

A SÚLYOS BETEGSÉG TRANSZFORMATÍV EREJE

Előnytalálás és poszttraumás növekedés
emlődaganatos betegeknél



KOVÁCS Zsuzsa

Semmelweis Egyetem ETK, Alkalmazott Pszichológia Tanszék
Semmelweis Egyetem ETK, 1088 Budapest, Vas utca 17.
kovacszs@se-etk.hu

RIGÓ Adrien

ELTE PPK, Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék

SEBESTYÉN Árpád

Egészségforrás Alapítvány

KÖKÖNYEI Gyöngyi

ELTE PPK, Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék

SZABÓ Csaba

Debreceni Egyetem, Pszichológia Intézet

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések. Az elmúlt két évtized klinikai kutatási eredményei arra hívták fel a figyelmet, hogy a daganatos betegség, amellet, hogy nehezen feldolgozható trauma, egyben lehetőség is a változásra, a fejlődésre. A nehéz élethelyzetből, a fájdalomtól előny kovácsolható. Az értelemtalálás, a növekedés elősegítése olyan erőforrást képvisel, mely a betegeknél több síkon képes jótékony hatást kifejteni. *Módszer:* A legújabb kutatási eredmények alapján kidolgoztunk, és egy emlőrákos betegekből álló csoporttal (kísérleti $n = 86$, kontroll $n = 87$) végigvittünk egy Magyarországon úttörőnek számító, a hagyományos onkológiai daganatterápiát kiegészítő, komplex életmód- és pszichoszociális intervenciós programot. Jelen tanulmányunkban az előnytalálást (*Előnytalálás Kérdőív*), a poszttraumás növekedést (*Poszttraumás Növekedés Kérdőív*) és a társas támogatás (*Interperszonális Támasznyújtást Értékelő Lista*) változását vizsgáltuk a program hatására. *Eredmények:* A traumafeldolgozás nyomán a betegséggel való megküzdésben a betegek jelentős előnyt tudtak kovácsolni a kontrollcsoporthoz képest. A kísérleti csoport a poszttraumás növekedés kérdőíven az Élet tisztelete, az Új

lehetőségek, a Spirituális változás, a Másokhoz való viszonyulás alkálakon, valamint a társas támogatás területén a Megbecsülés alkálán mutatott szignifikáns pozitív változást. *Következtetések:* Elemzésünk alapján leszögezhető: hozzá tudunk járulni a traumafeldolgozás eredményességéhez. A betegek mély belső átalakuláson mentek át. Működésük meghaladta a betegség előtti állapotot, személyiségükben fejlődés, növekedés jött létre.

Kulcsszavak: mellrák, előnytalálás, poszttraumás növekedés

BEVEZETÉS

A szenvedés lélekerősítő, transzformatív ereje a vallási és bölcséleti rendszerek egyik központi témája. A lélektanban Victor Frankl (1963) megrázó tapasztalatai és munkássága, az egzisztencialista irányzatok, valamint a humanisztikus pszichológia, elsősorban Yalom (1980) és Maslow (1954) írásai nyomán vált ismertté.

Az 1990-es évek elején, a pozitív pszichológia térnyerésével bontakozott ki az az empirikus kutatási irányvonal, amely szisztematikusan vizsgálja a súlyos traumát átéltek emberek tapasztalatait, lelki változásait. A kutatások a legkülönbözőbb traumatikus események, életkrízisek (katasztrófák, balesetek, veszteségélmények, abúzusok, súlyos betegségek stb.) lélektani hatását vizsgálták. Számos esetben a tipikusan negatív reakciók mellett (mint a szorongás, az erős félelmek, a fenyegetettség érzése, a depresszió, a sóvárgás, a vágy, hogy az esemény meg nem történt legyen) a trauma feldolgozása nyomán pozitív lelki változásokat is regisztráltak (Wortman–Silver 2001).

A poszttraumás növekedés fogalmát Tedeschi és Calhoun (1996) vezette be. Meghatározásuk szerint a poszttraumás növekedést átélő személyek a komoly kihívást jelentő életkrízisekkel való küzdelem nyomán pozitív változást tapasztalnak, bizonyos területeken olyan fejlődésről számolnak be, ami meghaladja a súlyos krízissel való talál-

kozás előtti állapotot. A pozitív változás több területen jelentkezhet: az élet fokozott értékelésében és megbecsülésében, a melegebb, intimebb interperszonális kapcsolatokban, a személyes erő megélésében, a prioritások módosulásában, spirituális élmények megtapasztalásában.

Ez a jelenség elkülönül a normatív fejlődési folyamattól, az idő múlásával együtt járó érettebbé válástól. Egyéni jellegű, sajátos önfeltáró, érzelmi és tanulási folyamat eredménye. A személyek értéként fogják fel a pozitív változásokat, a növekedést, ami az erőfeszítés, a megküzdési folyamat eredménye, következménye; maga a trauma negatív esemény marad. Tehát külön kell választani a sikeres megküzdéstől, ami gyakran csak a személyiségfunkciók trauma előtti állapotának helyreállítását célozza, a poszttraumás növekedés viszont mindig a trauma előtti állapot meghaladását jelenti (Tedeschi–Calhoun 2004).

