

***Egymásba karolva* – A támogató csoport ereje súlyos
betegség esetén**

Jelige TMG 808

A dolgozat lezárásának időpontja: 2014-04-25

Bevezetés

„Ha képes vagyok létrehozni egy bizonyos típusú kapcsolatot, a másik személy fel fogja fedezni önmagában azt a képességet, amellyel ezt a kapcsolatot növekedésre használhatja: személyisége fejlődni fog.” (Rogers, 2008b: 65).

Egy olyan súlyos betegség, mint a rákbetegség rányomja bélyegét a beteg és a hozzátartozók életminőségére. Az érintettek terheltsége fokozott, a nehéz élethelyzethez való alkalmazkodás erőfeszítést igényel és az egyénnek sok esetben nincs elegendő erőforrása. A támogató magatartás a segítő részéről elengedhetetlen egy súlyos betegségben szenvedő ember kísérése során, elsődleges szempont támogatni a betegséggel való megküzdésben és segíteni a betegség okozta krízis elviselésében, amely nagymértékben megvalósítható Rogers (2008b) elvei alapján. A támogató munka során az egyenlő rangú, őszinte, emberi kapcsolat hatására *a fal le bomlik*, az egyén képes feltárni szenvedését az együttérző felebarátjának, a szeretetteljes légkör hatására a *persona* közelebb kerül belső önvalójához.

A szakirodalmi publikációk révén egyértelmű, hogy a támogató csoport hatékony segítséget nyújt a kritikus élethelyzetekben. Az önsegítő csoport támogató ereje segíti az egyént a betegséggel való megküzdésben és a betegség okozta testi-lelki megpróbáltatások elviselésében. Egymás támogatása erősít, *egymásba karolva* talán még az olyan súlyos lelki teher is könnyebbé válik, mint a rákdiagnózissal való szembesülés vagy a betegséggel való együttélés, de akár a rehabilitáció és a gyógyulás időszakában is támaszt adhat az egymásba kapaszkodás lehetősége.

A dolgozat bemutatja az *Alternatíva Egyesület a Leukémiás Betegekért* elnevezésű, rákbetegeket segítő nonprofit szervezet keretei között létrehozott támogató csoport munkáját, rávilágítva a kéthetente zajló találkozások egy évnyi időszakában tapasztalt sajátosságokra és egyéni jellegzetességekre. A csoport megszervezésével létrehoztunk egy olyan biztonságos és együttérző környezetet, ahol lehetőséget kínáltunk a személyes tapasztalatok megosztására, amely feltételezhetően segíti a történetek kognitív és emocionális feldolgozását.

A rákbetegség, mint trauma

A szakirodalom és a publikált sorstörténetek rávilágítanak a rákbetegség traumatikus hatására. Minden rákbeteg egyedi módon reagál a helyzetére, de a lezajló események megterhelő

élménye nem vitatható, és a legtöbb betegségtörténetből kiolvasható a szenvedés jelenléte (Bishop, 1990; Kazda, 2005; Oláh, 2011; Servan-Schreiber, 2008; Singer, 1995; Wilber, 2005).

A megbetegedés, a diagnózissal való szembesülés, az orvosi kezelés megpróbáltatásai, később a visszaeséstől vagy a betegség előrehaladásától való félelem nehezíti meg az egyén és környezete mindennapjait. A rákdiagnózis híre traumatikus esemény, Tari (2008) tapasztalata szerint a diagnózis közlése után a beteg olyan helyzetbe kerülhet, hogy hiába hallja a szavakat, az érzékszervi gátlás miatt nem érti meg a mondottakat. Riskó (1999) rávilágít, hogy a diagnózis hírét követő reakciót különböző tényezők befolyásolják (a személyiség, a megküzdőképesség, a kulturális-társadalmi szféra). Az orvosi kezelések (sebészeti, sugárterápia, kemoterápia) szintén megterhelőek és testi-lelki szenvedést okozhatnak. Jelentkezhet a halállal, a fájdalommal, a testi integritás és a függetlenség elvesztésével kapcsolatos szorongás és félelem, de a megváltozott vagy megcsonkított test, az operált szervben beállt funkciózavarok elfogadása sem egyszerű feladat (Riskó, 1999). Szorongás, depresszió, fáradtság, gyengeség, az élet energia csökkenése, az önkép megkérdőjelezése, memória és figyelem problémák, szexualitással és reprodukcióval kapcsolatos érzelmi zavarok, kétségbeesés, bizonytalanság követi sokszor az onkológiai terápiát (Mateescu et al, 2010). Később a kiújulás veszélye fenyegeti a túlélőt, mivel a kezelés befejezése után azzal a ténnyel szembesül és kénytelen együttélni, hogy a betegség visszatérhet. A szakirodalom a „Damoklész kardja-effektus” jelenségével azt a szorongást jelöli, melyet a tünetmentes páciens érez, mert senki sem biztosítja arról, hogy meggyógyult (Tari, 2008).

A felsorolt nehézségek ismeretében egyértelmű, hogy a rákbeteteg és környezete támogatást igényel. A fokozott negatív történésekkel tűzdelt életút periódusában a lelki szenvedés fokozott, a hatékony segítség pedig nagy kihívást jelent a szakember számára.

Támogató vagy terápiás attitűd

A kliens reakciója a terapeuta attitűdjének a tükörképe, ha elfogadóan képes figyelni a kliens érzéseire, ennek hatására ő is képes lesz odafigyelni a belső érzéseire és jobban elfogadja önmagát (Rogers, 2008b). Kulcsár (2005) szerint a modern, agyi képalkotó vizsgálatok rávilágítanak a szociális agy és a viscerális agy komplex rendszerére, illetve feltételezhető a szociális háló minősége és a testi állapot közötti kapcsolat. Azon az állásponton van, hogy trauma után az empátia biztosítja a társas támogatás folyamatát, a szociális agy által vezérelt tükörneuronok mechanizmusain keresztül, azaz a tükörneuronok feltételezhetően megértik a

megfigyelt akciót, leképezik azt és működésbe lép a kivitelezést vezérlő motoros reprezentáció és a két fél közötti kölcsönkapcsolat eredménye lesz a fejlődés.

Számos szakember szerint a legjelentősebb pszichoterápiás hatótényező a kliens-terapeuta kapcsolat, a pszichoterápia prototípusa az egyéni verbális terápia, mely a kliens és a terapeuta közötti kommunikációs folyamatra, interakcióra épül, a páciens emocionális problémájára irányul (ld. Vargha, Szabó, 2009). Tringer (2007) hangsúlyozza az önfeltáró beszélgetés fontosságát, ami akár 3-5 ülés során is pozitív eredményeket hozhat, de a trauma történet feltárása (szó, írás, ima) a kognitív élmény emocionális feldolgozását segítheti (Tedeschi, Calhoun, 2005).

