

# **Válság vagy fordulópont?**

## **Poszttraumás növekedés az onkológiában**

Készítette: Posta Laura (GODS0Z)

PPKE-BTK, Pszichológia MA

Témavezetők: Dr. Dészfalvi Judit és Dr. Zsila Ágnes



## TARTALOMJEGYZÉK

|       |                                                                        |    |
|-------|------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.    | Bevezetés                                                              | 3  |
| 2.    | Elméleti háttér                                                        | 4  |
| 2.1   | Az onkológiai betegségek fizikai és pszichológiai hatása               | 5  |
| 2.2   | Depresszió és szorongás                                                | 6  |
| 2.3   | Poszttraumás stressz szindróma vagy poszttraumás növekedés             | 6  |
| 2.3.1 | A poszttraumás növekedés jelensége                                     | 7  |
| 2.3.2 | Tedeschi és Calhoun funkcionális-leíró poszttraumás növekedés modellje | 10 |
| 2.4   | A poszttraumás növekedést elősegítő erőforrások                        | 11 |
| 2.4.1 | Intraperszonális erőforrások                                           | 11 |
| 2.4.2 | Interperszonális erőforrások                                           | 12 |
| 2.4.3 | Információs erőforrások                                                | 12 |
| 2.4.4 | Egyéb támogató erőforrások                                             | 13 |
| 2.5   | A poszttraumás növekedés kutatása Magyarországon                       | 14 |
| 3.    | Módszer                                                                | 16 |
| 3.1   | Résztvevők                                                             | 16 |
| 3.2   | Mérőeszközök                                                           | 16 |
| 3.2.1 | Strukturált interjú                                                    | 16 |
| 3.2.2 | Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív                                    | 17 |
| 3.3   | Eljárás                                                                | 18 |
| 3.4   | A kvalitatív adatok feldolgozása                                       | 18 |
| 4.    | Eredmények                                                             | 19 |
| 4.1   | Leíró statisztika                                                      | 19 |
| 4.2   | A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív eredményei                       | 21 |
| 4.3   | A tematikus tartalomelemzés eredményei                                 | 23 |
| 5.    | Megvitatás                                                             | 27 |
| 5.1   | Diszkusszió                                                            | 27 |
| 5.2   | Korlátok és kitekintés                                                 | 29 |
|       | Felhasznált irodalom                                                   | 31 |

## 1. BEVEZETÉS

Napjainkban a daganatos betegségek mindenhol a világon, így Magyarországon is, a népegészségügy egyik legfontosabb kérdésévé váltak. A magyarországi statisztikai adatok szerint az utóbbi időben évente kb. 70.000 ezer betegnél diagnosztizálnak daganatos betegséget. 2023-ban 30.593-an haltak meg rákban. Élete során minden harmadik magyar embernél (3 386 647 fő) rosszindulatú daganat alakul ki. Ez a második leggyakoribb halálok a szív-és érrendszeri betegségek után. Az összes halálozás 25%-ban rosszindulatú daganat miatt veszítünk el valakit. A leggyakoribb daganatos betegségek a nők esetében az emlődaganat, a tüdődaganat és a vastagbél-daganat. A férfiaknál a három leggyakrabban diagnosztizált daganattípus a prosztata-, a tüdő- és a vastagbél-daganat (Országos Onkológiai Intézet, 2024). A becslések alapján a kutatók azt jósolják, hogy a népesség általános növekedése és a növekvő átlagéletkor miatt 2050-re megkétszereződik a rákos megbetegedéssel diagnosztizált 65 év felettiek száma, a 85 év felettiek körében pedig megnégyszereződik (Cokkinides, Albano, Samuels, Ward, & Thum, 2005).

Jelenleg a rákszűrésnek, a korai felismerésnek, a sebészeti beavatkozásoknak, a kezeléseknél és az akut terápiás eljárások okozta toxicitás ellensúlyozásának köszönhetően a daganatos megbetegedést túlélők száma évről évre növekszik. Az ötéves túlélési arány (az 5 év tünetmentességet megelőző személy számát ráktúlélőnek) az összes daganatos betegség esetében 66%-ra emelkedett, szemben az 1970-es évek körülbelül 50%-ával (Ries & mtsai, 2008). A túlélők számának növekedésével párhuzamosan egyre nagyobb figyelemnek kell irányulnia a lakosság folyamatos egészségügyi problémáira és szükségleteire. Sok daganatos beteg a kezelések befejezése után visszatér a régi megszokott életéhez, és viszonylag tünetmentesen élhet. A daganatos betegség és a kezelések azonban számos fizikai és pszichológiai nehézséget is eredményezhetnek, és hosszú távon fennmaradhatnak. E nehézségek némelyike a rosszindulatú betegség kezelése során vagy azt követően jelentkezik, és krónikusan fennáll (pl. emlőeltávolító műtét). Más nehézségek csak hónapokkal vagy akár évekkel később jelentkezhetnek (pl. neuropátia). Függetlenül attól, hogy mikor jelentkeznek a tünetek, a daganatos betegségek hosszú távú hatásai negatívan befolyásolhatják a ráktúlélők életminőségét (Stein, Syrjala, & Andrykowski, 2008).

A daganatos betegségek kezelésével kapcsolatos sikerek és a túlélési arány növekedése ellenére a legtöbb ember számára a rosszindulatú tumor továbbra is egy félelmetes, életet veszélyeztető betegség, és már maga a daganatos betegség diagnózisa is trauma. Megfigyelhető, hogy egyesek számára a daganatos betegség ténye a pszichológiai és szociális károk lefelé irányuló

spirálját indítja el, míg mások számára a betegségélmény olyan felfelé ívelő tendenciát is elindíthat, amelyet fokozott pszichológiai és szociális alkalmazkodás jellemez. Külön kihívást jelent azoknak a tényezőknek az azonosítása, amelyek befolyásolják a daganatos betegséget megélt személyek pszichológiai alkalmazkodását és a belső egyensúly megteremtésének a képességét, az elfogadás elérését. A daganatos megbetegedésre adott pszichológiai reakciót a változók két csoportja befolyásolja: az életet veszélyeztető betegség átélése által okozott stressz és teher, valamint az egyén rendelkezésére álló erőforrások. Azt, hogy az egyén hogyan értékeli a daganatos betegség révén szerzett tapasztalatait, és milyenek lesznek az általa alkalmazott konkrét megküzdési stratégiák (pl. megközelítés- vagy elkerülés-orientált lesz-e), az átélt stressz, valamint a rendelkezésre álló erőforrások viszonya határozza meg. Általánosságban elmondható, hogy az erőforrások relatív egyensúlya a betegség okozta stresszhez és terhekhez viszonyítva meghatározza az egyén pszichológiai reakcióját mind rövid, mind hosszú távon (Stein, Syrjala, & Andrykowski, 2008). Ebben a kutatásban a poszttraumás növekedés jelenségét vizsgáljuk kifejezetten az onkológiai betegek körében, ami még egy viszonylag alulkutatott terület a magyar onkopszichológiában. A kutatás célja kettős: egyrészt feltárni azokat a tényezőket és erőforrásokat, amelyek segíthetik az egyént egy poszttraumás növekedési pálya felé történő elmozdulásban, másrészt azonosítani azokat a terápiás helyzetben is alkalmazható külső segítségnyújtási lehetőségeket és technikákat, amelyek segíthetik az egyént felismerni, megteremteni és alkalmazni ezeket az erőforrásokat.

## **2. ELMÉLETI HÁTTÉR**

A daganatos betegségekre jellemző, hogy kezdetben gyakran olyan tünetekkel járnak, amelyeket könnyű figyelmen kívül hagyni, vagy másnak tulajdonítani (pl. hasfájás, fáradékonyság), illetve sok rosszindulatú tumor sokáig tünet és fájdalommentes, vagy a daganatos betegség csak viszonylag előrehaladott állapotban diagnosztizálható (pl. petefészek-daganat) (Soleimani, Bahrami, Allen, & Alimoradi, 2020). Ez is oka lehet annak, hogy az emberek 35-40%-nak erős félelme van a daganatos betegségekkel szemben még akkor is, amikor teljesen egészségesnek tartja magát (Soleimani, Bahrami, Allen, & Alimoradi, 2020). Amikor valakit valamilyen daganatos betegséggel diagnosztizálnak, szinte sokként éri a tény, csalódik a testében és többnyire erős halálfélelmet él át, főleg, ha a tumor nem műthető vagy áttétet képezhet. Vannak olyan rosszindulatú és egyben agresszív daganatok, amelyek egy tumorból kiindulva több helyre is képesek áttétet képezni a vér- vagy nyirokrendszeren keresztül: jellemzően a tüdőben, a májban, az agyban és a csontokban (Braeuer, Watson, Wu, Mobley, Kamiya, Shoshan, & Bar-Eli, 2014). Összességében tehát azt láthatjuk, hogy sok

daganatos betegség önmagában nem okoz fájdalmat, nem hat fizikailag negatívan a mindennapi életvitelre (esetleg időszakosan a sebészeti beavatkozások következtében), pszichésen viszont nagyon megterhelő lehet, mert bejósolhatatlanul agresszív és gyors lefolyású daganatos betegséget képes okozni.

## **2.1 Az onkológiai betegségek fizikai és pszichológiai hatása**

A daganatos betegségek tünetei, kezelése, túlélési aránya és a mindennapi életre gyakorolt hatása rendkívül különböző lehet testi szinten, azonban az onkológiai betegségek pszichológiai hatásai viszonylag hasonlóak. A rendelkezésre álló adatok egyértelműen dokumentálják, hogy a daganatos betegséget megélők többsége jó általános egészségi állapotról számol be már rögtön a kezelések befejeződése után (Stein, Syrjala, & Andrykowski, 2008). Vannak azonban olyan betegségtípusok és kezelések, amelyek egyértelműen károsítják a hosszú távú egészséget: a gyakori problémák közé tartozik a fáradtság vagy az állóképesség hiánya, a mozgásszervi problémák, a vitalitás csökkenése és a szexuális zavarok. E diszfunkciók mellett kockázati tényezőt jelent még az életkor és az életmód is, mindezek pedig negatív hatással lehetnek a ráktúlélők funkcióira és életminőségére (Stein, Syrjala, & Andrykowski, 2008).

Jelen kutatás szempontjából azonban hangsúlyosabb kérdés, hogy milyen pszichológiai hatásai lehetnek az onkológiai betegségeknek. A fizikai tünetektől és diszfunkcióktól mentes daganatos beteg vagy már ráktúlélő populációban is jelentős distresszt diagnosztizáltak a daganatos betegség kiújulásának vagy áttétek képződésének lehetősége miatt. Az élet végességének megtapasztalása olyan szorongás-spirált indíthat el, amelyben a rosszindulatú betegség újbóli megjelenésétől való félelem a mindennapi élet központi elemévé válhat, és az egyén úgy érzi, hogy az élete bármikor véget érhet (Lee-Jones, Humphris, Dixon, & Bebbington Hatcher, 1997). Baziliansky és Cohen (2021) szerint elsősorban az érzelemszabályozás befolyásolhatja a rosszindulatú daganatos betegség túlélőinek pszichológiai distressz szintjét. A két kutató által végzett metaanalízis fókusza az érzelemszabályozási minták (elfojtás, hárítás és kognitív újraértékelés) és a pszichológiai distressz közötti összefüggések feltárása volt. A szisztematikus áttekintés kimutatta, hogy az érzelemszabályozási minták és a pszichológiai distressz között jelentős összefüggések vannak: az elfojtás és a hárítás több tanulmányban is szignifikáns kapcsolatot mutatott a depresszióval és a szorongással, míg a kognitív újraértékelés negatív összefüggésben áll a pszichológiai distresszrel. Az alcsoport-elemzések alapján a diagnózis óta eltelt időnek nincsen szignifikáns moderáló szerepe (Baziliansky & Cohen, 2021).