DAGANATOS BETEGSÉG ÉS NÖVEKEDÉS

A rákos megbetegedés konnotációja a köztudatban ma még a halálos fenyegetettséggel társul. Ugyanakkor az utóbbi egy-két évtizedben számos klinikai vizsgálat rámutatott: a súlyos betegség, amellet, hogy nehezen feldolgozható trauma, egyben lehetőség is a változásra, a fejlődésre. A nehéz élethely-

zetből, a fájdalomból előny kovácsolható. Vizsgálatok szerint (Stanton–Bower–Low 2006; Riskó 2006) a rákot túlélő betegek, köztük a gyermekkori daganatból meggyógyult felnőttek jelentős hányada is úgy nyilatkozott, az élete a betegség nyomán pozitív irányba változott. Emlőrákos asszonyoknál ez az arány 74% volt (Riskó 2006). A diagnózissal és a kezeléssel együtt járó kritikus életszakasz fokozott önismeretre, növekedésre ösztönözhet, magában hordozza a változás, a fejlődés lehetőségét (Cordova et al. 2001; Taylor 2000; Tedeschi–Calhoun 1996). Bellizzi és Blank (2006) mellrákosoknál az életért érzett hálát, a kapcsolatok átrendeződését és javulását, új lehetőségek, új életpályák felfedezését regisztrálta.

A súlyos betegség pszichoszociális átmenetként értelmezhető (Parkes 1971, in Cordova et al. 2001), megkívánja az élettervek és az életszemlélet jelentős átrendezését. A koncepció közel áll az egzisztencialista szemlélethez, mely szerint az élet végességével, a halállal való konfrontáció az élet megbecsülését, az interperszonális kapcsolatok átrendeződését, a személyes erőforrások jobb kiaknázását hozza magával, előtérbe kerül a transzcendens dimenzió. A kognitív feldolgozási modellek magyarázata szerint az extrém veszteséggel, az élet végével, a halállal való konfrontáció kimagasló distresszel jár, megkérdőjelezi a selffel, a világgal, a jövővel való alapfeltevéseinket. A helyzet megkívánja a gondolatok és érzések aktív feldolgozását (kontempláció), majd a kognitív struktúrákba való visszarendezését – ennek a folyamatnak a nyomán jöhetnek létre a jótékony változások (Rachman 1980, in Cordova et al. 2001).

A növekedés összefüggést mutat a trauma (betegség) szubjektíven megélt súlyosságá-

val, az élet fenyegetettségével (Stanton 2010). Antoni és munkatársai (2001) azoknál az emlőrákos betegeknél regisztráltak nagyobb mértékű növekedést, akik fokozott fenyegetettséget éltek meg. Stanton, Bower és Low (2006) 29 kutatást összegző tanulmányában hasonló eredményeket publikált: bár mutatható ki összefüggés egyes szociodemográfiai tényezők, a stresszor jellege, egyes személyiségjellemzők, mint a diszpozicionális optimizmus, a társas támogatás és a megküzdés között, a betegség nyomán észlelt előny, értelemtalálás szignifikánsan a rák súlyosságával és a személyes elköteleződéssel volt összefüggésben.

Bár a mélyebb összefüggések feltárása és az ellentmondásos eredmények behatóbb vizsgálata még előttünk áll, fontos kiemelni azokat az adatokat, melyek szerint az előnytalálás/értelemtalálás több területen is pozitív hatást eredményezhet, segítheti a daganatos betegséghez való alkalmazkodást. Bower és munkatársai (2005) nagy emlődaganatos mintán ($n = 763$) végzett kutatása azt igazolja, a pozitív traumafeldolgozás hosszú távon (5 év) segíti az érzelemszabályozást, pozitív érzelmi állapot kialakítását. Egy metaanalízis (összesen 87 keresztmetszeti elrendezésű tanulmány, ebből 9 mellrákra vonatkozó) eredményei szerint az előnytalálás összefüggést mutat a depresszió csökkenésével, a pozitív jólléttel (Helgeson–Reynolds–Tomich 2006). Súlyos betegeket (köztük rákos betegeket) vizsgáló longitudinális tanulmányok összefoglaló elemzésében Algoe és Stanton (2009) összefüggést mutatott ki az előnytalálás és a jobb egészségmutatók között, míg a pszichés alkalmazkodással az előnytalálás kevésbé konzisztens mintázatot mutatott.

Értelemtalálást, növekedést célzó programok

A Tedeschi és Calhoun (1995) által leírt jelenség fontos kutatási és fejlesztési irányít nyitott meg az onkopszichológiában. A szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy a terápiás eljárások nagymértékben elősegíthetik a személyiség fejlődését, a trauma előtti állapot meghaladását. Az értelemtalálás, előnytalálás, poszttraumás növekedés lehetőségét figyelembe kell venni, mind a kezelési terv kialakításánál, mind az eredmények tudományos értékelésénél (Cordova et al. 2001). Ugyanakkor több szerző is arra figyelmeztet, a pozitív alkalmazkodás egyoldalú hangsúlyozása, a jó oldal láttatása teherré válhat a beteg számára, és megakadályozza a mélyebb rétegekben meghúzódó megterhelő érzelmek, gondolatok feldolgozását, a nehéz napok vállalását, ezáltal hosszabb távon a növekedést (Spiegel–Classen 2000; Stanton 2010; Taylor 2000).

Számos kutatási adat igazolja a pszichoszociális intervenciók, pszichoterápiák pozitív hatását a személyiségfejlődésre, az értelemtalálás folyamatára, a poszttraumás növekedésre. Mindenekelőtt a Calhoun és Tedeschi (2000) által kidolgozott programot kell említünk, és az egzisztencialista irányzatokhoz kapcsolódó módszereket (Frankl 1963; Wall 2010). Ugyanakkor adatok vannak arra vonatkozóan is, hogy a kognitív-viselkedéses stresszkezelés is segíti a kedvező konzekvenciák kialakítását, a traumatikus életesemény feldolgozását, erősíti az optimizmust. Antoni és munkatársai (2001, 2006) az általános optimizmus szintjének növekedését tapasztalták, fokozódott az előnytalálás, a növekedés, az élet értékelése, a prioritások módosulása. Az MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction, Éber figyelmen alapuló

stresszcsökkentés), a buddhista vipassana és a zen hagyományokban gyökerező éberségmeditáció a meditációs módszerek közül a legelterjedtebb (Kabat-Zinn 1990, 2003). Számos úton fejt ki harmonizáló hatást, mint nyitottságot a változásra, önkontrollt, a tapasztalatok megosztását, személyes növekedést, spiritualitást (Mackenzie et al. 2007). A szupportív-expresszív terápiás módszerek a mélyebb rétegekben meghúzódó érzelmi és feszültségfeldolgozó munka útján segítik a betegeket a növekedésben (Spiegel–Classen 2000).