A támogatásunk fő irányelve, hogy ne maradjon egyedül az érintett, érezze, hogy valaki mellette áll, megérti a fájdalmát, elfogadja olyannak, amilyen, nem akarja sztereotíp kategóriákba belegyömöszölni, meghallgatja a bánatát. Amikor a segítő szakmai és magánvéleményétől elvonatkoztatva figyel a betegre, képessé válik megismerni a személy elképzeléseit, értékrendjét, személyiségét, érzelmvilágát, aktuális helyzetét (Biró, 2009), amely elengedhetetlen a súlyosan beteg ember kísérése során, de Singer (2000) is az aktív figyelés gyógyító erejét hangsúlyozza.

Yalom és Leszcz (2013) az egyéni terápiához hasonlóan hatékonynak tartja a csoportban való terápiát. A csoport szociális hálóként védi az egyént, valahova tartozást sugall, hogy nincs egyedül a nehéz élethelyzetben, másokkal is történetek hasonlóak, ezért ők értik meg teljességében az érzéseit és az állapotát. A traumatikus élmény hatékony ellenszere a csoport együttérzése, a csoportban rejlő terápiás lehetőségeket a különböző traumát túlélő populációk bizonyítják (Herman, 2011), de rákbetegek körében végzett vizsgálatok is igazolták a jótékony hatást (Godwin et al, 2001; Spiegel et al, 2007; Yalom, Leszcz, 2013).

Az önsegítő csoportban esély van a lehetőségek megbeszélésére, az újraértékelésre, hitet, metaforát sugallnak másoknak a trauma értelmezésére, az egyén kognitív sémáinak átdolgozását segítik (Tedeschi, Calhoun, 2005). Rogers (2008a) a személyközpontú csoport hatását vizsgálva a résztvevők körében szignifikáns növekedést talált a rugalmasság, az önkifejezés, az érzelmek elfogadása és kifejezése területén, rávilágít, hogy a személyiség kibontakozását elsősorban az önfeltárást elősegítő biztonságos légkör és a nyílt, őszinte kommunikáció eredményezi.

A csoport elméleti ismérvei

A csoport az emberi közösségek alapvető képződménye, a társadalom szerves része. Az ember régóta használja a csoport különleges, sajátos erejét, hiszen ahogy Rudas (2007) mondja a

csoportozás történetisége messzire nyúlik vissza az emberi civilizáció történetében. Ő azt állítja, hogy a történelem előtti korok rituális táncai a mozgásterápia ősei, a kolostorok misztériumjátékai pedig a mostani pszichodráma előfutárai vagy az ugyancsak a kolostorokban végzett meditációk valamiképpen a csoportos személyiségfejlesztésre emlékeztetnek. A XX. század teremtette meg azt a talajt, amikor is a pszichológiai értelemben vett csoportozás valódi előfutárai megjelentek. Elsőként említhetjük a J.H. Pratt, bostoni tüdőgyógyász által működtetett csoportokat, aki a hagyományos orvoslás mellett hetenkénti üléseket szervezett a betegek számára. Ezeken az üléseken bátorító, támogató előadásokat tartott a betegség leküzdéséről, ami után csoportos beszélgetésekre került sor, ezáltal a betegeknek javult a lelkiállapota és ez jótékonyan befolyásolta gyógyulásukat is.

Ha egy definíciót szeretnénk megfogalmazni a csoportra, akkor Albert (2004, 23. oldal) szerint „ - *A csoport tehát egyéni interakciókból született, viszonylagos ideig tartó, egymással társadalmi kapcsolatban álló emberek együttese. A közös tevékenységet folyamatosság és szervezethezesség jellemzi. A feladatok megosztódnak, és ennek köszönhetően kialakul a szerepek hálózata és hierarchiája. Megjelennek az értékek, hagyományok, szokások és a közös célok.*” A csoport működését befolyásolja az összetartozás mértéke, a vezetés, a csoporttagok elképzelései a csoportról, valamint a csoport tartalma az a cél, amely a csoporttagok tevékenységében, magatartásában, viselkedésében illetve interakcióiban mutatkozik meg (Albert, 2004).

Barcy (2012) úgy fogalmazza meg, hogy a csoport egy élő, nyitott rendszer, egy dinamikus egész, ami azt jelenti, hogy bármely részletének állapotváltozása valamennyi többi részlet állapotát is megváltoztathatja. Kifejti, hogy a csoport lényege nem a tagok hasonlósága vagy különbözősége, hanem kölcsönhatása, egymástól való függése (interdependenciája).

A csoportokat többféle szempont szerint osztályozzák, különböző kategóriákba sorolják. Albert (2004) a tagok részvétele szerint megkülönböztet *nyílt csoportot* (folyamatosan fogadnak tagokat) és *zárt csoportot* (a tagság állandó, előnye, hogy a résztvevők kapcsolata szorosabb), illetve a tagok összetétele szerint *heterogén* vagy *homogén* csoportot. A szociális munkában alkalmazott csoportokat a cél szerint is meg lehet különböztetni: *gyógyító/terápiás csoport*, amely célja a kliens életében jelenlevő negatív tényezők, elvesztett képességek, pszichoszociális változások, szenvedélybetegségek miatt kialakult hangulatzavar, rossz szociális körülmények pozitív változásának segítése, a terápiás módszerek pedig az információ és tanácsadás, pozitív élménynyújtás, elszigeteltség feloldása, szociális tanulás; *feladatcsoport*, ez esetben egy közös

feladat megoldása érdekében működnek együtt (Albert, 2004). Yalom és Leszcz (2013) felosztása elkülöníti a terápiás, az önsegítő, az internetes és a szomatikus betegek csoportjait.

Barczy (2012) szerint a csoport működésének az alábbi sajátos szabályai ún. rendszertörvényei vannak. *Egészlegesség törvénye*, vagyis a rendszer minden eleme összefügg egymással, ha egy elem megváltozik, valamennyi elem megváltozását eredményezi. *Az összegzés törvénye*- a csoport több, mint tagjainak összesége, a csoportban létrejövő folyamatok nem vezethetők le egy az egyben a tagok tulajdonságaiból- az együttes élmény fogalma. *A visszacsatolás vagy feedback elve*- ezáltal valósul meg a csoport önszabályozó működése. *Ciklikus jelleg*- a csoportokban, azok fejlődése során jellegzetes ismétlődő folyamatokat lehet megfigyelni, minden csoportnak saját története van. *A csoportok nyitottak*, azaz szerves kapcsolatban állnak a környezetükkel, nem zárhatók el a külső hatások elől. *A negatív entrópia elve*- a csoportok fejlődésük során sokszor a hanyatlás, a felbomlás, a megsemmisülés felé haladnak, ekkor jut ismét szerephez a külső segítő, aki elősegítheti az önszerveződést, külső erőforrásokat vethet be vagy a saját történet feldolgozása, megértése révén korrigálhatja a negatív folyamatokat. *A differenciálás és az integrálás törvénye*- a csoportok fejlődése együtt jár egyre nagyobb fokú differenciálódásukkal: munkamegosztásban, szerepekben, alrendszerekben, struktúrákban. *A dinamikus egyensúly elve*- minden csoport törekszik az egyensúlyra. *Az önszerveződés törvénye*- a csoportok bizonyos körülmények között képesek megszervezni magukat, képesek külső segítség nélkül működni, sőt vezető nélkül is eredményesen képesek funkcionálni- önsegítő, vezető nélküli csoportok.