## **2.2 Depresszió és szorongás**

Más kutatások is megerősítik, hogy az általános populációhoz képest maga a daganatos betegség, de a betegség túlélése is nagy kockázatot jelent a súlyos depresszió kialakulása szempontjából. Polsky és munkatársai (2005) például azt találták, hogy a daganatos betegség diagnózisa 3-4-szeresére növeli a depresszív tünetek megjelenését 2 éven belül, illetve 2-szeresére azoknál a ráktúlélőknél, akiknél már 5-8 év telt el a betegség diagnosztizálása óta. Szinte minden egyén tapasztal némi pszichés egyensúlyhiányt közvetlenül a diagnózis után és a kezelések idején. A legtöbben végül visszanyerik pszichológiai egyensúlyukat a daganatos betegséggel való küzdelem ellenére, és kevés jelentős hosszú távú hatásról számolnak be, akár pozitívak, akár negatívak ezek az érzelmek. Más egyének számára azonban a daganatos betegség átélése mélyrehatóbb hatással van (Polsky & mtsai, 2005).

A kutatási eredmények azt is kimutatták, hogy az életet veszélyeztető daganatos betegség diagnózisa, illetve a kezelések erős szorongást váltanak ki a betegekben, mely szorongás megjelenése gyakori és elfogadható, teljes mértékben megérthető (Riskó, 2015). Mivel ez a szorongás időleges és a daganatos betegség diagnózisához és kezeléséhez kapcsolódik, „akut” hatásnak tekinthető. A jelen kutatás szempontjából azonban a kutatás tárgya az a fajta szorongás, amely a daganatos betegség diagnózisának és kezelésének hosszú távú hatásaként is jelen van, azaz amely a kezelések befejezése után is fennmarad, és a daganatos betegség szubjektív megélésének tulajdonítható (Stein, Syrjala, & Andrykowski, 2008). A szorongásos rendellenességek prevalenciáját 6-23%-ra becsülik a ráktúlélők körében (Stark, & House, 2000).

## **2.3 Poszttraumás stressz szindróma vagy poszttraumás növekedés**

Amennyiben a depresszió és szorongás krónikusan fennmarad, poszttraumás stressz szindróma (PTSD) alakulhat ki az egyes betegeknek. A daganatos betegségek kezelése utáni PTSD kialakulásának prevalenciáját akár 32%-ra is becsülik (Kangas, Henry, & Bryant, 2002), bár a legtöbb tanulmány 5–15%-os prevalencia-arányról számol be a ráktúlélők körében (Capaldi & mtsai, 2024). Ezek a számok azonban mindenképpen meghaladják a PTSD alaparányát az általános populációban. A becslések szerint az általános populációban a szorongásos zavarok aránya az 1% és 4% közötti tartományba esik (National Institute of Mental Health, 2024). Bár a kutatások bizonyítják, hogy a daganatos betegség átélése képes negatív és pozitív spirál elindulását is indukálni, az irány elsősorban a diagnózis ténye és a betegség által keltett stressz és teher, valamint az egyén rendelkezésére álló erőforrások arányán múlik. Ezek az erőforrások

lehetnek fizikai természetűek (pl. társas támogatottság, anyagi biztonság), pszichológiai természetűek (pl. interperszonális kapcsolatok minősége) vagy egzisztenciális kérdések (pl. az élet értelme, végessége, sérülékenysége) egyaránt. A fizikai és pszichológiai erőforrásaink az élet természetes változékonyságából és kiszámíthatatlanságából adódóan állandóan fluktuálnak, néha kevésbé, valamikor jobban hozzáférhetőek, befolyásolva a szorongás szintjét (Capaldi & mtsai, 2024). Ezért is gondoljuk, hogy mivel az erőforrások változhatnak, így a terápiás folyamat is lehet egy olyan tényező, amely növelheti ezeket az erőforrásokat, illetve maga a terápiás kapcsolat is erőforrásként jelenhet meg.

Mivel a daganatos betegség megtapasztalása ellenére egyesek képesek megőrizni az integritásukat, sőt, akár pozitív irányba fejlődni, érdemes beazonosítani azokat az erőforrásokat, amelyekkel az egyén képessé válhat arra, hogy a súlyosan stresszkeltő élményekkel való szembesülés által okozott terheket és stresszt hatékonyan kezelje. Ennek eredményeképpen a daganatos betegség pszichológiai hosszú távú hatásai magukban foglalhatják a daganatos betegség diagnózisára és kezelésére adott pozitív válaszokat is. A klinikusok és kutatók az észlelt pozitív változásokat három fő területen azonosították (Tedeschi & Calhoun, 1996): 1) a megnövekedett önbecsülés (pl. a saját sérülékenység elfogadása mellett nagyobb énerő és magabiztosság megélése), 2) az interperszonális kapcsolatok szorosabbá és bensőségebbé válása, 3) az életszemlélet változása (pl. a prioritások megváltozása, spirituális fejlődés). Egy újabb kutatás egy negyedik területet is azonosított: a béke és a céltudatosság erősebb érzését (Bower, Meyerowitz, Bernaards, Rowland, Ganz, & Desmond, 2005).

### **2.3.1 A poszttraumás növekedés jelensége**

A fent említett pozitív személyiségváltozás, azaz a poszttraumás növekedés (PTN) összességében egy többdimenziós jelenség, amit befolyásol a traumát átélő egyén személyisége, a környezettel való kapcsolat és a trauma természete is. Ezen tényezők együttesen határozzák meg, hogy a traumát megélő/túlélő egyén milyen irányú személyiségváltozást él meg. Abban a kedvező helyzetben, amikor az egyén személyisége, támogatottsága és a trauma természete lehetővé teszi a pozitív változást, valamint az egyén elegendő erőforrással rendelkezik, esetleg más külső támogatást is tapasztal a traumatikus eseménnyel való megküzdés során, esély nyílik egy pozitív fejlődési spirál elindulására. A PTN fogalma leginkább az egészségpszichológiában és a pozitív pszichológiában használatos, és elsősorban Richard G. Tedeschi és Lawrence G. Calhoun (2004) nevéhez köthető. A két kutató az 1990-es években kezdte el használni ezt a fogalmat a University of North Carolina egyetemen végzett kutatásaik alapján, illetve egy kérdőívet is kidolgoztak a konstruktum

mérésére. Vizsgálataik kimutatták, hogy a traumát túlélők 90%-a számol be a PTN valamilyen aspektusáról, ami különös jelentőséget ad a jelen kutatás témájának is.

Az eredeti kutatás azt mutatta (Tedeschi & Calhoun, 1996), hogy a nők általában több pozitív változásról számolnak be, mint a férfiak, és a traumatikus eseményeket átélt személyek több pozitív változásról számolnak be, mint a rendkívüli eseményeket nem átélt személyek. A poszttraumás növekedés gyenge pozitív összefüggést mutat az optimizmussal és az extraverzióval. A traumatizáltak, mint például a daganatos betegséget átélők, a korábbi, pozitív irányba torzított sémáik és a történetek közötti feszültségre reagálva olyan traumanarratívát alakítanak ki, amelyben a kedvezőtlen életesemény mintegy kettéválasztja az életet trauma előtti és trauma utáni időszakra. A trauma előtti célok és életfilozófia elengedése teremt lehetőséget az új célok, valamint az új, revideált világkép megkonstruálására (Tedeschi és Calhoun, 2004). Ez a világkép már tartalmazza a trauma pozitív hozadékát: a poszttraumás növekedést. Ez az új világkép már természetesen magában foglalja a negatív életesemények bekövetkezésének lehetőségét is, azaz realisztikusabbá válik. A PTN ugyanakkor oda-vissza ható viszonyban van az életbölcsséggel és a személyes életrratívára alakulásával is. A traumát átéltek beszámolnak arról, hogy nyitottabbak lettek az emberi létezés alapvető kérdéseire, és jobban el tudják fogadni az életben megtapasztalható paradox jelenségeket és érzéseket. A trauma okozta lélektani krízissel történő megküzdés emellett az élettörténetük átírásához, revíziójához vezethet, és a trauma szervesen integrálódhat az egyén személyes élet narratívájába. (Tedeschi és Calhoun, 2004). Összességében elmondható, hogy a traumatikus esemény "földrengéshez" hasonlóan rendítheti meg az egyén világról és önmagáról alkotott sémáit. Azonban a trauma ilyen destrukciója egyben esélyt is jelent az újjáépítéshez: az egyén a kognitív feldolgozás során átstrukturálja a széttűzött világképet, a "földrengés" utáni újjáépítésnek az eredményét pedig növekedésként éli meg (Tedeschi és Calhoun, 2004), így tehát trauma által indukált pozitív transzformációt, érést tapasztalhat.

Pozitív személyiségfejlődés esetén a szakirodalom leggyakrabban a PTN hat területét nevezi meg (Tedeschi & Calhoun, 2004). A trauma pozitív hozadékai a következők:

### **1. Az élet nagyobb mértékű megbecsülése és új prioritások kialakulása**

A személy jobban méltányolja a megmaradt lehetőségeit, az életet önmagában véve tiszteli, valamint örömforrásként kezdi értékelni a mindennapi élet apró dolgait. Ilyen típusú változást leginkább azok élhetnek át, akiknek a trauma valamilyen veszteséget hoz, vagy a halállal való szembesülést jelent. A személy figyelme ugyanis mindkét esetben a múltból (pl. korábbi életcélok, tervek) az „itt és most” -ra helyeződik át (Tedeschi & Calhoun, 2004).

## **2. Bensőségesebb, nagyobb intimitású kapcsolatok megélése**

Az egyén ráébred az interperszonális kapcsolatok fontosságára, ennek köszönhetően több időt és energiát fektet a kapcsolataiba. Gyakran nő a mások iránt érzett empátia és részvét, amelyek mélyebb kapcsolatok megtapasztalását eredményezik, valamint elősegítik a társas támogatottság érzésének kialakulását és fenntartását. Mint láthattuk, az interperszonális erőforrások rendkívül fontos védőfaktornak számítanak a poszttraumás stressz hatásaival szemben (Kállay & Miclea 2007).

## **3. Személyes erő fokozott érzése**

A sérülékenység megélésével egyidejűleg az egyén énéreje és sorsa feletti kontrollérzése növekszik. Ennek a paradoxnak tűnő változásnak az a lényege, hogy az egyén felismeri és elfogadja, hogy a létezés sérülékeny és az életben történhetnek és történnek is rossz dolgok, de mindez kezelhető és a jövőben is bármit képes lesz megoldani. A trauma sikeres feldolgozása hatására nő a személy önmagával és problémamegoldási képességeivel kapcsolatos elégedettsége (Tedeschi & Calhoun, 2004).

## **4. Új lehetőségek és életpályák felismerése**

A személy számára világossá válik, hogy melyek azok a célok, amelyekért érdemes küzdeni, és melyek azok, amelyeket jobb feladni. Ez a felismerés új lehetőséget ad egy korábbiól eltérő és/vagy addig csak vágyott életpálya megvalósítására (Kállay & Miclea 2007).

## **5. Spiritualitás, vallás és egzisztenciális témák iránti nyitottság növekedése**

Az egyén érdeklődése az alapvető egzisztenciális kérdések felé fordul, ugyanis a világról alkotott korábbi hitrendszerét a traumatikus esemény alapjaiban zúzta szét. Sokan úgy érzik, hogy fontosabb számukra a transzcendens világ, nagyobb mértékben képesek már hinni egy magasabb rendű entitás vagy rendezői elv létezésében, vagy akár erősebben érzik Isten jelenlétét, és ezáltal mélyül a vallásos hitük. E változásokat a nem vallásos vagy kifejezetten ateista egyének is átélhetik (Tedeschi & Calhoun, 2004).