A betegségekkel való megküzdés egyik legfontosabb összetevője a társas támogatás. A társas integráció hozzájárulhat ahhoz, hogy az egyén az egészséget támogató magatartásformákat vegyen fel, az úgynevezett pufferhatás segít a stresszhatások elviselésében. Feltételezhető, hogy a támogató kezelések, a szupportív terápiák azonos mechanizmusokon keresztül hatnak, és hasonló hatást fejtenek ki (Spiegel–Sephton–Terr–Stites 1998). A poszttraumás növekedés esélyét is segítheti a szociális támogatás – olyan millió, amely ösztönzi az átélt trauma belső feldolgozását, és lehetőséget ad annak átbeszélésére (Lepore–Helgeson 1998, hivatkozik rá Cordova et al. 2001).

Az empirikus irodalom még nem rendelkezik kiérlelt válaszokkal, mi segítheti a súlyos betegség nyomán létrejövő pozitív transzformációt. Stanton (2010), a kutatási terület jeles ismerője szerint a pszichoszociális intervenciók alkalmazása mellett a betegeknél támogatni kell az életmódváltást, az egészséges életvezetés kialakítását, a társas kapcsolatok erősítését, és arra kell biztatni a betegeket, hogy merjenek mély belső hitük és értékrendjük szerint élni.

Korábbi keresztmetszeti vizsgálataink, klinikai tapasztalatok és a legújabb kutatási

eredmények alapján kidolgoztunk egy átfogó, az egészségmagatartás, az életvezetés, a lelki működés több síkján ható multidiszciplináris pszichoszociális intervenciós programot. Általános célkitűzésünk a megküzdés, a kognitív-érzelmi feldolgozás elősegítése, az érzelmszabályozás, az életminőség javítása, az értelemtalálás, a lelki és spirituális növekedés támogatása volt. A programba a részelemek közötti szinergikus hatásokat elősegítendő beépítettünk számos olyan területet, ami a szakirodalmi adatok és a klinikai tapasztalatok alapján segítheti a szervezet öngyógyító erőit (aktív testmozgás, egészséges táplálkozás és életvezetés, stresszkezelés, imagináció, relaxáció, pozitív szuggesztiók, csoportterápia).

Jelen tanulmányunkban a betegség feldolgozása nyomán észlelt előnytalálás adatait mutatjuk be. Feltételeztük, hogy a kísérleti csoport magasabb szintű előnykovácsolásról számol be a program végén, mint a kontrollcsoport. A kísérleti programban részt vett betegeknél létrejött változásokat több területen behatóbban is vizsgáltuk. Elemeztük a poszttraumás növekedés és a társas támogatás alakulását. Feltételeztük, hogy a kísérleti csoportban poszttraumás növekedés jön létre, és erősödik a társas támogatás a program hatására.

VIZSGÁLAT

A vizsgálat menete és a kísérleti programban részt vett betegek

A vizsgálatot Budapesten, az Országos Onkológiai Intézettel való együttműködésben végeztük, az Intézet Etikai Bizottságának engedélyével (eng. száma: 7-45/2008). A kutatásban 173 emlődagyanatos beteg vett részt

(diagnózis: emlőcarcinóma, áttét nélkül – C50). A mintát random módon kísérleti (n = 86) és kontroll. (n = 87) csoportba soroltuk. A kísérleti csoportba sorolt személyeket először tájékoztató levélben, majd telefonon kerestük meg. 36 fő vállalta a programban való részvételt. Minden, az intervenciós programba bekerülő beteggel első interjút vettünk fel. Kizáró kritérium volt a kóros depresszió, kóros szorongás, egyéb pszichiátriai zavar. A 36 fő között nem találtunk ilyeneket. A 36 fővel 2 csoportra bontva dolgoztunk 2009. szeptember–december (1. csoport), és 2010. február–június között (2. csoport). Összesen 2 beteg lépett ki (1 fő érdektelenség, 1 fő családi problémák miatt) a vizsgálatból/programból, a végső elemszám így 34 fő.

Két mérést végeztünk: a program előtt (1. mérés – T1), a program befejezése után (2. mérés – T2). Az első mérés alkalmával a betegek a mammográfiai vizsgálat keretében töltötték ki a tesztek, a második mérés alkalmával postán kapták meg a kérdőívcsomagot. A kérdőív nyolc oldalból állt, kitöltése 50 percet vett igénybe. Mindkét mérés alkalmával azonos kérdőívcsomag került kitöltésre.

A betegek átlagéletkora 53,17 év (szórás: 7,66). Az iskolai végzettséget illetően a betegek 97,2%-a (n = 35) érettségivel vagy diplomával rendelkezik, 2,8%-a (n = 1) általános iskolát végzett, vagy szakmunkás. A családi állapot vonatkozásában 61,1% (n = 22) stabil párkapcsolatban él, míg 38,9%-nak (n = 14) nincs stabil párkapcsolata. A csoport 83,3%-nak (n = 30) van gyermeke, 16,7%-nak (n = 6) nincs gyermeke. A gazdasági aktivitás vonatkozásában a betegek 47,2%-a (n = 17) aktív, 52,8% (n = 19) inaktív. A medikális mutatók közül a diagnózis óta eltelt idő 2,47 év (szórás: 0,47), a műtéttől eltelt idő 2,3 év

(szórás: 0,74). A családban volt-e daganatos megbetegedés kérdésre a kísérleti csoportban részt vevő betegek 77,8%-a ($n = 28$) válaszolt igennel, míg a 22,2% ($n = 8$) válaszolt nemmel (7. táblázat).