Az önsegítő csoportok a tagok önszerveződésén, kölcsönös támasznyújtáson alapuló közösségek, amelyek összejövetelein professzionális segítő nem vesz részt, bár egy professzionális segítő szervezési, konzultációs vagy szupervíziós háttérrel biztosíthat. Céljuk egy közös problémán alapuló szükséglet kielégítése, az elvesztett képességek miatti hátrányok leküzdése, a kívánt társadalmi illetve személyi változás előidézése, továbbá kihangsúlyozzák a tagok személyi felelősségét, kiemelik a szemtől szembe interakció jelentőségét, de az érzelmi támogatás mellett anyagi segítséget is nyújthat a tagoknak (Pilling, 2001).

Yalom és Leszcz (2013) álláspontja, hogy az önsegítő csoportoknak a fele szakképzett vezető nélkül működik, a mentálhigiénés szakember akár megszervezheti a csoportot valamilyen cél populáció számára és utána magukra hagyhatja őket. A külső szakértő hiányában a régebbi tagok nem hivatalosan sok esetben vezetők lesznek, így a résztvevők egyidejűleg fogyasztók és

szolgáltatók is a csoport folyamata során. Az említett szerzők kiemelkedő előnynek tartják a támogatás szempontjából a személyes élmény megosztásának jelentőségét, szerintük a tagok belső szakértőként a trauma feldolgozását nagymértékben előmozdítják. Álláspontjuk, hogy a patológia hangsúlya kisebb, a függőség alacsonyabb, de nagyon erős az összetartozás, a hitelesség és a többiek által vázolt aktív stratégiák működő eredményekhez vezetnek.

Az önsegítő csoport fő sajátosságai: a csoportban résztvevők élethelyzete hasonló, ez megerősíti az összetartozás a „nem vagy egyedül” érzését; kölcsönös segítség, a tagok segítenek egymásnak, és ezáltal önmaguknak is, megosztják egymással érzéseiket, tapasztalataikat, az erőforrások összekapcsolódnak, a remény megerősödik; az önsegítő csoport vezetője nem professzionális segítő; az önsegítő csoportok non-profit jellegűek, részvételi díj nincs, legfeljebb a csoporttal járó szükségszerű kiadásokat kell megtéríteni (Pilling, 2001).

A társas támogatásnak meghatározó szerepe van a daganatos betegségek elviselésében és a felépülésben. Dégi (2011) szerint a társas támogatásnak megterhelés csillapító („pufferoló”-buffering) hatása van a daganatos betegeknél is, ezt számos kutatás igazolta. Például Cassileth és mtsai 1988-ban (idézi Dégi, 2011) közzétették kutatásuk eredményeit, a kutatásban 204 daganatos beteget figyeltek meg 8 éven át, és azt találták, hogy az alacsony túlélés a társas kapcsolatok hiánya-szegénységével asszociálható. A daganatos betegségek kórlefolyásában és kimenetelében jelentős szerepe van a társas támogatottságnak, illetve hiányának.

Az alkalmazott támogató módszer ismertetése

A segítő kapcsolat és a kommunikáció az elsődleges szempont a támogatás során, továbbá fontos az élethelyzet miatt kialakult stressz csökkentése is. Segítjük az érzelmek felismerését, tudatosítását és elfogadását. A kialakult téves hiedelmek, kogníciók felismerése és átértékelése is célunk, szorgalmazzuk a naplózást meg különböző önismereti gyakorlatokat is felhasználunk. A támogatás elve az autogenitás, nem piszkálunk elő semmi pszichés tartalmat, csak amit az egyén előhoz vagy feltár önmagától, próbáljuk megérteni és elfogadni, segítve így a letisztázódást, az önelfogadást, csökkentve a stressz mértékét, az életminőség javítását tartva szem előtt.

A támogatás a feltétel nélküli elfogadás, empátia, hitelesség (Rogers, 2008b) mentén zajlik, néha azonban az empátia veszélybe kerül, amikor a fokozott panasz áradattal szemben nem sikerül teljes elfogadással viszonyulni. A személyközpontú szemléletmód mellett a kognitív terápia néhány elve (David, 2012) is alkalmazásra kerül, feltételezve, hogy sikeresen hatnak a

negatív kogníciók és torzítások, az automatikusan betolakodó gondolatok és sémák, az énkép és személyes értékek átszervezésében, például a saját értékek és célok kiválasztását segítő gyakorlat (Hayes, Smith, 2013). A relaxáció és az imagináció (Simonton, et al, 2001) is bekerültek a gyakorlatok sorába, továbbá önismereti (énkép, interperszonális készségek), önerősítő (pozitív tulajdonságok, pozitív pletyka, álláshirdetés) feladatok (Rudas, 2007; Singer, 2010) is alkalmazásra kerültek. A módszerkombinációt Pintér (2008) is támogatja, véleménye, hogy a kognitív elemek és a relaxáció különböző módszerei jól beilleszthetők a *rogersi* szemléletbe.

Rogers (2008a) személyközpontú csoport elveit figyelembe véve a *facilitatív* hozzáállást próbáljuk képviselni, a személyes tapasztalatok megosztására fektetve a hangsúlyt. Az első két alkalom során ismerkedés, bizalom kiépítése, a betegség történet megosztása történt, a következő alkalmak során pedig a poszttraumás növekedés (Tedeschi, Calhoun, 2005) területei képezték a témát, amiről közösen beszélgettünk. Az említett témák, vagyis az első ciklus befejezése után új témával indítottuk újra a csoportot, új tagokkal. A Simonton és mtsai. (2001) által kidolgozott program elméletét és gyakorlatát is bevezettük a második ciklus találkozásai során.

A poszttraumás növekedés traumák után, életkrízisekkel való küzdelem eredményeként létrejövő pozitív változás tapasztalata, az érintett azt érzi, hogy a trauma hatására fejlődött (Tedeschi, Calhoun, 2005). Az említett szakemberek tapasztalata szerint a változásokat öt területen érzékeli az egyén, és valóban e területekkel kapcsolatosan a betegnek sok a mondanivalója. A *másokhoz való viszonyulás* fontos és gyakori beszédtema, szinte kimeríthetetlenek e témához kapcsolódó tapasztalatok. A *személyes erő érzet*, a megváltozott képességekből adódóan szintén foglalkoztatja a betegeket, akárcsak az *új lehetőségek és életpálya* változásai. Továbbá a *spirituális és egzisztenciális* kérdések sokasága válik aktuális témává a diagnózist követően, illetve az *élet fokozottabb értékelésének* változásáról is a legtöbben beszámolnak. Az öt terület egyéni beszélgetések formájában kipróbálásra került egy korábbi beavatkozás során és hatása pozitívnak bizonyult (Tasnádi, Szabó, 2013).