## **6. Az egészség fokozott értékelése**

A poszttraumás növekedés e tartományát a későbbi életet fenyegető betegségekre fókuszáló kutatásoknak sikerült azonosítani (pl. Tanyi, 2015a). A személy a súlyos betegsége hatására több figyelmet kezd szentelni az egészségének, és az egészségmagatartás mindennapi gyakorlata különösen fontos lesz számára. Például hajlandóvá válik felhagyni az egészsége

szempontjából káros magatartással (pl. mozgásszegény életmód, dohányzás). Az egyén beismeri, hogy - bár a kockázatos egészségmagatartásának veszélyeivel korábban is tisztában volt - eddig képtelen volt életmódján változtatni. A betegséggel történő szembesülés viszont erőt adott ehhez a lépéshez.

### **2.3.2 Tedeschi és Calhoun funkcionális-leíró poszttraumás növekedés modellje**

Tedeschi és Calhoun (2004) funkcionális-leíró modellje azon az elméleten alapul, hogy a PTN három egymással összefüggésben álló tényező következtében alakul ki, melyek: 1) a trauma által indukált distressz, 2) az alap sémák szétesése, valamint 3) a kognitív feldolgozás. Az alaphipotézis szerint olyan pozitív irányba torzított alapfeltevésekkel, azaz sémákkal rendelkezünk a világra vonatkozóan, melyek nem tartalmazzák a negatív életesemények, így az életet veszélyeztető betegségek bekövetkezésének lehetőségét sem (Janoff-Bulman, 2013). A három legfontosabb ilyen alapfeltevés a következő:

- 1) A világ jóindulatú és biztonságos, a benne élő emberek pedig jók.
- 2) A világ értelmes és igazságos, a jó emberekkel jó dolgok történnek.
- 3) Az ÉN/szelf értékes és fontos.

A traumatikus életesemények azonban megkérdőjelezik az egyén önmagára és másokra vonatkozó alapsémáinak érvényességét, amelyeket korábban a világ eseményeinek értelmezésére használt. Ez azt eredményezi, hogy a trauma elszenvedője eleinte úgy érzi, hogy a vele történt esemény egyszerűen nem illik bele a korábbi pozitív világképébe, ami jelentős pszichológiai distresszhez vezet (Janoff-Bulman, 2013). A trauma pozitív hozadéka, azaz a PTN pontosan azt jelenti, hogy az ember képes jól alkalmazkodni a kialakult helyzethez, és képes a történetek olyan kognitív feldolgozására, amelynek eredménye a meglévő alapfeltevések átalakulása lesz. Ez a feldolgozási folyamat tipikusan több fázisban zajlik le: kezdetben főként automatikus betolakodó gondolatokban és képekben (pl. a diagnózisközlés pillanatainak bevillanása), valamint intruzív ruminációban, azaz ismétlődő és betolakodó negatív gondolatokban nyilvánul meg (pl. "Mennyi időm van még hátra?"). Később viszont ezt felváltja a szándékos, repetitív rumináció (pl. okkeresés, hogy miért történtek vele ezek a dolgok). Amennyiben a kognitív feldolgozás eredményesnek bizonyul, a személy képes lesz átdolgozni korábbi céljait (pl. másoknak megfelelés, anyagi jólét) és világról alkotott elképzeléseit, hiszen az átéltek hatására ezek a célok fontosságukat veszítik, a korábbi életfilozófia pedig érvénytelennek tűnik. Mindez tulajdonképpen egy gyászfolyamat, amelynek során a trauma

miatti veszteségek egyre inkább elfogadhatóvá válnak. E hosszú folyamat során a személy végig magas, de még kezelhető mértékű distresszt él át. Ez aktívan motiválja a kognitív feldolgozást, ami viszont nélkülözhetetlen eleme a PTN kialakulásának (Tedeschi & Calhoun, 2004). A kognitív feldolgozás segítségével lehet az, ha a társas környezet lehetőséget biztosít az egyén számára az önfeltárássra, a történetekkel kapcsolatos gondolatok, érzések megosztására. A traumatizáló poszttraumás növekedésének átélése szempontjából nagyon fontos tényező, hogy a személy számára „jelentős mások” hogyan reagálnak a traumával kapcsolatos önfeltárássra vagy magának a növekedés élményének a megosztására. Azok számára ugyanis, akik esetében a közvetlen környezet elzárkózik a traumáról való beszélgetésektől, a kognitív feldolgozás gátolt, ennek következtében pedig a PTN bizonyítottan kisebb mértékben tapasztalható (Tedeschi & Calhoun, 2004). Wortman (2004) szerint a társas környezet tagjai sok esetben azért vonakodnak a traumatizált egyén személyes élménybeszámolójának meghallgatásától, mert az a saját sérülékenységeikre, tehetetlenségérzésükre, akár halálfélelmükre emlékezteti őket, ami felkavaró lehet számukra. Éppen ezért fontos lehet a terápiás segítség, hiszen a segítő szakember feltétel nélküli elfogadása és empátiája olyan közeget teremt, amely képes megteremteni a szükséges támogató környezetet.

## **2.4 A poszttraumás növekedést elősegítő erőforrások**

Természetesen a daganatos betegek és a betegséget túlélők rendelkezésére álló erőforrások is sokrétűek. Az 1990-es évek kutatásai (Tedeschi & Calhoun, 1996) a megnövekedett önbecsülést, az interperszonális kapcsolatok bensőségesebbé válását és az életszemlélet változását hangsúlyozták. A 2000-es évek elején a további kutatások beazonosították a PTN imént tárgyalt hat dimenzióját. Bower és munkatársai (2005) a poszttraumás növekedést facilitáló tényezőket kutatva négy általános kategóriába sorolták a PTN-t elősegítő erőforrásokat: intraperszonális, interperszonális, információs és egyéb támogató erőforrások.

### **2.4.1 Intraperszonális erőforrások**

Az intraperszonális erőforrások belső, személyes jellemzőkből állnak. Ezek a vonások diszpozíciós jellegűek, és meghatározhatják a kognitív és viselkedési válaszreakciók egyénre jellemző és általános tendenciáit. Jelenlétük jobb, míg hiányuk gyengébb megküzdést eredményezhet. A témában végzett eddigi empirikus kutatások a következő tényezőkkel kapcsolatban bizonyították a pozitív kapcsolatot a jobb pszichológiai alkalmazkodással/megküzdéssel:

- optimizmus (pl. Carver, Smith, Antoni, Petronis, Weiss, & Derhagopian, 2005; Curbow, Somerfield, Baker, Wingard, & Legro, 1993)
- énhatékonyság (pl. Manne, Ostroff, Norton, Fox, Grana, & Goldstein, 2006; Beckham, Burker, Burker, Feldman, & Costakis, 1997)
- érzelmi intelligencia (pl. Schmidt, & Andrykowski, 2004)
- spiritualitás (pl. Lynn Gall, & Cornblat, 2002; Krupski, Kwan, Fink, Sonn, Maliski, & Litwin, 2006).

#### **2.4.2 Interperszonális erőforrások**

A szociális támogatottság olyan interperszonális erőforrás, amely a daganatos betegek és ráktúlélők jobb rövid és hosszú távú pszichológiai megküzdéséhez kapcsolódik. A daganatos betegség átélése okozta stresszekkel és terhekkkel való adaptív megküzdést elősegíti, ha az egyén be van ágyazódva egy olyan támogató társas környezetbe, amely pozitív feedbackként működik, és pozitívan megerősíti az egyén minden olyan kísérletét, amely a tapasztalatoknak a kognitív és érzelmi feldolgozására irányul (Baum, & Andersen, 2001). Bár a pszichológiai fókusz elsősorban a szociális támogatottságra, mint a megküzdési folyamatot facilitáló tényezőre irányul, a megküzdést akadályozó társadalmi/szociális korlátok szerepe éppen olyan fontos. Amikor az egyén azzal szembesül, hogy a megküzdési erőfeszítései passzívan (pl. a daganatos beteg vagy túlélő nem beszélhet nyíltan a daganatos betegséggel kapcsolatos tapasztalatairól, esetleg halálfélelméről) vagy aktívan (pl. a betegség tagadásával vagy bagatelizálásával megakadályozzák az egyént abban, hogy pszichológiailag szembenézzen a betegségével) nehezítve vannak, akkor ezeknek az interperszonális korlátoknak a jelenléte gátolhatja az érzelmi feldolgozást, amely bizonyítottan kulcsfontosságú a megküzdési folyamat szempontjából, és emiatt a hosszú távú negatív pszichológiai hatások kockázati tényezőjének tekinthető (Widows, Jacobsen, & Fields, 2000).

#### **2.4.3 Információs erőforrások**

Az információforrások mennyisége és minősége ugyancsak összefüggést mutat a hosszú távú pszichológiai hatásokkal. A daganatos betegek és a ráktúlélők számára nélkülözhetetlenül értékes erőforrást jelent a pontos és érthető információkhoz való hozzáférés a betegségükről, a kezelési lehetőségekről, a kezelés mellékhatásairól, a prognózisról és a közösségben nyújtott támogató szolgáltatásokról (Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003). A magasabb iskolai végzettség gyakran összefügg a ráktúlélők jobb pszichológiai alkalmazkodásával. Az iskolázott egyének hajlamosabbak többet kérdezni akár az orvosoktól, ápolóktól vagy más, hasonló

nehézséggel küzdő betegtárstól, illetve nagyobb valószínűséggel keresnek információt, vagy egyszerűen jobban megértik a nekik nyújtott információkat (Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003). A megfelelő információ reális és adekvát elvárásokat is támaszt a hosszú távú felépüléssel kapcsolatban. A hosszú távú hatásokkal és a gyógyulási pályával vagy a túlélési esélyekkel kapcsolatos nem megfelelő, irreális elvárások növelhetik a negatív hosszú távú pszichológiai hatások kockázatát (Andrykowski & mtsai, 1995). Nem mindig igaz azonban, hogy „a tudás hatalom”. Az egyének preferenciái különböznek a számukra feldolgozható és adekvát információ típusát, mennyiségét és mélységét illetően. Az emberek különböznek abban a tekintetben, hogy „monitorozó/megközelítő” vagy „elhárító/elkerülő” attitűddel viselkednek-e egy fenyegető vagy bizonytalan helyzetben (Miller, 1995). A „monitorozó/megközelítő” egyének hajlamosak aktívan keresni az információkat, és elégedettek azzal az erőfeszítéssel, ha mások a lehető legtöbb információval akarják ellátni őket. A „elhárító/elkerülő” emberek szívesebben kerülnek az információkat, következésképpen kevésbé érzik jól magukat a nagy mennyiségű információval. Így, bár az információ egyeseknél javíthatja a megküzdést és csökkentheti a szorongást, másoknál éppen ugyanaz az információ mennyiség növelheti a szorongást és a hosszú távú negatív pszichológiai hatások kialakulásának kockázatát (Miller, 1995).

#### **2.4.4 Egyéb támogató erőforrások**

A rosszindulatú daganatos betegség okozta stresszel és terhekkel való megbirkózást megkönnyíti az egyéb támogató erőforrásokhoz való hozzáférés. A daganatos betegek és a ráktúlélők számos helyen részesülnek orvosi ellátásban, beleértve az egyetemekhez kapcsolódó egészségügyi és kutatóközpontokat, államilag fenntartott kórházakat és magánorvosi rendelőket/kórházakat. A fejlettebb országokban speciális klinikákat is létrehoztak a daganatos betegek orvosi és mentális szükségleteinek kielégítésére (Aziz, Oeffinger, Brooks, & Turoff, 2006), Magyarországon ilyen például az Országos Onkológiai Intézet (OOI). Eckhardt Sándor, az OOI akkori főigazgatója, 1988-ban szervezte meg az első pszichológiai részleget az onkológiai ellátásban, ahol a magyar onkopszichológia úttörői dolgoztak, mint például Fleischmann Tamás vagy Riskó Ágnes (Riskó, 2015).