KÍSÉRLETI INTERVENCIÓS PROGRAM

A kísérleti programba olyan emlődaganatos betegeket választottunk, akiknél legalább 3 hónappal korábban befejeződtek a kemo-, ill. sugárterápiás kezelések. Ebben az időszakban a betegeknél egy új életszakasz kezdődik, túl a diagnózisközlés és az onkológiai kezelések nehézségein, a „most hogyan tovább?” kérdés fogalmazódik meg. A hagyományos onkológiai ellátás kevés figyelmet fordít erre a rehabilitációs időszakra, ahol lehetőség van a lelki-érzelmi fájdalmak feldolgozására, a megbékélésre, új jövőkép, egy egészségesebb, a remissziók esélyét lecsökkentő életvezetés kialakítására.

A program három fő egységből állt, ezek: 1) Multidiszciplináris gyógyító team (onkológus szakorvos, klinikai szakpszichológusok, pszichiáter szakorvos, dietetikus, gyógytornász, jógaoktató) által facilitált *5 napos bentlakásos életmódtábor*, ahol a betegek elméleti és gyakorlati felkészítést kaptak az egészséges életvezetésről. 2) A tanultak *beépítése a napi életvezetésbe*, valamint 3) *csoportos szupportív pszichoterápiás foglalkozások, 15 héten keresztül*, heti egyszeri alkalommal, 5 órában. A terápiás csoportmunka célja a diagnózissal és a kórlefolyással kapcsolatos érzelmi-kognitív feszültségek, a mélyebb rétegekben meghúzódó ambivalenciák, félelmek, szorongások feldolgozása, ugyanakkor a belső erőforrások aktiválása, a megküzdés, a gyógyulás elősegítése volt.

ALKALMAZOTT MÉRŐESZKÖZÖK

1. Előnytalálás Kérdőív

A kérdőívet speciális problémákkal terhelt gyerekek szülei számára állították össze. Antoni és munkatársai (2001) adaptálták az emlőrák diagnózisának és kezelésének élményéből adódó észlelt előny becslésére. 17 tételből áll, minden tétel úgy kezdődik, hogy „A betegségem ...”, és az élményből származó valamilyen lehetséges előnyt fogalmaz meg. A személyek ötfokozatú Likert-skálán értékelik az állítást: 1 – egyáltalán nem értek egyet, 2 – kicsit egyetértek, 3 – közepesen értek egyet, 4 – nagyon egyetértek, 5 – teljesen egyetértek. A mérőeszköz a jelentés keresést az élet 3 különböző területén méri fel: 1. Az élet hiányosságainak elfogadása; 2. Családi kapcsolatokban bekövetkezett pozitív változások; 3. Személyes növekedés (Antoni et al. 2001). A kérdőív belső konzisztenciája a program előtt (Cronbach- α : 0,949) és után (Cronbach- α : 0,951) is magas volt.

2. Poszttraumás Növekedés Kérdőív (PTGI)

A Tedeschi–Calhoun (1996) által kidolgozott kérdőív a traumát követő pozitív változások élményének feltérképezésére szolgál. 21 kérdésből áll, mutatói: összpontszám és az 5 alskála (új lehetőségek, másokhoz való viszonyulás, személyes erő, spirituális változás, az élet tisztelete) pontszámai. A válaszokat hatfokozatú Likert-skálán pontozzák 0-tól 5-ig. A kérdőív a mintában megbízhatónak bizonyult (Cronbach- α : 0,989 a program előtt és 0,882 a program után).

3. Interperszonális Támasznyújtást Értékelő Lista (ITÉL)

A kérdőív 40 tételből áll, amelynek itemeit elméleti alapon állították össze. A tételek egyik fele pozitív, míg a másik fele negatív állítás. A kérdőív a társas támogatás négy különböző funkciójának észlelt elérhetőségét méri. 1) Megbecsülés (értékelés, emocionális támogatás, expresszív támogatás, az önértékelés támogatása, ventiláció és közeli támogatás): annak érzékeltetése, hogy a személyt önmagáért értékelik, nehézségei vagy hibái ellenére elfogadják és becsülik. Hatására az önbecsülés nő. 2) Információs támogatás (tanácsadás és kognitív vezetés): segítségnyújtás bármely problematikus helyzet meghatározásában, megértésében és a vele való megküzdésben. 3) Társaság (diffúz támogatás vagy összetartozás): az affiliációs vagy összetartozási szükséglet kielégítése, a szabadidő együttes eltöltése (amelyben az egyéni problémákkal kapcsolatos aggodalmaskodást a „jó csoportszellem” pozitív érzelmi állapotot indukáló ereje győzi le). 4) Instrumentális támogatás (segítségnyújtás, anyagi támogatás, megfogható támogatás): fizikai jellegű problémák közvetlen megoldása, „szolgáltatások” nyújtása (ide tartozik a fizikai támogatás, betegápolás is). A teszt belső reliabilitásáról két vizsgálat nyújt információt. Az elsőben a Cronbach- α értéke 0,88 volt, míg a másodikban 0,90 (Cohen et al. 1985). A kérdőív belső konzisztenciája mindkét mérésünk alkalmával magas volt (intervenció előtt: Cronbach- α : 0,839, intervenció után: Cronbach- α : 0,827).