A második ciklus találkozásainak a lefolyása két részre osztható. Az első részben a személyes tapasztalatok megbeszélése történik, a második részben pedig a Simonton és mtsai. (2001) program témáit és gyakorlatát ismertetjük, amely a progresszív relaxációra és az imaginációra épül. A Simonton félé egészség szemlélet a test és lélek kapcsolatára fektet nagy hangsúlyt, az embert, mint egészt tartja fontosnak a rákgyógyítás folyamatában. A pszichológiai megközelítés fontosságára hívják fel a figyelmet, kiemelve a személyiség jelentőségét, a placebo

hatás és a spontán gyógyulás jelenségét, a stressz és a betegség kapcsolatát. Hangoztatják az egészség befolyásolásának képességét, a gondolat és a képi megjelenítés összefüggéseit, az egészségkép imagináció pozitív hatásait. Rávilágítanak a rákkal kapcsolatos elvárásoknak a gyógyulásra való hatásukra, álláspontjuk, hogy az egyéni és társadalmi hiedelmek befolyásolják a betegség alakulását. Biztatják a beteget, hogy aktívan résztvegyen a gyógyulásban, és eredményeikkel alátámasztják a program hitelességét. A program témái: relaxáció-imagináció, egészség kép, a stressz forrásainak azonosítása, életesemények skála, a betegség *előnyeinek* azonosítása, testedzés, táplálkozás, neheztelés leküzdése, a haláltól és a visszaeséstől való félelem leküzdése, célkitűzések, belső vezető.

Az önsegítő csoport bemutatása

Az *Alternatíva Egyesület a Leukémiás Betegekért* nonprofit szervezet célja a leukémiás és más rákos betegek és azok hozzátartozóinak pszichoszociális és medikális támogatása, a betegek életminőségének a javítása, a betegséggel való megküzdés támogatása. Az egyéni lelki támasz az alapítás óta folyamatosan elérhető, 2013 februárjától viszont létrejöttek a csoportos találkozások is. Jelenleg az egyéni támogatás mellett, túlélő csoportban, betegek és hozzátartozók csoportjában és a gyászcsoporthoz igényelhetnek támogatást az érintettek.

A bemutatásra kerülő csoport 2013. április 24-én indult, kéthetenként találkozunk, két és fél órára, a részvétel ingyenes. Zárt formában működik, de időnként megnyitjuk új tagok számára, illetve téma zárások idején. Általában kis létszámú és heterogén (betegek, hozzátartozók, segítők), de rendszeres találkozások formájában működik egy éve. A dolgozatban bemutatjuk a csoport indulás (2013. 04. 24) és az utolsó nyitott találkozás (2014. 04. 16) közötti időszakban lezajló munkát.

Résztvevők

A csoport indulásakor hét személy gyűlt össze, de különböző okok miatt lemorzsolódva a harmadik találkozás után négy személy maradt. A téma lezárását követően egy személy eltávozott és jött három új személy, így hat személy vett részt a második ciklus találkozásai során. A második ciklus időtartama alatt kétszer tartottunk nyitott napot. Először két személy csatlakozott hozzánk, de csak egyszeri alkalomra (egyik csak kimondottan arra az alkalomra jött

el, a másik pedig egészségi okok miatt maradt távol a későbbiekben). A második nyílt nap alkalmából kilenc résztvevő volt jelen, de az új tagok egyszeri meghívottként vettek részt.

A csoportban voltak hozzátartozók és segítők is, illetve egyesek nem jártak rendszeresen, ezért a dolgozatban csak négy tagot mutatok be. Ezek a személyek állandó résztvevők voltak és mindannyian szembesültek a betegség tényével. Mindenki tudatában volt a diagnózisának és a csoportban önként vett részt, illetve a dolgozathoz is szóbeli beleegyezésüket adták. Az alábbi 1. táblázat bemutatja a résztvevők demográfiai jellemzőit. A résztvevők nemi, életkori és családszerkezet szerinti eloszlását ismertetjük.

1.táblázat: *demográfiai adatok*

N	Nem		Életkor		Családszerkezet		
	nő	férfi	év	átlag	házas	elvált	gyerekek száma
4	3	1	33; 57; 59; 60;	52,5 év	3	1	1 felnőtt; 2 felnőtt; 3 felnőtt; 3 kiskorú;

A következő 2. táblázat a résztvevők medikális adatait mutatja be, a diagnózis, a diagnózistól eltelt idő, a kezelés és az egészségi állapot mutatói láthatóak.

2.táblázat: *medikális adatok*

N	1. személy	2. személy	3. személy	4. személy
Diagnózis	melanóma	limfóma	melldaganat	myelofibrózis
Diagnózistól eltelt idő	3 év	1 év és 3 hónap	3 év és 4 hónap	3 év és 6 hónap
Kezelés	befejezve	befejezve	befejezve	gyógyszeres
Egészségi állapot	tünetmentes	tünetmentes	tünetmentes	rosszabodik

Célkitűzések

A csoportban zajló támogatás feltételezésünk szerint segíti a betegséggel való megküzdést, támaszt nyújt a testi-lelki megpróbáltatások során, pozitívan hat az életminőségre, előmozdítja az átélt tapasztalatok kognitív és emocionális feldolgozását, a túlélésben való reményt táplálja és az egészséges élet lehetőségeinek a felfedezésében támogatja a beteget.

Mit jelent az önsegítő csoport?

Egy hely, ahol megoszthatóak a saját tapasztalatok.
Tudatosítása, hogy nem vagy egyedül a problémáddal.
Kölcsönös érzelmi támogatás.
Együttérző környezet.
Rendszeres találkozások.

Mi a találkozások célja?

A betegség során felmerülő problémák megbeszélése.
A negatív érzelmek kifejezése és csökkentése.
Érzelmi és társas támogatás.
Információ szerzés.
Lehetőségek, örömforrások felfedezése.

A találkozások folyamata

Az első ciklus bemutatása

1-2 találkozás: ismerkedés, bemutatkozás, keretek és struktúrák, betegség történet.
Naplóírás előnyeinek bemutatása. Miért jelentkezett? Mit vár el a csoporttól? Milyen érzéssel jött? Veszteségeink és nyereségeink életünk során. Életút elemzés.

3-4 találkozás: másokhoz való viszonyulás téma.
Kapcsolataid? Szociális készségek? Ki az, akire támaszkodhatsz? Sérelmek, csalódások, neheztelések feltárása. Másokhoz való érzéseink azonosítása. Hogyan változtak a kapcsolatok a betegség során? Szociális atom. Interperszonális készségek.