A daganatos betegek és ráktúlélők számára elérhető pszichológiai támogatószolgáltatások típusa, mértéke és minősége eltérő a különböző kezelési körülmények között. Az ilyen támogatószolgáltatások közé tartozhatnak engedéllyel rendelkező terapeuták és szociális munkások, támogató csoportok, formális „navigátorrendszerek”, kórházlelkészi szolgálatok vagy informális peer-to-peer hálózatok. Az OOI-ben például van betegoktatási program,

pszichológiai ellátás (a hozzátartozóknak is), illetve csoportos terápia (pl. műtétre felkészítő csoportok). Az ezekhez a támogatószolgáltatásokhoz, valamint a közösségben elérhető egyéb mentális egészségügyi forrásokhoz való korlátozott hozzáférés a hosszú távú negatív pszichológiai hatások nagyobb kockázatával jár (Hollen, & Hobbie, 1995). Az egyéb támogató típusú erőforrások megkönnyíthetik más erőforrásokhoz való hozzáférést is (pl. oktatás, szakmai átképzés, mentálhigiénés szolgáltatások, gyermekgondozás, személyes segítségnyújtás és háztartási segítség), amelyek elősegíthetik a daganatos beteg stresszel való jobb megküzdését, és végső soron a daganatos megbetegedés kiújulásának, az áttét megjelenésének a kockázatát is befolyásolhatják (Hollen, & Hobbie, 1995).

## **2.5 A poszttraumás növekedés kutatása Magyarországon**

A legfrissebb hazai kutatások több területen is vizsgálták a poszttraumás növekedés jelenségét (PTN). A teljesség igénye nélkül megemlíthetjük Amarsanaa, Kovács & Rácz (2023) empirikus vizsgálatát, melyet párkapcsolati erőszak túlélői körében végeztek. Matuz, Gács, & Birkás (2024) kimutatták, hogy a COVID-19 járvány negatív hatásainak kognitív átkeretezése PTN-t eredményezett. Kovács és munkatársai (2023) ukrán menekültek esetében vizsgálták a társas támogatás és a PTN viszonyát. Békés és munkatársai kutatása (2021) a magyar holocaust túlélők élet narratíváiban megjelenő PTN tényezőkre fókuszált. A magyar kórházi populációban főként kardiovaszkuláris betegségben szenvedőknél vizsgálták a PTN jelenségét (Tanyi, 2015a).

Az 1970-es évektől beszélhetünk multimodális onkológiai terápiákról, amelynek köszönhetően egyre több lett a sikeres onkológiai kezelés (Tanyi, 2015a). A fejlettebb országokban a betegségről, valamint a halálról való kommunikáció is nyíltabbá vált, és lassan változni kezdett a társadalom onkológiai és mentális betegségekkel kapcsolatos attitűdje is. Az 1990-es évektől pedig a pszichológiában megjelenő egzisztencialista és humanisztikus irányzatok térnyerésével erősödött a pozitív lélektani gondolkodás. Ezen a talajon született meg Magyarországon is az onkopszichológia. A daganatos betegeknél megfigyelhető poszttraumás növekedés jelenségének a feltárása azonban még mindig viszonylag alulkutatott terület a magyar onkopszichológiában. Az onkológia területén főként Tanyi Zsuzsa végzett kutatásokat (Tanyi, 2015b, Tanyi & mtsai, 2020) a daganatos betegek körében megfigyelhető PTN-sel kapcsolatban.

Jelen kutatás szempontjából Tanyi Zsuzsanna doktori disszertációja (2015b) bizonyult a legrelevánsabb kiindulópontnak. Tanyi a poszttraumás személyiségfejlődést és az egészséggel

összefüggő életminőséget vizsgálta olyan emlődaganatos nők és prosztatata daganatos férfiak körében, akik sugárkezelést kaptak. Az összeállított tesztbattéria tartalmazta a Poszttraumás Növekedés Kérdőívet is, és az adatokat két időpontban vette fel: közvetlenül a kezelések végén, illetve 4-6 héttel később. A 152 beteggel végzett keresztmetszeti kutatás eredménye szerint a résztvevő személyek több mint 80%-a tapasztalt legalább közepes mértékű pozitív változást betegségének köszönhetően a kezelések végén. Azok a személyek viszont, akik szubjektíve súlyosabbnak ítélték meg a betegségüket, kifejezetten magasabb PTN-t mutattak. Tanyi szerint azzal magyarázható ez a jelenség, hogy minél erősebb fenyegetettséget él át az egyén, annál erősebben kérdőjeleződnek meg a világról alkotott sémái. Emiatt viszont nagyobb a nyomás a kognitív átkeretezésre, ami PTN-hez vezethet. A személlyel kapcsolatos változókat tekintve a fiatalabb egyének, a nők és a gazdagabb társas kapcsolatokkal rendelkező betegek éltek meg nagyobb mértékű pozitív változást. A 91 beteggel végzett longitudinális kutatásban viszont azt vizsgálták, hogy a sugárkezelés alatti és 4-6 héttel a kezelés utáni életminőségbeli/fizikai állapotbeli különbségek vajon kimutathatók-e a Poszttraumás Növekedésérzés szempontjából. Az eredmények azt mutatják, hogy 4-6 héttel a kezelés után, amikor az életminőség tényezői szignifikánsan javultak, a PTN értékek is többnyire visszatértek a kezelés előtti, kiindulási értékre, kivétel ez alól a spirituális változás, mely továbbra is magasabb értéken maradt. Összességében tehát a PTN nem volt tartós.

A PTN jelensége még viszonylag feltáratlan kutatási területnek számít a hazai onkopszichológiában. A jelen kutatás ennek a hiánynak a pótlásához szeretne hozzájárulni annak a kérdésnek a körbejárásával, hogy vajon milyen PTN dimenziók jelennek meg az onkológiai betegek körében, illetve milyen tényezők és erőforrások segíthetik az onkológiai betegséggel küzdő egyént egy PTN-pálya felé elmozdulásban. Vizsgáljuk azt is, hogy amennyiben az egyén PTN-t él át, ő maga szubjektíve minek tulajdonítja a belső növekedést, mi segít számára a trauma feldolgozásában, jelen esetben a betegséggel való megküzdésben. Feltáró kutatásunk eredményei fontos gyakorlati útmutatóként is hozzájárulhatnak a daganatos betegek ellátásához. A feltárt tényezők és erőforrások rávilágíthatnak olyan, a terápiás helyzetben is alkalmazható külső segítségnyújtási formákra és technikákra, amelyek segíthetik az egyént felismerni, megteremteni és alkalmazni ezeket az erőforrásokat. Feltételezésünk szerint ezek a pozitív változások nemcsak rövid, hanem hosszú távon is fenntarthatóak, melyhez a külső támogatás mindenképpen hozzájárulhat. A daganatos betegek körében alkalmazott pszichológiai intervenció jelentőségét és pozitív hatását külföldi kutatás már igazolta (Üzar-Özçetin & Öcalan, 2022).

### **3. MÓDSZER**

#### **3.1 Résztevők**

A kutatás célcsoportját olyan 18 év feletti nők és férfiak képezik, akiknek van valamilyen onkológiai diagnózisa. A személyes adatfelvétel közel egy éve folyik a Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinikáján és az Országos Onkológiai Intézetben. Az alanyokat elérhetőségi mintavétellel érem el, önkéntes alapon, a betegekkel előre egyeztetett, számukra elfogadható időpontban és helyszínen. A régebbi diagnózissal rendelkező, kórházi kezelést már nem kapó egyéneket pedig önszerző facebook csoportokon keresztül toborzom. A facebook csoportok listája megtalálható az 1. sz. Mellékletben.

#### **3.2 Méréseszközök**

Feltáró kutatás lévén fontosnak tartottuk, hogy kvalitatív és kvantitatív eszközöket is használjunk. A kvalitatív eszköz egy strukturált interjú, a kvantitatív mérőeszköz pedig a témában releváns Poszttraumás Növekedés Kérdőív, mely az objektivitást és megbízhatóságot hivatott növelni.

##### **3.2.1 Strukturált interjú**

A poszttraumás növekedést mérő kvalitatív mérőeszközök között találhatunk hosszabb és rövidebb felmérési időt igénylő technikát. A legrövidebb és leggyorsabb technika a PTN vizsgálatára, amikor mindössze egyetlen kérdést tesznek fel a vizsgálati személyeknek. Ezen belül is kétféle kérdezési technika különíthető el: 1) indirekt kérdés, amely arra kéri a személyt, hogy nevezze meg, milyen módon változott az élete a trauma hatására, például: „Milyen hatással volt a betegség az életére?” (Sodergeren & Hyland 2000); és 2) direkt kérdés, amely nyíltan rákérdez, hogy a traumatikus életesemény hatására a páciens tapasztalt-e valamilyen pozitív változást, előnyt, például: „Mit gondol, milyen pozitív dolgok történhettek az életében a szívrohamának köszönhetően?” (Petrie & mtsai, 1999). A PTN feltárására azonban a több kérdéses interjú a leggyakrabban alkalmazott technika (Tedeschi & mtsai, 1998); Lelorain & mtsai, 2012; Sabiston & mtsai, 2007). Emellett hasznos, ám kevésbé alkalmazott módszer még az esszéírás is. Creswell és munkatársai (2007) például korai stádiumban lévő emlődagányos betegeket kértek arra, hogy a betegségükkel kapcsolatos gondolataikról és érzéseikről írjanak.

Az említett szakirodalom alapján mi is összeállítottunk egy rövid kérdéssort az onkológiai betegek és a poszttraumás növekedés összefüggéseinek vizsgálatára. Az eredeti kérdőívet egy pilot-kutatás keretében 5 fővel teszteltük a Semmelweis Egyetemen, majd a tanulságok alapján

megtettük a szükséges változtatásokat. (A változtatásokat ld. a 2. sz. Mellékletben.) A végleges kérdéssor (A teljes kérdéssort ld. a 3. sz. mellékletben.) tartalmaz demográfiai adatokat, a fizikai állapotra és egészségügyi ellátásra vonatkozó kérdéseket, rákérdezzünk a mindennapi életvezetésre és szociális támogatottságra, végül a betegséggel kapcsolatos érzésekről és gondolatokról nyerünk információt.

### **3.2.2 Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív (PNK)**

Kovács Éva és munkatársai (2012) 2011-ben adaptálták a magyar populációra a Tedeschi és Calhoun (2004) által publikált Posttraumatic Growth Inventory (PGI) mérőeszközt. A PNK egy olyan mérőeszköz, amely a veszteségekkel járó, súlyosan stresszkeltő életeseményekkel való megküzdésből fakadó pozitív változások és pszichés fejlődés azonosítására szolgál. A kérdőív 21 tételből áll, a válaszadás 6-fokú Likert-skálán történik (0-5 pont), így összesen 105 pont érhető el. Minél magasabb a pontszám, annál erősebb PTN-t jelez. A kérdőív érvényességét és megbízhatóságát egy 328 fős kényelmi mintán ellenőrizték. A validitás-vizsgálathoz számos olyan kérdőívet vontak be a vizsgálatba, amelyek elméleti kapcsolatban állnak a poszttraumás növekedésérzés konstruktummal (pl. Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív, Társas Támogatás Kérdőív, Rövidített Beck Depresszió Kérdőív, Tíz Tételes Személyiség Kérdőív). A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív belső konzisztenciája jónak bizonyult (Cronbach-alfa = 0,94), és a kérdőív teszt-reteszt reliabilitása is kiváló ( $r = 0,90$ ;  $p < 0,01$ ). A validitás-vizsgálathoz használt mérőeszközökkel a kérdőív az elvárásoknak megfelelő irányú, gyenge és közepes erősségű kapcsolatot mutatott, ami a divergens validitás bizonyítéka. A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőíven végzett megerősítő faktorelemzés nem erősítette meg az eredeti faktor-struktúrát, azonban a pszichometriai mutatók alapján, és a külföldi adatokkal összhangban mégis érdemesnek tartották megőrizni az eredeti kérdőív öt faktorát. A faktorokhoz tartozó kérdések a következők:

- 1) az élet fokozott értékelése: 1., 2., 13.  
(pl. "13. Jobban értékelek minden egyes napot.")
- 2) jelentéstelibb interperszonális kapcsolatok megélése: 6., 8., 9., 15., 16., 20., 21.  
(pl. "8. Közelebb érzem magam másokhoz.")
- 3) új lehetőségek felfedezése: 3., 7., 11., 14., 17.  
(pl. "7. Új irányt szabtam az életemnek.")