EREDMÉNYEK

A kísérleti és a kontrollcsoport összehasonlítása

Vizsgálatunkban leíró jellegű és többváltozós statisztikai számításokat végeztünk, átlagszámítást, szórásелеmzést, korreláció- és lineárisregresszió-számítást. A kategorikus változóknál χ^2 próbát vagy Fisher egzakt próbát alkalmaztunk, a folytonos változóknál varianciaanalízis-számítást. A kísérleti program rövid és hosszú távú hatásainak vizsgálatában a regressziós elemzési modellt alkalmaztuk, amennyiben a kísérleti és kontrollcsoport adatai is rendelkezésre álltak.

Első lépésben összehasonlítottuk a kísérleti és a kontrollcsoport adatait az első adatfelvételi időpontban (az intervenció előtt). Összehasonlítottuk a két csoportot az életkor, a betegség-időtartam (a diagnózis felállítása óta eltelt idő), a műtét óta eltelt idő, az iskolai végzettség, a családi állapot, a gyermekek (van vagy nincs gyermeke), a gazdasági aktivitás (aktív dolgozó vagy inaktív) és annak vonatkozásában, hogy a családban volt-e korábban daganatos megbetegedés.

A kísérleti és a kontrollcsoport demográfiai jellemzőit tekintve az iskolai végzettségben (a kísérleti csoportba többen kerültek olyanok, akik érettségivel vagy felsőfokú végzettséggel rendelkeztek, Fisher exact próba: $p = 0,007$), a betegséggel kapcsolatos mutatókat tekintve pedig a családi daganatos megbetegedés előfordulásában volt különbség (a kísérleti csoportnál magasabb arányban fordultak elő a családban daganatos megbetegedések, $\chi^2 = 7,16$, $p < 0,01$) (1. táblázat).

Második lépésben a kontrollcsoportban a kérdőívet visszaküldők és nem visszaküldők csoportját hasonlítottuk össze. Nem találtunk szignifikáns különbséget a kérdőívet

1. táblázat. A vizsgált minta demográfiai jellemzői a program előtt

	Kísérleti csoport (N = 36)	Kontrollcsoport (N = 87)	p
Életkor (átlag és szórás)	53,17 (7,66)	52,09 (9,15)	t = 0,61 ns.
Betegség-időtartam (átlag és szórás)	2,47 (0,47)	2,55 (0,86)	t = 0,45 ns.
A műtét óta eltelt idő (átlag és szórás)	2,30 (0,74)	2,30 (0,79)	t = 0,04 ns.
Iskolai végzettség: N (%) ált. isk. vagy szakmunkás érettségi vagy diploma	1 (2,8%) 35 (97,2%)	19 (22,1%) 67 (77%)	p = 0,007*
Családi állapt: N (%) nincs stabil párkapcsolat stabil párkapcsolat	14 (38,9%) 22 (61,1%)	21 (24,1%) 66 (75,9%)	$\chi^2 = 2,72$ ns.
Gyermeke: N (%) nincs van	6 (16,7%) 30 (83,3%)	6 (6,9%) 81 (93,1%)	$\chi^2 = 2,76$ ns.
Gazdasági aktivitás: N (%) aktív inaktív	17 (47,2%) 19 (52,8%)	42 (48,3%) 45 (51,7%)	$\chi^2 = 0,01$ ns.
Családban volt-e daganat N (%) nem volt volt	8 (22,2%) 28 (77,8%)	42 (68,3%) 45 (51,7%)	$\chi^2 = 7,16$ p < 0,01

ns. = nem szignifikáns; *Fisher exact próba

visszaküldők és nem visszaküldők között, sem a pszichológiai skálákon, sem a demográfiai jellemzőkben. Összehasonlítottuk azokat is, akik részt vettek a programban, és azokat is, akik nem fogadták el a felkérést a programban való részvételre. A két csoport között szignifikáns eltérést találtunk az iskolai végzettség tekintetében ($\chi^2 = 3,81$, $p = 0,05$). A programot elfogadók között nagyobb arányban voltak magasabb képzettségűek.

A PROGRAM HATÉKONYSÁGÁNAK VIZSGÁLATA

Előnytalálás

Harmadik lépésben a program hatékonyságát vizsgáltuk, összehasonlítottuk a program előtti eredményeket a program utáni eredményekkel. A program rövid távú hatásainak vizsgálatakor azt elemeztük, hogy a csoport-

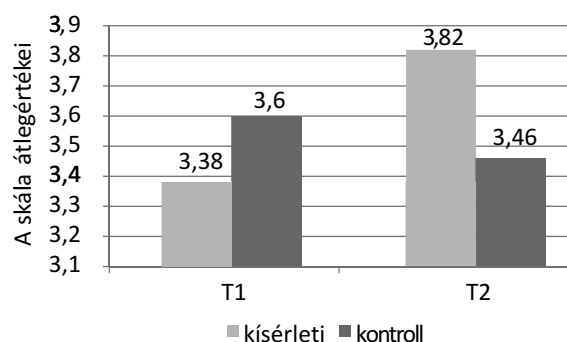
tagságnak (a személy részt vett-e az intervencióban vagy sem) van-e szignifikáns hatása a kimeneti változókra. A becslési módszer alkalmazásánál figyelembe vettük, hogy a változók nagy része nem normál eloszlású (Muthén–Muthén 1998–2007). Az intervenció változót bináris változóként kódoltuk (1: intervenció csoport, 2: kontrollcsoport), emellett az iskolai végzettséget (a két csoport különbözött az iskolai végzettség megoszlásában) és az első adatfelvételnél elért pontszámot (T1 adat) vettük figyelembe a magyarázó változók között.

A sztenderdizált regressziós együtthatókat a 2. táblázat mutatja be. A csoport (kísérleti versus kontroll) változó szignifikáns volt a T2 időpontban. Ha az együttható pozitív, akkor a kontrollcsoportnak, ha negatív, akkor az intervenció csoportnak van magasabb átlagértéke a második időpontban.