5-6 találkozás: személyes erő érzet téma.
Erősségek, gyengeségek. Mi változott a betegség hatására? Mit nem tudok elvégezni? Képességek javítása. Korlátok a betegség miatt. Pozitív és negatív tulajdonságok, énkép.

7-8 találkozás: új lehetőségek, életpályák téma.
Milyen lehetőségek zárultak be és mik nyíltak meg? Tervek, célok, jövőkép. Munkahelyi és megélhetési problémák, új stratégiák. Erőforrások kiaknázása.

9-10 találkozás: spirituális változás.
Honnan jöttem, hová megyek? Hitbeli, transzcendens és a halállal kapcsolatos kérdések.

11-12 találkozás: az élet értékelése, lezárás.

Örömforrások a mindennapokban. Apró örömök, mint erőforrások. Mit kaptál a csoporttól? Hogyan szeretnéd folytatni tovább? Búcsú vagy folytatás?

A második ciklus bemutatása

1. Találkozás - a beteg aktív részvétele.

Bemutatkozás, ismerkedés, keretek. Élettörténet, betegség, jelenlegi állapot. Mit vár el a csoporttól? Házi feladat: napi tíz perc egy tevékenység, amitől jól érzed magad.

2. Találkozás - test és a lélek kapcsolata.

A lelki és a testi állapot összekapcsolódása? Immunrendszer szerepe és támogatása. Gondolataink képi megjelenítése. Progresszív relaxáció. Házi feladat: progresszív relaxáció. Heti egy tevékenység, amit már régen nem csináltál és szerettél volna.

3. Találkozás - pozitív gondolkodás.

Azon gondolkodom ami van és nem azon ami nincs, vagy bekövetkezhet. Mi a valóság? Mi van most veled? Jelenlegi állapotod és lehetőségeid? Miért vagyok hálás az életemben vagy miért lehetek hálás? Házi feladat: napi egy dolog amiért hálás lehetsz.

4. Találkozás - tudattalan, ki vagyok én valójában?

Berögzült automatizmusok, szokások, viselkedés, amelyek a jelenlegi helyzetben elveszítették funkciójukat és megterhelőek. Büntudat, lelkiismeret, önhibáztatás. Milyen szabályok, önértékelés szintjén éled az életedet? Házi feladat: Tegyél meg egy olyan dolgot amit mostanáig nem tettél meg! Lépj ki a komfort zónádból! Feszegesd a határaidat!

5. Találkozás - önbecsülés, szerepkörök, rákbetegség és immunrendszer.

Különböző szerepeink? Önbecsülés vagy önértékelés? Mi jut eszedbe a betegségről? Hogy néz ki? Az immunrendszer milyen? Házi feladat: a szerepkörök azonosítása a mindennapokban.

6. Találkozás - új év, új lendület.

A szerepkörök eloszlása. Mire, kire mennyi időt fordítasz? Mi a legfontosabb? A múlt búcsúztatása és új kezdet, a jövő lehetőségeinek is a megfogalmazása. Házi feladat: különböző életterületek tervei.

7. Találkozás - életcsapdák.

Önvédelem, állandó készenléti állapot, stressz. Az egészségkép megbeszélése, megalkotása, lerajzolása. Házi feladat: stressz csökkentő tevékenység, pl. hobby.

8. Találkozás - az egészség támogatása.

Torna, táplálkozás, stressz levezetés, érzelmek átélése és kifejezése, egészség mozi, a nem megoldható dolgok átkeretezése, átértékelése. Házi feladat: egészséges élelmiszerek lista, rák ellen ható táplálékok.

9. Találkozás - ép testben ép lélek.

Gyógyulás vagy túlélés, a régi visszaállítása vagy egy új kezdet? A stressz előidézheti-e a betegséget? Életesemények lista. A test támogatása? Házi feladat: örömforrás lista

10. Találkozás - nyílt nap.

A betegség buktatói, megküzdési stratégiák, előnyök. A mindennapok fokozottabb értékelése.

11. Találkozás - saját szükségleteink.

Személyes prioritások és igények felsimerése. Érzelmi szükségletek létjogosultsága. Házi feladat: öt fő stresszforrás felsorolása, fenntartásukban való részvétel, eltávolításuknak a lehetőségei. Mivel ellensúlyozható a stressz fokozott mértéke?

12. Találkozás - a betegség előnyei.

A betegség, mint mankó. Mit tudok megvalósítani a betegségre támaszkodva? Hogyan érhetem el betegség nélkül? Házi feladat: mi az amit a betegség nélkül nem mernél megtenni?

13. Találkozás - halál, elmúlás.

Hová kerülünk, ha meghalunk? Értéktisztázás gyakorlat. Mi a legnehezebb? Milyen emléket hagyott benned? (az egyik csoporttag meghalt)

14. Találkozás, nyílt nap – erőforrásaink a kereszthordozásban.

Meghívottak: progreszív relaxáció és táplálkozás. Kinek, milyen erőforrások segítenek a mindennapokban?

Eszközök

Énkép máské(p), interperszonális készségeim, Johari-ablak (Rudas, 2007)

Álláshirdetés, pozitív tulajdonság lista, pozitív pletyka, szociális atom, életút (Singer, 2010)

Értékek, célok kiválasztása (Hayes, Smith, 2013)

Gyógyító képzelet módszer (Simonton, et al, 2001)

A személyközpontú csoport ismérvei (Rogers, 2008a)

Holmes és Rahe: A társadalmi újrabeilleszkedés értékskálája (Simonton, et al, 2001)

A segítő kapcsolat és a kliensközpontú terápia jellemzői (Rogers, 2008b)

Poszttraumás növekedés kérdőív (Tedeschi, Calhoun, 1996)

Értékelés pszichológiai szemszögből

A lelki támogatás, mint célkitűzés megvalósult az egy év alatt, a csoportos módszer hatékonynak bizonyult, a csoporttagok kölcsönösen szociális és emocionális támogatói voltak egymásnak. Az anyagi befektetés minimális, ezért az önsegítő csoport hosszútávú működtetését tervezzük.