4) a személyes erő érzetének fokozódása: 4., 10., 12., 19.

(pl. "19. Rájöttem, hogy erősebb vagyok, mint gondoltam.")

5) spirituális élményekkel való gazdagodás: 5., 18.

(pl. "18. Megerősödött a vallásos hitem.")

A pontszámok faktoronként is értelmezhetőek, de a poszttraumás növekedés független és önálló konstruktumnak is tekinthető, amely alkalmas a traumát átélt személyek fejlődésének mérésére. A magasabb pontszám mindkét esetben magasabb poszttraumás növekedésérzést jelez. A teljes kérdőív megtalálható a 4. sz. Mellékletben.

### **3.3 Eljárás**

A személyes adatfelvétel során a Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinikáján és az Országos Onkológiai Intézetben az ambuláns rendelés idején megszólítottam az éppen kezelésre váró betegeket. Bemutakoztam és rövid tájékoztatást adtam a kutatásról, és rákérdeztem részvételi hajlandóságukra. Amennyiben részt kívántak venni a kutatásban, átnyújtottam a Tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot (ld. az 5. sz. Mellékletben), illetve szóban is adtam egy részletesebb tájékoztatást. A megbeszélt helyen és időpontban a vizsgálati személy aláírta a Tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot és megkezdődött az adatfelvétel. Az interjú során a vizsgálati személy válaszait a kérdőíven rögzítettem, majd az interjú után a vizsgálati személyek önállóan töltötték ki a Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőívet, és ezzel véget ért a vizsgálat, megköszöntem a részvételt. A kutatás etikai engedély köteles, TUKÉB engedély száma: BM/12927-1/2024.

A kutatás online részében a daganatos betegségekkel kapcsolatos facebook csoportok beazonosításával és felkeresésével kezdtem az adatgyűjtést. A kiválasztott csoportok adminisztrátorainak küldtem egy rövid bemutatkozó levelet (ld. 6. sz. Melléklet), melyben kértem a tagfelvételemet is, és csatoltam a kérdőív google form-verzióját. A google form teljesen megegyezett a személyes adatfelvétel struktúrájával: a tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot követték a strukturált interjú kérdései (többszörös választásos és nyitott kérdések), majd a Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív kérdései, végül köszönetnyilvánítással zárult az adatfelvétel.

### **3.4 A kvalitatív adatok feldolgozása**

A kvalitatív adatok feldolgozását a Virginia Braun és Victoria Clarke (2006) által kidolgozott tematikus tartalomelemzés módszerével végeztük. A módszer áthidalja a kvalitatív és

kvantitatív adatfeldolgozás közötti szakadékot. A tematikus tartalomelemzésnél nincsenek előre meghatározott kategóriák, maximálisan az adatokból kell kiindulni és elvégezni a szövegek analitikus kódolását. Amennyiben megbízható a kódolás és az inter-rater reliabilitás Cohen's Kappája minimum 0,8, a kutatói szubjektivitás nagymértékben ellensúlyozható.

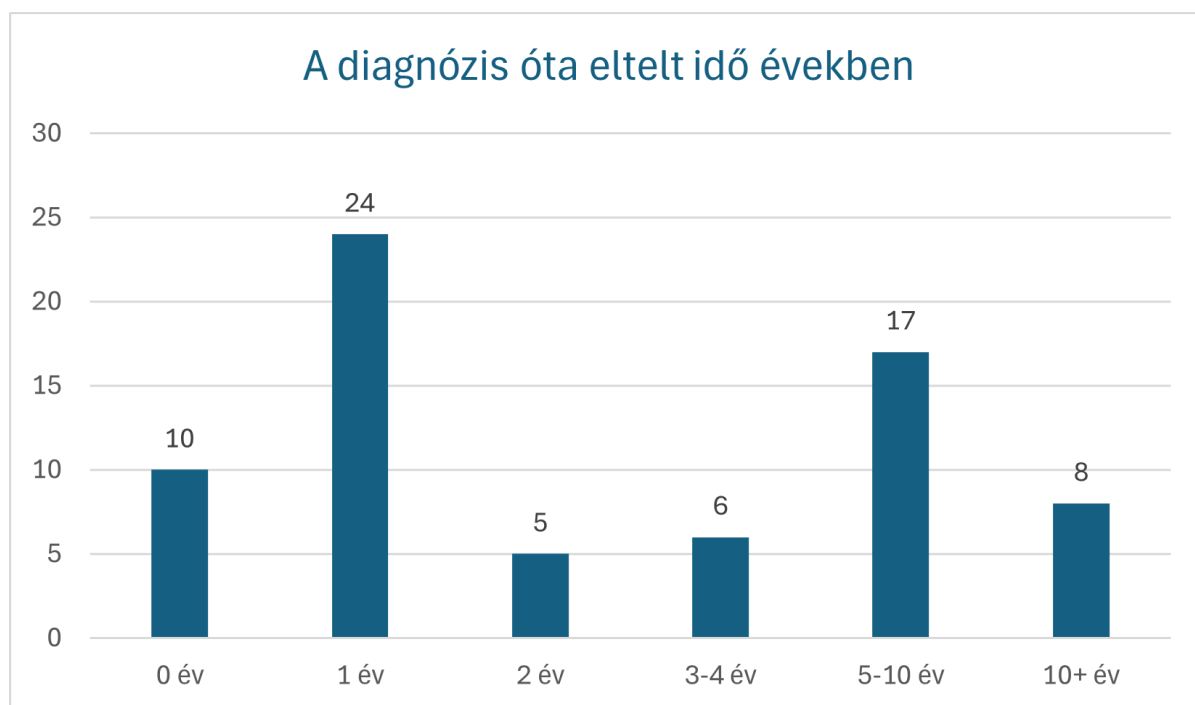
A tematikus tartalomelemzés folyamata 6 lépésből áll:

- 1) ismerkedés a szövegekkel
- 2) kódok generálása (érdemes erősen fókuszálni a kutatási kérdésre)
- 3) téma-klaszterek kialakítása
- 4) a téma-klaszterek ellenőrzése és szűrése
- 5) a végleges téma-klaszterek meghatározása és elnevezése
- 6) riport megírása.

## 4. EREDMÉNYEK

### 4.1 Leíró statisztikai

Bár az adatgyűjtés még nem zárult le, az itt tárgyalt eredmények 70 fő, 44 nő és 26 férfi vizsgálatán alapulnak. A minta átlagéletkora a vizsgálatkor 58 év volt (SD: 14,29, T: 30-87 év), a diagnózis idején pedig 54 év (SD: 14,85, T: 20-79 év). A 70 fő eloszlása a diagnózis óta eltelt évek alapján az 1. sz. diagramon látható.



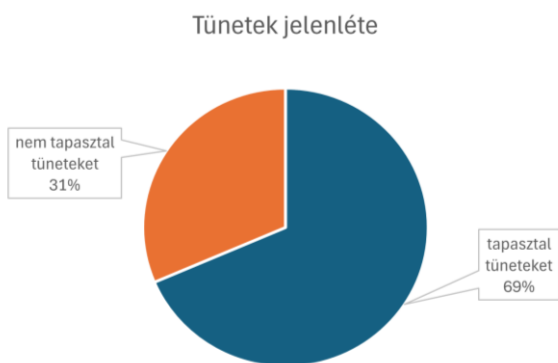
1. sz. diagram: A diagnózis óta eltelt idő években, a számok az elemszámot mutatják

Az egészségügyi ellátással az onkológia területén 59 fő teljesen elégedett, 7 fő többé-kevésbé elégedett volt, és csak 4 fő nyilatkozott úgy, hogy nem volt elégedett az onkológiai ellátással. Talán ennek is köszönhetően, a megkérdezettek többsége nem is vesz igénybe semmilyen alternatív kezelést. Három fő használ CBD (cannabis) olajat álmatlanságra és a fájdalmi enyhítésére, egy fő szed Varga-gyógycsopót, és egy fő Healy (elektromos impulzusokat adó) géppel kezeli magát.

A vizsgálati személyek 22-féle daganat típusban érintettek, melyek gyakorisága körülbelül megfelel az országban regisztrált daganatos megbetegedések átlagos gyakorisági eloszlásának az Országos Onkológiai Intézet Rákregisztere alapján (2023): a leggyakoribb daganat típusok a mintánkban vizsgált betegeknél:

1. tüdődaganat: 15% (nők és férfiak) (országos átlag - nők és férfiak: 17,2%)
2. emlődaganat: 27% (csak nők) (országos átlag - nők: 23,4%)
3. bélrendszeri daganatok: 13% (nők és férfiak) (országos átlag - nők és férfiak: 12,8%)
4. prosztatata daganat: 3% (csak férfiak) (országos átlag - férfiak: 9%)

A vizsgálati mintában előfordultak egy-egy főnél olyan ritka daganat típusok is, amelyek az országos átlagban is csak 0,3-3%-os gyakoriságot mutatnak. Ilyenek voltak például a feregnyúlvány, mandula vagy epe daganat.



2. sz diagram: A 70 fő százalékos eloszlása a tünetek jelenléte vagy hiánya alapján

A vizsgálatban rákérdeztünk az alanyok fizikai állapotára is. A vizsgálati személyek 80%-a kap valamilyen kezelést, viszont csak 69% számolt be olyan tünetekről, amelyek befolyásolják a mindennapi életvezetését. Ez a tünet jellemzően valamilyen fájdalom és fáradékonyság. (ld. 2. sz. diagram)

A Semmelweis Egyetemen és az Országos Onkológiai Intézetben is minden onkológiai beteg számára elérhető valamilyen egyéni (jellemzően szupportív) vagy csoportos (műtetre felkészítő és pszichoedukációs) pszichoterápia, illetve a családtagok is – maximum öt alkalom erejéig – igényelhetnek valamilyen pszichológiai támogatást. A vizsgálatban megkérdezett 70 főből 8 élt az egyéni terápia lehetőségével, csoportos terápián senki nem vett részt, illetve 2 fő jár havi

rendszerességgel önsegítő csoportba, pszichológus vezetése nélkül. A pszichológusi segítség mellett mindkét intézményben lehetőség van dietetikus vagy gyógytornász szolgáltatásait is igénybe venni. A 70 főből 4 fő konzultált dietetikussal, 2 fő jár rendszeresen gyógytornára és 2 fő mind a két szolgáltatást igénybe veszi.

A vizsgálati alanyok többsége családban (29 fő) vagy párkapcsolatban él (29 fő), és csak 12 fő nyilatkozott úgy, hogy egyedül oldja meg a mindennapi életét. A szociális támogatottságra vonatkozó kérdésre adott válaszok alapján azt láthatjuk, hogy az alanyok közel fele (34 fő) csak 1-2 emberre tud számítani, amikor segítségre szorul, 16 fő közepes támogatottságról számolt be (3-5 főre tud számítani), míg 20 fő kifejezetten magas támogatottságot élvez. Jellemzően vagy egy összetartó nagy családban élnek, vagy olyan szoros közösség tagjai (pl. faluközösség, vallási közösség), ahol az emberek napi szinten segítik egymást.

Mivel a kutatást az ambuláns vagy kúraszerű ellátásban részesülők, illetve ráktúlélők körében végeztük, a vizsgálati személyek önellátásra képesek, és tudnak egyedül közlekedni, bár többségük kísérővel érkezett. Az önellátáson túl azonban a 70 főből 49 kifejezetten aktív: napi 8 órában dolgozik (31 fő), vagy nyugdíjasként földet művel, állatokat tenyészt, részmunkaidőben dolgozik.

