* 8 (3): 162–166.
- RISKÓ Á. (1999): *A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába*. Budapest, Animula.
- ROGERS, C. (2008): *Valakivé válni. A személyiség születése*. Budapest, Edge Kiadó.
- SIEGEL, B. S. (1995): *Életet a napoknak*. Budapest, Édesvíz Kiadó.
- SIEGEL, B. S. (1994): *Szeretet, gyógyítás, csodák*. Budapest, Édesvíz Kiadó.
- SIMONTON, O. C., MATTHEWS-SIMONTON S. CREIGHTON, J. L. (1990): *A gyógyító képzelet*. Budapest, Egészségforrás Kiadó.
- SINGER M. (1995): *A rák jegyében*. Budapest, Cégér Könyvkiadó.
- SERVEN-SCHREIBER, D. (2009): *A rák ellen. Egy új életmód*. Budapest, Park Könyvkiadó.
- SPIEGEL, D., SEPTHON, D. E., TERR, A. I., STITES, D. P. (1998): Effects of psychosocial treatment in prolonging cancer survival may be mediated by neuroimmune pathways. *Annals of the New York Academy of Science* 840: 674–683.
- STANTON, A. L., BOWER, E. J., LOW, C. A. (2006): Posttraumatic Growth After Cancer. In Calhoun, L., Tedeschi, R. (Eds.): *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 138–175.
- SZABÓ K. G., MIHÁLY, ZS. (2000): A diagnózis közléséhez kapcsolódó kételyek pszichoszociális vonatkozásai az onkológia gyakorlatában. *Erdélyi Pszichológiai Szemle* 1 (3): 79–90.
- SZABÓ K. G. (2001): A pszichoszociális tényezők szerepe a rákos megbetegedésekben – vizsgálati eredmények áttekintése. *Erdélyi Pszichológiai Szemle* 2 (1): 69–90.
- TARI A. (2008): *Sejtem... a daganatos betegségek pszichológiája*. Budapest, Európa Könyvkiadó.
- TEDESCHI, R., CALHOUN L. (2006): Expert companions: posttraumatic growth and clinical practice. In Calhoun, L., Tedeschi, R.(Eds.): *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 291–310
- TEDESCHI, R., CALHOUN, L.(2005): Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In Kulcsár Zs.(szerk.): *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Budapest, Trefort Kiadó, 37–67.

- TEDESCHI, R., CALHOUN, L. (1996): The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 9 (3): 455–471.
- THALÉN-LINDSTRÖM, A., LARSSON, G., HELLBOM, M., GLIMELIUS, B., JOHANSSON, B. (2013): Validation of the Distress Thermometer in a Swedish population of oncology patients; accuracy of changes during six months. *European Journal of Oncology Nursing* 30: 1–7.
- THOMBRE, A., SHERMAN, A. C., SIMONTON, S. (2010): Posttraumatic growth among cancer patients in India. *Journal of Behavioral Medicine* 33 (1): 15–23.
- TRINGER L. (2007): *A gyógyító beszélgetés*. Budapest, Medicina Könyvkiadó.
- WIDOWS, M. R., JACOBSEN, P. B., BOOTH-JONES, M., FIELDS, K. K.(2005): Predictors of PTG following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology* 24 (3): 266–273.
- WILBER, K. (2005): *Áldás és állhatatosság*. Budapest, Ursus Libris.
- WITEK-JANUSEK, L., ALBUQUERQUE, K., RAMBO CHRONIAK, K., CHRONIAK, C. (2008): Effects of mindfulness-based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women with newly diagnosed early stage breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity* 22 (6): 969–981.
- ZOELLNER, T., MAERCKER, A. (2006): Posttraumatic growth and psychotherapy. In Calhoun, L., Tedeschi, R.(Eds.): *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 334–354.

Tasnádi Mária, BA

Alternatíva Egyesület a Leukémiás Betegekért

Kolozsvár, Románia

e-mail: tasnadimaria@yahoo.com

Szabó Krisztina Gabriella, PhD

Babes-Bolyai Tudományegyetem

Kolozsvár, Románia

e-mail: krisztinagabriella.szabo@gmail.com