Rogersi szempontok

A Rogers (2008b) féle terapeuta jellemzői: *minél inkább önmagam tudok lenni* (szavakkal és viselkedéssel kifejezem a belső érzést), *valódiság* (még akkor is, amikor az aktuális érzések nem kívánatosak a számomra), *elfogadás* (pozitív hozzáfordulás a személy pillanatnyi attitűdjeihez, akár negatív vagy pozitív, esetleg ellentmondásos), *megértés* (empátia, érzések és gondolatok megértése), *szabadság* (moralizáló vagy diagnosztizáló értékeléstől való szabadság). A fent felsorolt jellemzők többé-kevésbé jelen voltak a támogatás során, legtöbbször önmagam tudtam adni a beszélgetések alatt, elfogadtam és megértettem az érzéseket, gondolatokat, nem fordultam elvárással és nem alkottam ítéletet senki felett. Nehézkes még a valódiság teljes mértékű megteremtése, azaz a negatív érzéseim kifejezése szóban, de metakommunikáció, nonverbális közlés és viselkedés szintjén viszont átmennek (ezt nem lehet kontroll alatt tartani) és a kongruencia veszélyeztetve van, félő, hogy nem az tükröződik ami elhangzott. Továbbá, néha türelmemetlen vagyok, a fizikai történésekre korlátozódó beszámolók során, és sürgetni próbálok az érzelmek feltárását és lehet, hogy van aki még nincs készen rá.

Rogers (2008b) szerint a személyközpontú terápia során változásra utaló jelek: szaporodnak a megértést sugalmazó kijelentések, a viselkedés elmozdul az érettség felé, pozitívabb attitűd; változik az önértékelés és az önértékelés az elfogadás felé; az önképben helyet kapnak a korábban elutasított tapasztalatok; az önértékelés külső fókusz a belsőbb fókusz felé fordul; változások a terápiás kapcsolatban, a személyiségstruktúrában, a viselkedésben és fiziológiai változások. Tapasztalható volt az elmozdulás a fejlődés felé, a pozitívabb attitűd a világhoz, önmagunk elfogadásában való előrelépés, a korábban elutasított tapasztalatok beépítése az önképbe, a belső fókusz erősödik, illetve a terápiás kapcsolat pozitív irányba fejlődött. A legtöbb esetben nincs nagyfokú változás a személyiségstruktúrában, vagyis a változások nem

mindig tartósak, vagy nem épülnek be a mindennapi magatartásba, néha már a terápia alatti felismerések szintjén kimerülnek. Megkockáztatom, hogy a kognitív átértékelés megtörténik, de a gyakorlatba való átvitel és a személyiség tartós változása nem figyelhető meg minden esetben és minden életterületen, amit az életkor (idős korban nehezebb a változtatás), a rosszabbodó fizikai állapot és a nehéz életkörülmények is gátolhatnak, de a támogatás hiányosságai és az időtartalom rövideje (a személyiség fejlődése, érése hosszú folyamat) is befolyásolhatja.

Rogers (2008a) a csoportban bekövetkezett pozitív változást tapasztalt az önkifejezés, az önkép, lehetőségek, világnézet, hivatás, gondolkodás területeken és az egyén másokkal való kapcsolataiban, de volt akiket nem érintett meg a csoport, és előfordult negatív kimenetel is, bár ez szerintem nagyon ritka. Jelen esetben vannak átmeneti változások, amik feltételezhetően a csoport hatására alakultak ki, de amint kiderült a változás nem mindenkinél nagymértékű, látványos és tartós, de mindezek ellenére elmondható, hogy a támogatás megtörtént, még akkor is, ha az előnyöket néha kimondottan csak a találkozások ideje alatt érzékelték egyesek.

Terápiás tényezők a csoportban

Yalom és Leszcz (2013) szerint a terápiás csoportban a következő tényezők vannak jelen: a reménység beoltása; egyetemesség; információ közvetítés; altruizmus; a család, mint csoport korrekciós ismétlése; szociális technikák fejlesztése, önmegértés; azonosulás, viselkedés utánzás; interperszonális tanulás; csoport kohézió; katarzis; egzisztenciális tényezők. A szerzők úgy vélik, hogy az önsegítő csoportban mindegyik terápiás tényező jelen van, kivéve az interperszonális tanulást (interperszonális kapcsolatok fontossága; emocionális tapasztalatok korrekciója; a csoport, mint szociális mikrokozmosz). Álláspontjuk, hogy az *itt-és-most*, az interperszonális tanulás hiányzik, mint terápiás tényező, azaz a személyiség változást célzó értelmezés és megvitatás nem hangsúlyos, hanem a pozitív és támogató önbeszámolókra épül a találkozások tartalma.

Az általunk szervezett csoportban véleményem szerint az interperszonális tanulás is részben megvalósult, mert a visszajelzésekből kiderült, hogy akár berögzült szokásokat is sikerült megváltoztatni, de számos visszatérő problémát azonosítottak, melyeket próbálnak megoldani az életükben, a csoportban egymástól elsajátított készségek hatására. Megkockáztatom a feltevést, hogy néhány esetben akár a személyiséget érintő fejlődés is megtörtént, illetve bizonyos életterületeken tartós változás is történt, természetesen egyeseknél nem volt ilyen jellegű változás

vagy csak minimálisan érzékelhető, de összességében mégis elmozdulás volt ez irányban is. A többi tényező véleményem szerint azonosítható az egy éves csoportmunka folyamatában.

A panaszkodás, a fájdalom, a sértődés és csalódottság mások iránt, a helyzet, az állapotuk miatt a legtöbb esetben kifejezésre jutott pl. *„olyan érzésem van, mint amikor a cipő felsért és én mégis, mindig visszahúszom ugyanazt a cipőt, így a seb csak mélyül”*, de itt megjelenik már a személyes felelősség felismerése is a mások hibáztatása mellett, mert újból visszahúzza a sértő cipőt. Torzítások azonosítása és érzelmek felismerése, játszmák és életcsapdák lelepleződése követhető nyomon. Egymás támogatása, a reménykedés, összetartozás, segítőkészség, mind megtalálhatóak. Például az egyik tag, aki azt vallotta az elején a magányosságáról, hogy *„olyan vagyok, mint egy elgurult gyöngyszem”*, és a szociális kapcsolatait minimálisra csökkentette a betegsége óta, mostanra nagyon jól érzi magát, társakat talált és rendszeres résztvevője a találkozásoknak, elmondható, hogy az elgurult gyöngyszem egy gyöngysor részévé vált.

A halál és az egzisztenciális kérdések is előkerültek, néha burkoltan *„már csomagolok a vonathoz, hogy elutazzak, de a családom nem akarja észrevenni”*, néha humorosan *„nem halhatok meg, mert nem kaptam sírhely engedélyt, a papírjaim szerint a hatóságok nem tartanak halálos betegnek”*, vagy fájdalmasan *„most döbbsentem rá, hogy ha meghalok, akkor a kisebbik gyerekem nem is emlékezik majd rám”*. A halál valóságával is szembesülni kellett az egyik csoporttag halálának következtében és ennek hatására mély konfrontációra került sor, a többi csoporttag is szembesült a saját halálának lehetőségével, de ugyanakkor összetartozást és altruizmust tanúsítottak, koszorúval kísérték utolsó útjára egyesek az elhunyt társukat.