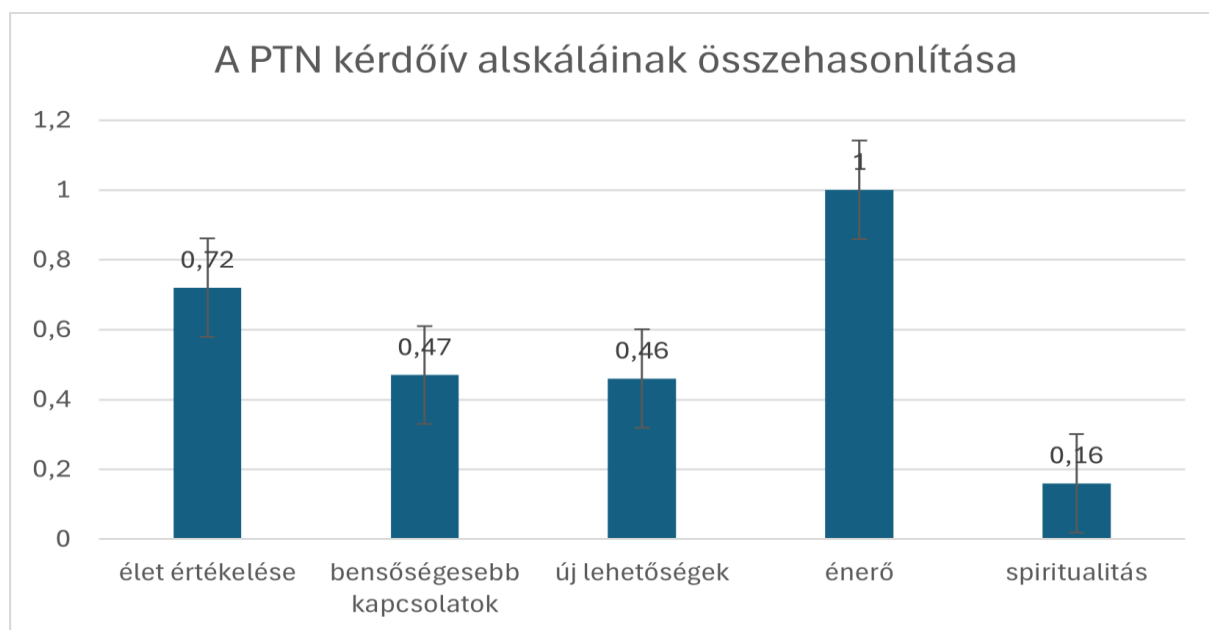
#### 4.2 A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív eredményei

A mintán használt Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív megbízhatósága nagyon jónak bizonyult (Cronbach-alpha = 0,89). Az alanyok átlagosan 75,5 pontot értek el (SD: 21,45). Az alskálákat tekintve a 70 vizsgálati személy számtanilag kerekített átlag értékei az 1. sz. táblázatban láthatóak.

|                       | élet<br>értékelése | bensőségebb<br>kapcsolatok | új<br>lehetőségek | énerő | spiritualitás |
|-----------------------|--------------------|----------------------------|-------------------|-------|---------------|
| maximális<br>pontszám | 15                 | 35                         | 25                | 20    | 10            |
| átlag                 | 13                 | 26,5                       | 17                | 14,5  | 4,5           |
| SD                    | 2,79               | 7,48                       | 6,78              | 5,48  | 3,54          |

1.sz. táblázat: A PTN kérdőív eredményei az alskálák tekintetében

Az alskálákon elért átlag értékek standardizálása (z-transzformációval) alapján a 3. sz. diagrammon láthatjuk, hogy a PTN szempontjából az élet nagyobb fokú értékelése és a sérülékenység ellenére megélt énerő-növekedés voltak a legmeghatározóbb tényezők, és a spirituális kérdések iránti érdeklődés növekedése volt a legalacsonyabb.



3. sz. diagram: A PTN kérdőív alskáláinak összehasonlítása standardizált értékek alapján

Bár a 70 fős elemszám túl kicsi ahhoz, hogy igazán érvényes eredmények szülessenek, mindenképpen szerettünk volna reflektálni Tanyi Zsuzsa kutatásának eredményeire (2015b) az általa is használt Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív pontszámai alapján. Tanyi Zsuzsa a vizsgált betegek több, mint 80%-nál tapasztalt legalább közepes mértékű pozitív változást, amit a vizsgálati személyek a betegségüknek tulajdonítottak. Ezt a mi kutatásunk is igazolta, a betegek 85%-a megélt legalább közepes mértékű növekedésérzést a betegségének köszönhetően. Viszont t-próbával vizsgálva a mi mintánkon nem tudtunk kimutatni szignifikáns különbséget ( $p=0,12$ ,  $t=1.576$ ) azon személyek között, akik szubjektíve súlyosabbnak ítélték meg a betegségüket (több tünetről számoltak be és/vagy fájdalmaik voltak) (PTN pontszám átlaga=73, SD=23,50), és azok között, akiknél nem jelentkeztek tünetek (PTN pontszám átlaga=84, SD=19,90).

Tanyi másik fontos eredménye az volt, hogy a hosszmetzeti elrendezés rávilágított a poszttraumás növekedésérzés mulandóságára: amikor az életminőség tényezői szignifikánsan javultak, a PTN értékek is többnyire visszatértek a kezelés előtti, kiindulási értékre. Bár a mi kutatásunk keresztmetzeti kutatás, ebben a mintában is vannak olyanok is, akiknek friss a

diagnózisa, és olyanok is, akiknek viszonylag régebbi, sőt, 25 fő ráktúlélő is képviselteti magát. A kutatásunkban részt vett 70 főt három csoportba soroltuk a daganatos betegségek lefolyásának tipikus mérföldkövei alapján (Meng és mtsai, 2020). Az első csoportba kerültek azok, akiknél 0-2 év telt el a diagnózis óta, mert ez az időszak, amikor nagyon erős az orvosi kontroll. Tipikusan ebben az időintervallumban zajlanak a kezelések, elvégzik a szükséges műtéteket és három havonta kontrollvizsgálatokra kell járni, hogy az áttétek esetleges kialakulását detektálják. A második csoportba kerültek azok, akiknél 2-5 év telt el a diagnózis óta, mert ebben az időszakban már szignifikánsan alacsonyabb az áttét esélye, ritkulnak a kontrollok és többnyire nincsenek kezelések, vagy csak fenntartó gyógyszerkezést alkalmaznak. A harmadik csoportba kerültek azok, akiknél már minimum 5 év telt el a diagnózis óta. Ezek az egyének ráktúlélőnek számítanak, sokaknál teljes a gyógyulás. A három csoportot ANOVA-val hasonlítottuk össze a PTN pontszámok alapján, de a csoportok között nem tudtunk kimutatni szignifikáns különbséget ( $F(2, 67) = 0,090, p=0,41$ ).

Tanyi Zsuzsa kutatása (2015b) azt is kimutatta, hogy a személlyel kapcsolatos változókat tekintve a nők és a gazdagabb szociális támogatottságú betegek éltek meg nagyobb mértékű pozitív változást. A mi kutatásunkban ezeket az összefüggéseket sem tudtuk igazolni. A nemek tekintetében a nők és a férfiak PTN értékei között nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni t-próbával ( $p=0,28, t=-1.090, M(\text{férfiak})=72, SD=24,73, M(\text{nők})=78, SD=22,21$ ), illetve a társas támogatottság alapján kialakított három csoport (1-2 fő vagy 3-5 fő vagy 5+ fő támogatására számíthat) között sem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni a PTN kérdőív eredményei alapján (ANOVA,  $F(2, 67) = 0,198, p=0,22$ ).

#### **4.3 A tematikus tartalomelemzés eredményei**

A 70 interjú feldolgozását a Virginia Braun és Victoria Clarke (2006) által kidolgozott tematikus tartalomelemzés módszerével végeztük. A szövegek 20%-át, azaz 14 interjút egy független kódoló is lekódolt, az inter-rater reliabilitás Cohen's Kappája 0,82 lett, így a kódolás megbízhatónak tekinthető és a kutatói szubjektivitás kellő mértékben ellensúlyozott. A szövegek alapos átolvasása után – a kutatási kérdésre fókuszálva – olyan, a szövegeken alapuló téma-kódokat generáltunk, amelyek az onkológiai betegség diagnózisának, a kezelések hatásának és magának az életet veszélyeztető betegség megtapasztalásának a megélésével/feldolgozásával kapcsolatosak. Ezek után a kódokat téma-klaszterekbe rendeztük.

Az onkológiai betegség általános megélésével kapcsolatban fontos információkhoz jutottunk. A 70 fő közül kivétel nélkül mindenki megfogalmazta az interjúkban, hogy a daganatos

betegség diagnózisának tényét pszichés traumaként élte meg, amely jelentős krízist okozott az életében. A diagnózis közlése sokként hatott a vizsgálati személyekre, csalódtak a testükben, az élet igazságosságában és sokan halálfélelemmel küzdöttek. Igaz volt ez abban az esetben is, amikor a vizsgálat személyek (10 fő) - életmódjuk vagy családi/genetikai háttérük miatt - elképzelhetőnek tartották a betegség megjelenését és többé-kevésbé számítottak is rá (pl. *“Több családtagom is meghalt már hasnyálmirigy rákban, például az anyám is, mégis teljesen összeomlottam.”*), és akkor is, amikor nem tartották reálisnak a daganat kialakulását. 23 fő kifejezetten úgy érezte, hogy egészsége kiváló, és sokat tesz az egészségéért (pl. sportol, egészségesen táplálkozik, nincsenek káros szenvedélyei) Az ő esetükben kifejezetten erősen jelent meg a harag és csalódottság (pl. *“Teljesen összeomlottam és csalódott voltam, mert az a rengeteg pénz, amit egészséges kajákra meg sportra költöttem, teljesen felesleges volt.”*). 5 főnél olyan erőssé vált a kétségbeesés, hogy mély depresszióval és szuicid gondolatokkal küzdöttek az első pár hétben (pl. *“Mély depresszióba estem, öngyilkos is akartam lenni. Aztán a lányom hozott ki belőle.”*). Az idő előrehaladtával és a kezelések elindulásával ez a kétségbeesés enyhülhet. A mi kutatásunkban 11 fő semmilyen PTN érzést, pozitív változást nem élt meg. Ezek a személyek jellemzően tagadják, vagy hárítják a betegségüket (pl. *“Letaglózott a diagnózis, de azóta nem törődöm vele, egyszerűen nem érdekel.”*), vagy feladják a küzdelmet és a halálra készülnek (pl. *“Mindenki hagyjon engem békén. Tudom, hogy meg fogok halni.”*). Jellemző rájuk az érzelemmentes racionalitás, a betegségükről nem beszélnek, a környezetüktől izolálják magukat. Sokszor türelmetlenek és a harag fokozott érzésével küzdenek. Az ő esetükben a megjelenő negatív érzelmek jellemzően a veszteség érzésével, funkció csökkenéssel, a magatehetetlenség megélésével kapcsolatosak.

A vizsgálati személyek 85%-a viszont arról számolt be, hogy tapasztalt valamilyen szintű poszttraumás növekedést. A betegségéből képes volt tanulni, változtatni, akár pozitívan fejlődni, és el tudott jutni a megnyugváshoz, elfogadáshoz. Arra a kérdésre, hogy minek tulajdonítja a pozitív változásokat és milyen tényezők segítették a megküzdést, sokféle választ adtak (a zárójelben megjelenő számok a szövegekben előforduló gyakoriságot jelzik): képes fenntartani a munkaviszonyt (27), aktivitás (18), régi élet folytatása (12), információgyűjtés, sorstárssal beszélgetés (12), családi kapcsolatok (7), természet (5), múltbeli tapasztalatok (5), meditáció (3), kitartás (2).