2. táblázat: A program hatékonyságának regressziós elemzése

Változó	Csoportváltozó sztenderdizált regressziós súlya és szignifikanciája	Az iskolai végzettség sztenderdizált regressziós súlya és szignifikanciája	Előnytalálás a program előtt (T1) változó sztenderdizált regressziós súlya és szignifikanciája	R ²
Előnytalálás a program után	-0,307 p = 0,000	-0,007 p = 0,924	0,767 p = 0,000	0,620

A program hatására a kísérleti csoport betegeinél jelentős mértékű előnytalálás volt kimutatható [3,38 (szórás: 0,84) átlagpontértékről 3,82-re (szórás: 0,78)], a kontrollcsoportnál nem volt ilyen irányú változás [3,60 (szórás: 0,88) versus 3,46 (szórás: 0,88)]. A csoportváltozó (kísérleti versus kontroll) regressziós súlya és szignifikanciája alapján szignifikáns különbséget találtunk az Előnytalálás kérdőíven ($\beta = 0,307$; $p = 0,000$; $R^2 = 0,620$).

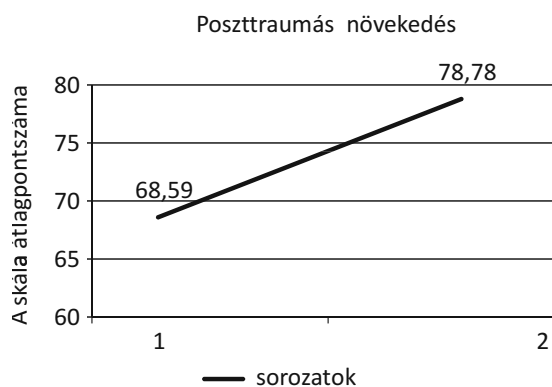


1. ábra. Az előnytalálás alakulása a program előtt (T1) és a program után (T2) a kísérleti és a kontrollcsoportban

Poszttraumás növekedés és a társas támogatás vizsgálata a kísérleti csoport betegeinél

Tekintve, hogy a program fontos célkitűzése volt az értelemtalálás, a poszttraumás növekedés elősegítése, a kísérleti csoport betegeinél behatóbban vizsgáltuk ezt a folyamatot. A kontrollcsoportot nem vontuk be ebbe az elemzésbe. A változást ismételt méréses va-

rianciaanalízissel teszteltük. A normalitást Kolmogorov–Smirnov-teszttel ellenőriztük. Az ismételt méréses varianciaanalízis során a szórás egyezést tesztelő mutatót (Maucley's sphericity) figyelembe véve közöljük az F értékeket. Amennyiben a sfericitást tesztelő próba eredménye szignifikáns, a Greenhouse–Geisser-értéket közöljük.



2. ábra. A poszttraumás növekedés változása a kísérleti csoportban részt vett betegeknél a program előtt (T1) és a program után (T2)

A 3. táblázatban az összpontszám mutatja, hogy a kísérleti program után jelentős változás, poszttraumás növekedés jött létre a betegeknél. Négy területen (alskálán), történt szignifikáns változás: a másokhoz való viszonyulásban, az új lehetőségek felismerésében, az élet tiszteletében és a spiritualitásában. A társas támogatás vonatkozásában a Megbecsülés alskálán regisztráltunk szignifikáns változást.

3. táblázat. A Poszttraumás Növekedés Kérdőív és az Interperszonális Támasznyújtást Értékelő Lista átlagpontszámjai és az ismételt méréses varianciaanalízis eredményei a kísérleti csoport betegeinél a program előtt (T1), a program után (T2)

	T1	T2	F / p
Poszttraumás növekedés összpontszám	68,59 (15,29)	78,78 (12,02)	F_(1, 31) = 24,186 p = 0,000
PTN – Élet tisztelete	11,18 (2,60)	12,30 (2,28)	F_(1, 32) = 9,796 p = 0,004
PTN – Új lehetőségek	16,39 (4,15)	19,33 (3,56)	F_(1, 32) = 22,931 p = 0,000
PTN – Személyes erő	12,93 (3,98)	13,67 (4,20)	F _(1, 32) = 2,121 p = 0,147
PTN – Spirituális változás	3,97 (3,34)	5,55 (2,66)	F_(1, 32) = 10,570 p = 0,003
PTN – Másokhoz való viszonyulás	23,63 (5,66)	26,88 (5,47)	F_(1, 31) = 9,720 p = 0,004
Társas támogatás – Megbecsülés	31,13 (3,16)	32,33 (3,61)	F_(1,29) = 4,804 p = 0,037
Társas támogatás – Információs támogatás	33,35 (4,90)	34,12 (4,54)	F _(1,33) = 0,729 p = 0,399
Társas támogatás – Társaság	31,94 (3,97)	32,13 (4,56)	F _(1,30) = 0,062 p = 0,873
Társas támogatás – Instrumentális támogatás	34,41 (3,77)	34,81 (4,11)	F _(1,31) = 0,306 p = 0,584

MEGBESZÉLÉS

A rák diagnózisa mint súlyos trauma magában hordozza a változás, a fejlődés lehetőségét is. A kutatások igazolják (Stanton–Bower–Low 2006; Bower et al. 2005; Mackenzie et al. 2007), a betegség feldolgozása nyomán olyan belső transzformáció jöhet létre, amely a betegeknél több síkon is képes jótékony hatást kifejteni. Tanulmányunkban daganatos betegek rehabilitációjára kidolgozott multidiszciplináris intervenció program hatékonyságát vizsgáltuk ebben a tekintetben.