Egymástól elsajátítanak különböző, hatékony stratégiákat, például a kopaszsággal kapcsolatosan: kendő vagy paróka, felvállalni vagy eltitkolni stb.. A metakommunikáció és a nonverbális kommunikáció hiteles egymás között, amelyhez a közös betegség átélése, a sorstársi viszony adja az alapot, olykor pedig egymást szembesítik kognitív torzításaikkal, érzelmi elfojtásukkal vagy akár romboló viselkedésükkel kapcsolatosan. Sok esetben gyorsabban átlátják, azonosítják, és visszajelzik a helyzetet, mint a szakember. Az egymástól szerzett tapasztalatokat próbálják beépíteni a mindennapokba, megtörténik, hogy a találkozásokon kívül is tartják a kapcsolatot, és a visszajelzések szerint nagy erőforrást jelentenek egymásnak.

Poszttraumás növekedés

Az életút elemzés (Singer, 2010) során megtalálják a veszteségeik előnyeit is általában, néhány negatív történet esetén már megfogalmazzák, hogy mi volt előny a számukra, mit tanultak a tapasztaltakból. A szociális atom (Singer, 2010) gyakorlat a jelenlegi kapcsolatrendszerek átbeszélését, az új kapcsolatok kialakításának lehetőségét és a meglévők fenntartásának feltérképezését célozza meg. Önmaguk felülbírlása, csökkent teherbírásuk tudatosítása, az erősségeikkel és gyengeségeikkel való konfrontáció is megtörténik. Új lehetőségek, életcélok körvonalazódnak, a prioritások megváltoznak, rövid és hosszútávú célok is megjelennek. A vallás, spiritualitás központi téma az életükben, jelen van a felsőbb hatalommal való perlekedés, *miért én*, de a ráhagyatkozás, *a legyen meg a te akaratod* is azonosítható. A külső és belső vallásosság közötti különbségnek a felsimerése ösztönösen jelentkezik a betegség során. Elmondják, megfogalmazzák, hogy a felületes hittől, a rutinos templomba járás szokásától eljutottak az Istennel, a Teremtővel való beszélgetésig. A valódi értékek, az apró örömsök felismerése során a panasz egyre csökken, kialakul egy pozitívabb rálátás az életre. Az élet fokozottabb értékelése mindegyikük beszámolójából kiderül, például *„ujjongtam örömben, hogy újból láthatom a havazást”*. A poszttraumás növekedés szavaiból azonosítható, de a kitöltött kérdőívek (Tedeschi, Calhoun, 1996) értékei is, egy eset kivételével az elérhető 105 maximális pontszámhoz viszonyítva átlag felettié. A 3. táblázat bemutatja a résztvevők poszttraumás növekedésének pontszámait.

3.táblázat: a poszttraumás növekedés értékei

N	1. személy	2. személy	3. személy	4. személy
Összpontszám	72 pont	42 pont	78 pont	75 pont
Másokhoz való viszonyulás	25 pont	12 pont	27 pont	25 pont
Személyes erő érzet	12 pont	9 pont	10 pont	14 pont
Új lehetőségek	17 pont	12 pont	17 pont	17 pont
Spirituális változás	7 pont	3 pont	9 pont	6 pont
Az élet értékelése	11 pont	6 pont	15 pont	13 pont

Simonton program

Az betegség elég gyorsan képi formát ölt a legtöbbjüknél, de az egészségkép néha nehezen alakul ki. A cél hogy olyan képet alakítsanak ki, amelyben a betegség kisebb vagy gyengébb, mint a ráható immunrendszer vagy egyéb egészség támogató lehetőségek. Ez általában megvalósult, mégis született néhány kép, amely változtatásra szorult, például „*a rák apró fekete pontokként van bennem, én mind szedegetem össze, de gyűl vissza*” -az hogy visszagyűl nem a legmegfelelőbb kép, *a takarító szervezet teljesen kipucolhatja mindent*, ez esetben végül a tisztítás egy felhő formáját öltötte, amely áthalad a testen és mindent kitakarít. Egy másik esetben a rák, mint *csóré csiga* jelenik meg, amit könnyű eltávolítani, de a személy azt képzei, hogy eltapossa, ami egy állandó készenléti állapotot igényel, résen kell lenni, hogy a rák ne térjen vissza és elmondása szerint a lelki állapota is hasonlóan stresszes. Ebben az esetben kell egy olyan *csiga ellenes* stratégia, kép, ami az egyén felügyelete nélkül is működik, akkor is amikor alszik vagy más dolgokkal van elfoglalva, hisz az immunrendszer működik az akaratunktól függetlenül is. Egy másik személy képében egy védőburok jelenik meg, amely bevonja a testét és megvédi a betegségtől.

A Holmes és Rahe, a társadalmi újrabeilleszkedés értékskálája (Simonton, et al, 2001), közepesen magas értékeket mutat a betegséget megelőző másfél éves időszakban, az anyagi megterhelés miatti kilátástalan élethelyzet egy személy kivételével mindenkinél jelen volt. A 4. táblázat bemutatja a társadalmi újrabeilleszkedés értékskála összpontszámát, illetve az anyagi helyzetre utaló események eloszlását.

4.táblázat: *stresszes életesemények skála értéke*

N	1.személy	2.személy	3.személy	4.személy
Összpont	268 pont	236 pont	339 pont	202 pont
Üzleti problémák	nincs	van	van	nincs
Anyagi helyzet változása	van	van	van	van
Jelzálog	nincs	nincs	van	nincs
Kölcsön	van	van	van	nincs
Életkörülmények változása	van	van	van	nincs
Allásvesztés	nincs	van	nincs	nincs

Az anyagi nehézségeken kívül a túlzott segítőkészség, mások támogatása is jelen van az életükben. A csoportban rájönnek, hogy a nehéz helyzetek tekinthetőek kihívásnak, és a reagálás függ attól, hogy hogyan viszonyulunk az adott helyzethez, pl. az anyagi helyzet nem annyira fontos, mint az egészség. Tudatosul a saját felelősség és a kontrollálhatóság az életükben, megpróbálnak aktívan tenni az egészségükért, pl. az egészséges táplálkozás által. Felismerik, hogy fontos a jelen megélése, az önbecsülés, a személyes szükségletek és igények felismerése, hogy a saját jóllétre törekvés és az egymás támogatása segít a rákkal való küzdelemben.

Eredményes-e a támogatás, amikor a fizikai állapot romlik?