A diagnózis sokkja után a feldolgozási folyamatban gyakran megjelenik a rumináció (elsősorban betolakodó kérdések formájában: Mennyi időm van hátra? Miért pont én? stb.), és

az önvád (pl. Mit tettem én, hogy beteg lettem?). Ezzel párhuzamosan tapasztalhatjuk a magyarázat, okkeresés erős igényét is. A mintánkban részt vevő alanyok a következő tényezőket említették, mint a daganatos betegség kialakulásának lehetséges okát (a zárójelben megjelenő számok a szövegekben előforduló gyakoriságot jelzik): helytelen életmód (pl. alváshiány, túlzott cukorfogyasztás) (7), stressz (6), valamilyen trauma átélése, gyász (6), keserűség, pesszimizmus (5), lelkiismeretfurdalás (3).

A PTN témaklasztereinek megalkotásánál elsősorban arra fókuszáltunk, hogy melyek azok a szövegekben megjelenő tartalmak, amelyek segítették az egyént egy növekedési pálya felé történő elmozdulásban. Az ellenőrzés és szűrés után a következő témaklasztereket határoztuk meg (a témakódok utáni számok a szövegekben előforduló gyakoriságot jelzik):

### **1. Az élet nagyobb mértékű megbecsülése és új prioritások**

Az ide tartozó témakódok: az egészség, mint új prioritás (35), a gyógyulás, mint új cél megjelenése (25), az egyén fontosabbá vált önmaga számára, mint korábban (18) (pl. *“Önzőbb lettem. Korábban a sokadik voltam a sorban.”*), emberi kapcsolatok, közösségek fontosabbá válása (12), itt-és-most jelentősége megnőtt (10) (pl. *“Nem agyalok annyit a jövőn, csak mindig az adott pillanatban azt csinálom, amit jónak látok.”*), az élet, mint csoda (8), értékrend átrendeződése (7) (pl. *“Nagyobb a fókusz azokon a dolgokon, amiket igazán szeretek, mint a főzés, írás, séta,”*) szabadidő-munka egyensúly tartása, mint új prioritás (5), a másoknak megfelelés leértékelődése (4) (pl. *“Mindig bizonyítani akartam, de 120%-on teljesíteni? Kinek? Minek?”*)

### **2. Melegebb, nagyobb intimitású kapcsolatok megélése**

Az ide tartozó témakódok: család fontossága megnőtt (31), nyitottabb szív, szeretet (15) (pl. *“28 éve vagyunk házasok, de még soha nem szerettem ilyen mélyen a feleségemet.”*), érzések bátrabb kifejezése (4)

### **3. Személyes erő érzése a sérülékenység megélésével egyidejűleg**

Az ide tartozó témakódok: énerő erősebb megélése (14) (pl. *„Megerősödtem lelkileg. Úgy érzem, ha ezt kibírtam, akkor mindent!”*), hit a gyógyulásban (12) (pl. *“A halál nem volt opció.”*), halandóság/véges idő tudatosítása (7) (pl. *„Iszonyúan rövid az élet.”*), a személyes élet feletti kontroll érzése (2) (pl. *Úgy éreztem, hogy lehetőségem van az újrakezdésre és a kezembe vehetem a sorsom.”*)

#### **4. Új lehetőségek és életpályák felismerése az egyén életében**

Az ide tartozó témakódok: célok, tervek (pl. költözés, vállalkozás, új munkahely) (27), új dolgok tanulása (26), utazás, kultúra, művészet fontossága nő (11) pl. *“Színházba járok, utazok és ezek a terveim a nyugdíjas éveimre is.”*), alkotás, kreativitás (6), példamutatás, mások inspirálása (2)

#### **5. Spirituális, vallásos és egzisztenciális témákban növekedés**

Az ide tartozó témakódok: spirituális érdeklődés kialakulása (13), élethelyzet elfogadása (12), a halál elfogadása (7) (pl. *„A tudatomban nap mint nap megjelenik az a tény, hogy halandó vagyok.”*)

#### **6. Az egészség fokozott értékelése és egészségmagatartás**

Az ide tartozó témakódok: életmódváltás (20) (pl. *“Mondom is a haverjaimnak, hogy az egészséggel nem 50 évesen kell foglalkozni, hanem most.”*), stressz csökkentése (3)

#### **7. Jobb emberré válás**

Ehhez az új dimenzióhoz tartozó témakódok a következők: humor, optimizmus, örömező növekedése (22) (pl. *„A daganatból való felépülés után teljesen eufórikussá vált az életem.”*), szeretet, támogatás intenzívebb megélése (20), megnövekedett tolerancia (12), empátia felerősödése (12), mások segítése, adakozás (10) (pl. *„Sokkal több embernek segíték... egyszerűen jobb ember lettem.”*), szorongás csökkenése (10), hála, alázat érzése (7) (pl. *“Nagyon hálás vagyok az embereknek, akiktől annyi mindent kaptam.”*), magasabb szintű tudatosság (5), asszertívabb kommunikáció (3), önfogadás, önmegvalósítás (3), (pl. *“Igényem lett egy csomó önmegvalósító tevékenységre, mint például az írás vagy a futás.”*), maximális becsületesség, őszinteség (2), megnövekedett bizalom az emberek felé (1)

## 5. MEGVITATÁS

### 5.1 Diszkusszió

Feltáró kutatásunkban a poszttraumás növekedés jelenségét vizsgáltuk egy adott klinikai populációban, az onkológiai betegek körében, ami még egy viszonylag alulkutatott terület a magyar onkopszichológiában. Arra kerestük a választ, hogy az onkológiai betegek hogyan élik meg az életet veszélyeztető betegséggel való szembesülést, a kezeléseket, illetve magának a betegségnek a lefolyását, kifejezetten a PTN jelenségére fókuszálva. Vizsgáltuk azt is, hogy a betegek maguk minnek tulajdonítják ezeket a pozitív változásokat. Rávilágítottunk olyan tényezőkre és erőforrásokra, melyek akár egy terápiás helyzetben is alkalmazhatók és segíthetik az egyént egy poszttraumás növekedési pálya felé történő elmozdulásban. Figyelembe véve, hogy ez egy feltáró kutatás, fontosnak tartottuk, hogy kvantitatív és kvalitatív eszközöket is használjunk.

A témában releváns Poszttraumás Növekedés Kérdőív eredményei alapján azt tapasztaltuk, hogy a vizsgálati személyek jelentős többsége megélt valamilyen pozitív személyiségváltozást. Az alsóskálát tekintve az élet nagyobb fokú értékelése, illetve a sérülékenység tudatosítása ellenére megélt énerő-növekedés voltak a legmeghatározóbb tényezők, és a spirituális kérdések iránti érdeklődés növekedése volt a legalacsonyabb. Általánosságban a többség a közepesnél erősebb PTN-t tapasztalt, viszont - egy korábbi kutatással ellentétben (Tanyi, 2015b) - mi nem tudtunk szignifikáns különbséget kimutatni sem a férfiak és nők között, sem a társas támogatottságot tekintve. A tüneteket/fájdalmakat átélő és a tünetmentes betegek is közel azonos mértékű pozitív változást jelöltek a kérdőíven, a két csoport között nem volt szignifikáns különbség. Hasonlóképpen nem találtunk különbséget a friss diagnózissal vagy régebbi diagnózissal rendelkező egyének között, sőt, a már ráktúlélőnek számító egyének is hasonló mértékű PTN-ről számoltak be. Ennek alapján feltételezzük, hogy a trauma hatására kialakuló pozitív személyiségváltozás hosszú távon is megmaradhat, azaz tartóssá válhat vagy tartóssá tehető a PTN megtapasztalása. Az eredmények közötti különbségek magyarázatára három indoklás is lehetséges. Az első ok lehet mindenképpen az alacsony elemszám, ami mintánk nem alkalmas statisztikailag valóban érvényes eredmények kimutatására, ami a kutatásunk lényeges limitációja. Egy másik ok lehet a módszertani különbség. Tanyi Zsuzsa kutatása longitudinális elrendezésű, mi pedig keresztmetszeti kutatást végeztünk, ami nem alkalmas a kauzális összefüggések kimutatására. A harmadik magyarázatot a Tedeschi és Calhoun (2004) által kidolgozott funkcionális-leíró modell alapján abban látjuk, hogy - a daganatos betegség

diagnózisának következtében - az élet végességével való szembesülés önmagában elég lehet ahhoz, hogy az egyén olyan erős distresszt és krízist éljen át, ami mintegy kikényszeríti a kognitív átkeretezést, és ez vezethet a pozitív személyiségváltozáshoz, a PTN megéléséhez.

A strukturált interjúk tematikus tartalomelemzése nyomán számos fontos eredményt kaptunk. A daganatos betegség diagnózisát minden vizsgálati személy pszichés traumaként élte meg és jelentős distresszt tapasztalt, és több embernél megjelent az önvád is a betegség előidézésével kapcsolatban. A szakirodalom egységes abban a tekintetben, hogy a kezdeti krízishelyzetben meg tapasztalt erősebb depresszió és szorongás normatív, hosszabb távon azonban el kell jutni a kognitív átkeretezés által egy viselhető szorongás-szintre, és vissza kell állnia a belső érzelmi egyensúlynak. Ez a folyamat a legtöbb embernél lezajlik, és a betegségének köszönhetően pozitív változásokat él meg a gondolkodásában, attitűdjében és a viselkedésében. Azon keveseknél, akiknél PTSD alakult ki a daganatos betegség következtében, jellemző volt a betegség tagadása vagy háritása, illetve a betegséggel való küzdelem feladása, a bénító halálfélelem. Ezek az egyének a hideg racionalitásba menekültek, erős negatív érzelmeket éltek át, a veszteségekre fókuszáltak és izolálták magukat a környezetüktől.

A vizsgálati személyek többsége azonban olyan tartalmakat fogalmazott meg az interjúkban, amelyek a PTN jelenségéhez kapcsolódnak (Tedeschi & Calhoun, 2004). A témakódokat klaszterekbe rendezve azt tapasztaltuk, hogy a szövegek alapján kialakított témaklaszterek megfeleltek a PTN eddig feltárt dimenzióinak (az élet nagyobb fokú megbecsülése, új prioritások és értékrend, bensőségebb kapcsolatok, az énerő fokozott megélése, új lehetőségek felismerése, spirituális érdeklődés kialakulása, és az egészségmagatartás), a mi kutatásunkban viszont megjelent egy új tényező is, a jobb emberré válás. A személyiségfejlődés olyan aspektusairól számoltak be a vizsgálati személyek, mint az empátia, tolerancia, a türelem, a szorongás csökkenése, a hála megélése vagy a szeretet kifejezésének és megélésének mélyebb képessége. Többen megfogalmaztak olyan tartalmakat is, amik az örömrzét növekedésére utaltak, illetve sokak számára fontosabbá vált a mások segítése, de ők maguk is jobban bíznak az embertársaikban és őszintebben kommunikálnak. Összességében sokan tudatosabbá váltak, nagyobb fokú önellfogadáshoz jutottak el és fontosabbá vált számukra az önmegvalósítás.

A poszttraumás növekedés dimenzióinak beazonosításán túl azt is vizsgáltuk, hogy az onkológiai betegek minek tulajdonítják a betegséggel való adaptív megküzdés sikerességét és a pozitív személyiségváltozást. A legtöbben azt emelték ki, hogy képesek voltak megőrizni az aktivitásukat, volt kivel megosztaniuk a belső élményeiket és félelmeiket (Wortman, 2004),

erősítették az emberi kapcsolataikat, adekvát információt gyűjtöttek sorstársaktól vagy egészségügyi szakemberektől, illetve néhányan a már sikeresen feldolgozott régebbi traumáik tapasztalatát is erőforrásként tudták használni.