Az Előnytalálás kérdőíven a program szignifikáns jótékony hatása mutatkozik meg: míg a kontrollcsoport személyei esetében az előnytalálás értéke nem változik a második mérési időpontra, addig a kísérleti csoportnál ez az érték emelkedik. Úgy élnek meg,

a rák diagnózisa, a betegséggel való szembeesés és megküzdés számos pozitív hatással járt, képesek voltak a nehéz helyzetből előnyt kovácsolni.

A poszttraumás növekedés területén is hatékonyan bizonyult a program. A kérdőív öt területen vizsgálja a változást. Négy területen, valamint az összesített mutatóban is szignifikáns javulást regisztráltunk. A betegeknél megerősödött az élet iránti tisztelet, az élet értelme és értéke. Erőtéljes változás jött létre a kapcsolatokban – megnőtt az odafigyelő, meghitt kapcsolatok értéke, mélyült az intimitás képessége. Új lehetőségek, új dimenziók nyíltak meg, és a trauma nyomán, a belső munka eredményeként spirituális növekedés jött létre – ezt a betegek gyakran újjászületésnek, egy új élet kezdetének élik meg. Más kutatók is hasonló eredményekről

számolnak be (Bellizzi–Blank 2006; Cordova et al. 2001; Taylor 2000; Tedeschi–Calhoun 1996).

A társas támogatást, támasznyújtást értékelő kérdőíven a Megbecsülés alskála emelkedik ki szignifikánsan. Azt mutatja, a rehabilitációs programban a betegek támogatást kaptak érzelmeik kifejezéséhez, s azt tapasztalták meg, hogy a nehézségek és a hibák ellenére is elfogadást kapnak, önbecsülésük nőtt.

Az alkalmazott intervenció komplexitása miatt (alap célkitűzésünk a program elemei közötti szinergikus hatások létrehozása volt) nem állapítható meg egyértelműen, hogy az intervenció mely elemeinek köszönhetőek az előnytalálásban és a poszttraumás növekedésben megfigyelhető változások. A Tedeschi–Calhoun (2004) modell értelmében három fő tényező játszhat szerepet: az egyéni jellemzők, a társas támogatás és a kognitív mechanizmusok. Vizsgálatunk az egyéni jellemzőkre nem terjedt ki, a további kutatásokban érdemes e területre is nagyobb hangsúlyt fektetni. A komplex program ugyanakkor egyértelműen emelte a társas támogatottság észlelt mértékét, s számos olyan elemet tartalmazott, amely segíthette a személyeket a feldolgozásban és a kognitív újrastrukturálásban.

Fontos kiemelnünk, hogy a kísérleti csoportban magasabb volt az iskolai végzettség, ami feltehetően számos úton, mechanizmuson (pl. több ismeret, kedvezőbb anyagi lehetőségek, szabadabb időbeosztás, szélesebb szociális háló stb.) keresztül képes megküzdési potenciálokat mozgósítani. Vélhetően a magasabb iskolai végzettségű betegek érdeklődőbbek, nyitottabbak, ők vállalták a felkérést a programban való részvételre. Hatása számos területen megmutatkozhat (pl. szociális működés, tünetészlelés, életminőség, jövőkép stb.). Vizsgálatunkban az isko-

lai végzettség kontrollálása mellett is hatékonyan bizonyult a program.

A kutatásban kapott eredmények általánosíthatóságát csökkenti néhány tényező. A vizsgált betegcsoport emlődagaganatos betegekből állt, ezáltal a mellrák sajátosságai jelentek meg a terápiás munkában és a vizsgálatban. A program jellegét más malignus megbetegedés esetén az adott betegség sajátosságaihoz célszerű adaptálni. További korlát a relatív alacsony elemszám. Releváns következtetések levonása céljából a rehabilitációs program hatékonyságát további betegcsoportokon is szükséges tesztelni. Csökkenteni az adatok értékét, hogy a poszttraumás növekedés és a társas támogatás tekintetében nem rendelkezünk adatokkal a kontrollcsoportból. A betegek jelentős hányada magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik. Célszerű vizsgálni, a kevésbé képzett betegeket hogyan lehet motiválni az ilyen jellegű programokban való részvételre.

Elemzésünk alapján leszögezhető: hozzá tudunk járulni a traumafeldolgozás eredményességéhez. A betegek mély belső átalakuláson mentek át. Személyiségük működésének színvonala meghaladja a betegség előtti állapotot, tehát fejlődés, növekedés jött létre.

Igazolva látjuk a Tedeschi és Calhoun (1995) által leírtakat, miszerint a terápiás eljárások nagymértékben elősegíthetik a személyiség fejlődését, és Cordova és munkatársai (2001) meglátását, miszerint az értelemtalálás, előnytalálás, poszttraumás növekedés lehetőségét figyelembe kell venni mind a kezelési terv kialakításánál, mind az eredmények tudományos értékelésénél. Annál is inkább, mert a növekedés nemcsak a lelki terhek oldásában segít, de visszacsatoló befolyással bír az egészségi állapotra is (Algoe–Stanton 2009).

Szeretnénk köszönetet mondani Dr. Eckhardt Sándor professzor úrnak a támogatásáért. Köszönjük az Országos Onkológiai In-

tézet, Radiológiai Klinika munkatársainak együttműködését.