A daganatos betegek körében alkalmazott pszichológiai intervenció jelentőségét és pozitív hatását külföldi kutatás már igazolta (Üzar-Özçetin & Öcalan, 2022). Mi is hiszünk abban, hogy a jelen kutatás implikációi is fontosak lehetnek az onkopszichológiai munkában. A betegség kapcsán megjelenő erős szorongás és depresszió, vagy akár az önvád csökkentésében facilitáló tényező lehet a kognitív átkeretezés, amely segítheti az egyént a betegség elfogadásában, vagy a betegség életnarratívába integrálásában (Tedeschi & Calhoun, 2004). Emellett fontos segítséget jelenthet a külső és belső erőforrások feltárása, azok aktiválása, akár múltbeli tapasztalatokhoz is visszanyúlva. Láthattuk azt is, hogy az egyén számára rendkívül fontos, hogy őszintén beszélhessen a betegséggel kapcsolatos megéléseiről, vagy akár a félelmeiről (Widows, Jacobsen, & Fields, 2000). Amennyiben az egyén megküzdési erőfeszítései passzívan vagy aktívan nehezítve vannak, akkor ezeknek az interperszonális korlátoknak a jelenléte gátolhatja az érzelmi feldolgozást. A segítő szakember feltétel nélküli elfogadása és empátiája olyan közeget teremthet, amely képes megteremteni a szükséges támogató környezetet. Az intraperszonális és interperszonális erőforrásokon túl a releváns és adekvát mennyiségű információ is fontos erőforrás (Parker, Baile, Moor, & Cohen, 2003), amiben szintén jelentős szerepet vállalhat a pszichológus pszichoeducációval, relaxációs technikák tanításával vagy akár a hiedelmek, tévhitek, irreális félelmek eloszlatásával. A kutatás tapasztalatai felhasználhatóak az általános egészségpszichológiai munkában is, mint például az egészségmagatartás ösztönzése, az intimitás vagy az alapvető sérülékenység megélése mellett az énerő és tudatosság fontosságának felismertetésében. Mindezek következtében - reményeink szerint - magasabb életminőség érhető el trauma megtapasztalása nélkül is.

## **5.2 Korlátok és kitekintés**

A kutatás erőssége, hogy klinikai populáción végeztük a vizsgálatot, és a poszttraumás növekedés jelenségét kvalitatív és kvantitatív adatgyűjtéssel is feltártuk az onkológiai betegek körében, a kutatás erős limitációja azonban az alacsony elemszám. Mivel az adatfelvétel tovább folytatódik, reményeim szerint egy doktori kutatás keretében már elegendő lesz az elemszám az érvényes statisztikai elemzésekhez, és a sokrétű, változatos adatok között például lineáris regresszióval, vagy mediációval/moderációval is tudom majd vizsgálni az összefüggéseket. Tervezem továbbá, hogy aktívan dolgozó onkopszichológusokat is bevonok a kutatásba, így az

ő mindennapi gyakorlati tapasztalataik is gazdagíthatják a kutatást. Jelenleg keresztmetszeti dizájnból végeztük a kutatást, de a jövőben sokkal relevánsabb eredmények születhetnének egy hosszabb longitudinális vizsgálat keretében. Mindenképpen szeretném vizsgálni a poszttraumás növekedést facilitáló tényezők mögött a személyes motivációt is. Feltételezem, hogy - bár nem tudunk szignifikáns különbséget kimutatni a friss vagy régebbi diagnózissal rendelkező emberek PTN szintje között - más-más motiváció húzódik meg a PTN háttérében a betegséggel való szembesülés idején, vagy évekkel később. A betegség elején jelentkező erős szorongás csökkentésének vágya fontos motivátor lehet a kezdeti szakaszban (Riskó, 2015), míg később talán inkább beszélhetünk valós személyiségváltozásról (Jayawickreme & mtsai, 2021). A későbbiekben szeretném azt is vizsgálni, hogy mely személyiségvonások kedveznek egy PTN pálya felé való elmozdulásban a trauma megtapasztalása következtében, illetve az egyén által használt megküzdési módok befolyásolják-e a PTN megélését.

Mesterséges Intelligenciát nem használtam.

### **Felhasznált irodalom:**

Amarsanaa, K., Kovács, M., & Rácz, J. (2023). *Posttraumatic growth: Experiences of Mongolian and Hungarian survivors of intimate partner violence*. *Acta psychologica*, 233, 103825.

Andrykowski, M. A., Brady, M. J., Greiner, C. B., Altmaier, E. M., Burish, T. G., Antin, J. H., ... & Henslee-Downey, P. J. (1995). 'Returning to normal' following bone marrow transplantation: outcomes, expectations and informed consent. *Bone Marrow Transplantation*, 15(4), 573-581

Aziz, N. M., Oeffinger, K. C., Brooks, S., & Turoff, A. J. (2006). Comprehensive long-term follow-up programs for pediatric cancer survivors. *Cancer*, 107(4), 841-848.

Baum, A. E., & Andersen, B. L. (2001). *Psychosocial interventions for cancer*. American Psychological Association.

Baziliansky, S., & Cohen, M. (2021). Emotion regulation and psychological distress in cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *Stress and Health*, 37(1), 3-18.

Beckham, J. C., Burkner, E. J., Burkner, E. J., Feldman, M. E., & Costakis, M. J. (1997). Self-efficacy and adjustment in cancer patients: a preliminary report. *Behavioral Medicine*, 23(3), 138-142.

Békés, V., Perry, J. C., & Starrs, C. J. (2021). Coping action patterns in trauma and other autobiographic narratives in Holocaust survivors: A mixed-methods study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(10), 1307-1326.

Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Bernaards, C. A., Rowland, J. H., Ganz, P. A., & Desmond, K. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3), 236-245.

Braeuer, R. R., Watson, I. R., Wu, C. J., Mobley, A. K., Kamiya, T., Shoshan, E., & Bar-Eli, M. (2014). Why is melanoma so metastatic?. *Pigment cell & melanoma research*, 27(1), 19-36.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

- Capaldi, J. M., Shabanian, J., Finster, L. B., Asher, A., Wertheimer, J. C., Zebrack, B. J., & Shirazipour, C. H. (2024). Post-traumatic stress symptoms, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth among cancer survivors: a systematic scoping review of interventions. *Health Psychology Review*, 18(1), 41-74.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., & Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health psychology*, 24(5), 508.
- Cokkinides, V., Albano, J., Samuels, A., Ward, M., & Thum, J. (2005). American cancer society: Cancer facts and figures. *Atlanta: American Cancer Society*, 2017.
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *The counseling psychologist*, 35(2), 236-264.
- Curbow, B., Somerfield, M. R., Baker, F., Wingard, J. R., & Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(5), 423-443.
- Hollen, P. J., & Hobbie, W. L. (1995). Establishing comprehensive specialty follow-up clinics for long-term survivors of cancer: Providing systematic physiological and psychosocial support. *Supportive Care in Cancer*, 3, 40-44.
- Janoff-Bulman, R. (2013). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In *Trauma and its wake* (pp. 15-35). Routledge.
- Jayawickreme, E., Infurna, F. J., Alajak, K., Blackie, L. E., Chopik, W. J., Chung, J. M., ... & Zonneveld, R. (2021). Post-traumatic growth as positive personality change: Challenges, opportunities, and recommendations. *Journal of personality*, 89(1), 145-165.
- Kállay, É., & Miclea, M. (2007). The role of meaning in life in adaptation to life-threatening illness. *Cognition, Brain, Behavior*, 11(1), 159.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology review*, 22(4), 499-524.
- Kovács, É., Balog, P., & Preisz, L. (2012). Psychometric characteristics of the Posttraumatic Growth Inventory in a Hungarian sample. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(1), 57-84.

Kovács, J., Csukonyi, C., Kovács, K. E., Liszka, D., & Walawender, P. (2023). Integrative attitudes of Ukrainian war refugees in two neighboring European countries (Poland and Hungary) in connection with posttraumatic stress symptoms and social support. *Frontiers in Public Health*, 11, 1256102.

Krupski, T. L., Kwan, L., Fink, A., Sonn, G. A., Maliski, S., & Litwin, M. S. (2006). Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(2), 121-131.

Lee-Jones, C., Humphris, G., Dixon, R., & Bebbington Hatcher, M. (1997). Fear of cancer recurrence—a literature review and proposed cognitive formulation to explain exacerbation of recurrence fears. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 6(2), 95-105.

Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17(5), 627-639.

Lynn Gall, T., & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(6), 524-535.

Manne, S. L., Ostroff, J. S., Norton, T. R., Fox, K., Grana, G., & Goldstein, L. (2006). Cancer-specific self-efficacy and psychosocial and functional adaptation to early stage breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, 145-154.

Matuz, A., Gács, B., & Birkás, B. (2024). Reframing prolonged negative mental health effects of COVID-19: cognitive restructuring promotes posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 1-20.

Meng, Q. Y., Cong, H. L., Hu, H., & Xu, F. J. (2020). Rational design and latest advances of codelivery systems for cancer therapy. *Materials Today Bio*, 7, 100056.

Miller, S. M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer*, 76(2), 167-177.

National Institute of Mental Health ([www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov))

Országos Onkológiai Intézet Nemzeti Rákregiszter és Biostatistikai Központja  
(www.oncol.hu)

Parker, P. A., Baile, W. F., Moor, C. D., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 12(2), 183-193.

Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., & Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of psychosomatic research*, 47(6), 537-543.

Polsky, D., Doshi, J. A., Marcus, S., Oslin, D., Rothbard, A., Thomas, N., & Thompson, C. L. (2005). Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Archives of internal medicine*, 165(11), 1260-1266.

Ries, L. A. G., Melbert, D., Krapcho, M., Stinchcomb, D. G., Howlader, N., Horner, M. J., ... & Edwards, B. (2008). SEER cancer statistics review, 1975–2005. *Bethesda, MD: National Cancer Institute*, 2999.

Riskó Á. (2015). Az onkopszichológia első 25 éve az Országos Onkológiai Intézetben: előzmények és események (1988–2013). *Magyar Onkológia* 59:241–250.

Sabiston, C. M., McDonough, M. H., & Crocker, P. R. (2007). Psychosocial experiences of breast cancer survivors involved in a dragon boat program: exploring links to positive psychological growth. *Journal of sport and exercise psychology*, 29(4), 419-438.

Schmidt, J. E., & Andrykowski, M. A. (2004). The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: an internet-based study. *Health Psychology*, 23(3), 259.

Sodergren, S. C., & Hyland, M. E. (2000). What are the positive consequences of illness?. *Psychology and Health*, 15(1), 85-97.

Soleimani, M. A., Bahrami, N., Allen, K. A., & Alimoradi, Z. (2020). Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 48, 101803.

Stark, D. P. H., & House, A. (2000). Anxiety in cancer patients. *British journal of cancer*, 83(10), 1261-1267.

Stein, K. D., Syrjala, K. L., & Andrykowski, M. A. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*, 112(S11), 2577-2592.

Tanyi, Zs. (2015a). *A trauma pozitív hozadéka: A poszttraumás növekedés* In: Kuritárné Szabó Ildikó, Tisljár-Szabó Eszter (szerk): *Úgy szerettem volna, ha nem bántottak volna.* (Oriold és társai)

Tanyi, Zs. (2015b). *A poszttraumás személyiségfejlődés és az egészséggel összefüggő életminőség vizsgálata onkológiai betegek körében.* (Debreceni Egyetem)

Tanyi, Z., Mirnics, Z., Ferenczi, A., Smohai, M., Mészáros, V., Kovács, D., ... & Kövi, Z. (2020). Cancer as a source of posttraumatic growth: a brief review. *Psychiatria Danubina*, 32(suppl. 4), 401-411.

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., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Assessment of posttraumatic growth. In *Posttraumatic growth* (pp. 31-50). Routledge.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.

Üzar-Özçetin, Y. S., & Öcalan, S. (2022). Effectiveness of Posttraumatic Growth Interventions among Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-analysis. *European Psychiatry*, 65(S1), S139-S140.

Widows, M. R., Jacobsen, P. B., & Fields, K. K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 873-882.

Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15(1), 81-90.