SUMMARY

THE TRANSFORMATIVE POWER OF SERIOUS ILLNESSES – BENEFIT FINDING AND POSTTRAUMATIC GROWTH IN BREAST CANCER PATIENTS

Background and aims: During the last two decades numerous studies have pointed out that besides being a huge trauma, the diagnosis of cancer is also a great opportunity for personal growth. A difficult life situation can be transformed into a beneficial experience. Benefit finding promoting personal growth represents a power source providing benefits for the patient in several different ways. *Methods:* On the basis of latest research results we designed and conducted an integrated lifestyle and psychosocial intervention program, groundbreaking by Hungarian standards, tying in with a conventional tumour therapy in a group of patients with breast cancer (intervention group n=86, control group n=87). In this study we measured benefit derived from the diagnosis and treatment of breast cancer (*Benefit Finding Scale*), posttraumatic growth (*Posttraumatic Growth Inventory*) and social support (*Interpersonal Support Evaluation List*) on behalf of the intervention. *Results:* Significant effects of the program were observed on the results of the Benefit Finding Scale. In processing the trauma the patients greatly capitalized on coping with the disease in comparison to the control group. In the Posttraumatic Growth Inventory a significant improvement was measured on the subscales of “Respect for life”, “New opportunities”, “Spiritual change”, and “Relating to others”, and participants also scored higher on the Self-esteem subscale of ISEL. *Discussion:* Based on our analysis, we can conclude that we could contribute to the successful processing of the trauma. The patients have gone through a profound inner transformation. Their personality exceeded their state prior to the illness; therefore there has been a growth, a development and advancement established.

Keywords: breast cancer, benefit finding, posttraumatic growth

IRODALOM

ALGOE, S. B. – STANTON, A. L. (2009): Is benefit finding good for individuals with chronic disease? In PARK, C. L. – LECHNER, S. C. – ANTONI, M. H. – STANTON, A. L. (eds): *Medical illness and positive life change: Can crisis lead to personal transformation?* American Psychological Association, Washington DC. 173–193.

ANTONI, M. H. – LEHMAN, J. M. – KILBOURN, K. M. – BOYERS, A. E. – CULVER, J. L. – ALFERI, S. M. – CARVER, C. S. (2001): Cognitive-behavioral stress management intervention

- decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20(1). 20–32.
- ANTONI, M. H. – WIMBERLY, S. R. – LECHNER, S. C. – KAZI, A. – SIFRE, T. – URCUYO, K. R. – CARVER, C. S. (2006): Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *American Journal of Psychiatry*, 163(10). 1791–1797 doi: 10.1176/appi.ajp.163.10.1791.
- BELLIZZI, K. M. – BLANK, T. O. (2006): Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1). 47–56. doi: 10.1037/0278-6133.25.1.47.
- BOWER, J. E. – MEYEROWITZ, B. E. – DESMOND, K. A. – BERNARDS, C. A. – ROWLAND, J. H. (2005): Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29. 236–245.
- CALHOUN, L. G. – TEDESCHI, R. G. (2000): *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Erlbaum, Mahwah, New Jersey.
- COHEN, S. – MERMELSTEIN, R. – KAMARCK, T. – HOBERMAN, H. M. (1985): Measuring the functional component of social support. In SARASON, G. – SARASON, B. R. (eds): *Social support: Theory, research and applications*. 73–94.
- CORDOVA, M. J. – CUNNINGHAM, L. L. – CARLSON, C. R. – ANDRYKOWSKI, M. A. (2001): Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3). 176–185.
- FRANKL, V. E. (1963): *Man's search for meaning*. Pocket Books, New York.
- HELGESON, V. S. – REYNOLDS, K. A. – TOMICH, P. L. (2006): A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5). 797–816. doi: 10.1037/0022-006x.74.5.797.
- KABAT-ZINN, J. (1990): *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delacourt, New York.
- KABAT-ZINN, J. (2003): Mindfulness based intervention in context: past, present and future. *Clinical Psychology*, 10. 144–156.
- MACKENZIE, M. J. – CARLSON, L. E. – MUNOZ, M. – SPECA, M. (2007): A qualitative study of self-perceived effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in a psycho-social oncology setting. *Stress Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23. 59–69.
- MASLOW, A. H. (1954): *Motivation and personality*. Harper, New York.
- MUTHÉN, L. K. – MUTHÉN, B. O. (1998–2007): *Mplus user guide*. 5th ed. Muthén & Muthén, Los Angeles, California.
- RISKÓ Á. (2006): A sikeresen túlélő daganatos betegek lelki és társadalmi alkalmazkodása, életminősége. In HORTI J. – RISKÓ Á. (szerk.): *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest. 92–94.
- SPIEGEL, D. – SEPHTON, S. 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.

- SPIEGEL, D. – CLASSEN, C. (2000): *Group therapy for cancer patients : a research-based handbook of psychosocial care*. Basic Books, New York.
- STANTON, A. L. – BOWER, J. E. – LOW, C. A. (2006): Posttraumatic growth after cancer. In CALHOUN, L. G. – TEDESCHI, R. G. (eds): *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Erlbaum, Mahwah, New Jersey.
- STANTON, A. (2010): Positive Consequences of the Experience of Cancer: Perceptions of Growth and Meaning. In HOLLAND, J. C. – BREITBART, W. (eds): *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, Oxford – New York. 547–550.
- TAYLOR, E. J. (2000): Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27(5). 781–788.
- TEDESCHI, R. G. – CALHOUN, L. G. (1995): *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. SAGE Publications.
- TEDESCHI, R. G. – CALHOUN, L. G. (1996): The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9. 455–471.
- TEDESCHI, R. G. – CALHOUN, L. G. (2004): Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquire*, 15. 1–18.
- YALOM, I. (1980): *Existential therapy*. Basic Books, New York.
- WALL, K. (2010): *Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer: Treatment manual*. Institute of Transpersonal Psychology, Palo Alto.
- WORTMAN, C. B. – SILVER, R. C. (2001): The myths of coping with loss revisited. In STROEBE, M. S. – HANSSON, R. O. – STROEBE, W. – SCHUT, H. (eds): *Handbook of bereavement research – consequences, coping and care*. American Psychological Association, Washington DC. 405–429.