Az egyik személy a kezdeti panaszkodás és zaklatottság után egyre nyugodtabbá válik és értékvtás történik nála. Megfogalmazza, hogy nem számít mi történt a múltjában, fontos, hogy az elveihez és az értékeihez hű maradt, ami ellentmond a jelenlegi fogyasztói kultúrának. Az árral szemben úszik, de megérte és nem érdemes a múlton rágódni vagy a sikertelenségeken. Megfogalmazza a betegségből származó nyereségeit is, például, hogy jobban figyel magára, de úgy tűnik, hogy elégedettebb és nyugodtabb, mint a találkozások előtt. Az első ciklus befejezése után a visszajelző kérdőívben a beszélgetéseket fontosabbnak ítélte a gyakorlatoknál, próbálja a tanult pozitívumokat beépíteni a mindennapjaiba. Jelezte, hogy folytatni akarja, mert nem volt számára elegendő, a mindennapi életében nem lát változást és csoportban folytatná inkább, mint egyéniben. A későbbiekben újból előjött a neheztelés, a sértődöttség egy másik élethelyzetben. A Simonton és mtsai (2001) módszer nyomán megalkotott betegség képe is hasonlóságot mutat a lelki vívódásaival, szerinte állandó harcban van és megsérül, sebet kap, és ezért küldi a katonákat, hogy védekezzen. A megértés és elfogadás mellett biztatni kell, hogy a betegségről kialakított képet megváltoztassa, és egy új képet imaginációban alkalmazzon. Kiderült, hogy a kezelés leginkább, mint méreg jelenik meg a gondolataiban, nem tekinti gógyszernek, sokat hangoztatja, hogy a kapott kezelés miatt romlik az állapota, és emiatt mintha megtorpant volna, hogy ő mindent megtett és mégis javulás, ezt sokszor szóvá teszi és elégedetlen. Felmerült a kérdés bennem, hogy a rosszabbodó állapot miatt a csoportban zajló gyógyulásra való biztatás már nem hiteles számára és többe kellene beszélni a halálról és az elmúlásról. Az örökös dilemma, hogy hogyan lehetséges a súlyos betegségben szenvedő emberrel őszintén beszélgetni az állapotáról, vagy úgy támogatni, hogy ne keltsünk illúziót, de ugyanakkor a reményt se vegyük el, mert az életbe vetett hit nélkül szerintem a halál lehetőségével való szembenézés nagyon nehéz.

A csoport értékelése a résztvevők szempontjából

A résztvevők egy nyolc kérdéses, általunk szerkesztett kérdőívre válaszoltak, értékelve így a csoportmunkát, de feltárhatták jövőbeni elvárásaikat, illetve az eddig tapasztalt hiányokat vagy előnyöket is. A kiértékelés kvalitatív, mivel nem állt módunkban számszerűsíteni az adatokat, ezért az alábbiakban a kérdésekre adott válaszok összesített kiértékelését mutatjuk be.

Milyen érzés tölt el, ha a csoport találkozásokra gondolsz? A válaszok pozitívak pl. *„örömmel jöttem”* vagy *„jó érzés tölt el”*, de az önbizalom, meghittség és őszinteség érzéseit is említik. Az egyik résztvevő szerint a csoport *„egy olyan hely és alkalom, ahol elmondhatom, azt az érzést, ami bánt vagy elnyom és megértik, mert hasonló az érzésük”*.

Melyik volt a legjobb élményed és melyik volt a legrosszabb? Mit szerettél a legjobban és mit kevésbé (beszélgetés, relaxációs gyakorlat, kérdőív, feladat stb.)? Kedvelték a beszélgetést, a relaxációt, a témákat érdekesnek tartották *„mindegyik témának megvolt a saját értelme és súlya”*. Az egyik személy szerint pedig *„az első alkalom volt a legrosszabb, azután a többiről nem tudtam kimaradni”*. Van akinek a nyílt találkozások tetszettek a legjobban, a meghívottak beszámolóit és a megosztott élettapasztalatok. Egyik résztvevő a csoporttag halálát követő találkozást említette a legrosszabb élményként. Egy visszajelzésben pedig a feladatok voltak a legkevésbé kedveltek, illetve az időtartalom rövidegét is szóvá tették.

Mit hiányoltál a találkozások során? Mit lehetne változtatni a találkozások folyamatában pozitív irányba? Egyesek nem változtatnának semmit, mások szerint jó volna nagyobb létszám, a házi feladatok következetesebb számonkérése, követése, és a gyakoribb találkozás, illetve *„olyan személyek meghívása, akik végigjárták ezt a nehéz utat és meggyógyultak”*.

Változtál-e a csoport hatására, ha igen, akkor miben? Hogyan segített neked a csoport, mit kaptál a csoporttól? A legtöbb válasz a pozitív változást és szemléletváltást sugallja pl. *„igyekeztem a pozitív dolgokat megragadni, és remélem pozitív irányba sikerült valamit változni”*. Azonosítható az aktivitás emelkedése, *„aktívabbnak látom az életem”*, a magányosság csökkenése *„a csoport segített, hogy kilépjek a magányomból”*, de más előnyökről is beszámolnak pl. *„megkönnyebbülést és együttérzést kaptam, rávilágítást a problémáimra”* vagy *„önállóbb lettem, magabiztosabban viselem a mindennapjaim akadályait, a csoporttagok erejéből merítettem az erőtlenségemhez”*.

Szerinted mi volt a szereped a csoportban, mit adtál te a többieknek? A válaszok bizonytalanok vagy rövidek, nem ismerik fel, hogy milyen szerepük volt vagy, hogy mit nyújtottak ők a csoportnak „*a többiek tudnák megmondani, hogy mit kaptak*”. De van olyan válasz is, hogy „*mosolyt*” adott a többieknek vagy „*a túlélésért való küzdelmem, bizonyosság, hogy ebben a harcban győztesek lehetünk*”.

Szeretnél résztvenni továbbra is a csoportban vagy inkább egyéniben folytatnád? A válaszokból egyértelmű, hogy továbbra is szeretnének résztvenni.

Milyen javaslatod van a továbbiakban a találkozások programját illetően? Javasolják a csoporton kívüli kapcsolattartást is, a házi feladatokban leírt belső érzések megosztását, fejlesztő gyakorlatok, tréningek bevezetését, akár különböző szakemberek bevonásával is.

Milyen érzéssel távozol most haza? „*Megkönnyebbülés. Örömmel, hogy majd viszontlátjuk egymást és találkozni fogunk. Sokat tanultunk egymástól és igyekszem, ami megmaradt a mindennapokban alkalmazni. Nagyon sokat gazdagodtam lelkileg a csoport által, de most félelem van bennem, hogy nem lesz meg ez a támaszom. Egyik gyengeségem a búcsúzkodás-valakitől. Nagy öröm, hogy találkoztam a CSOPORTTAL.*”

Összefoglalás

Alapvető célkitűzésünk volt támogatni a csoportban résztvevőket az egy év leforgása alatt. A megvalósított támogatás mértéke nem számszerűsíthető, és a személyközpontú személelmód által elérhető személyiség fejlődéshez is talán hosszabb időre lenne szükség, ahhoz, hogy hangsúlyos legyen a változás. Támogatást, segítséget kaptak azonban a mindennapi élet nehézségei és a betegség okozta terhek elviseléséhez, amely által mindenképpen javult az életminőségük, pl. aktívabbá váltak, a pozitív dolgokra fókuszálnak, csökkent a magányosság, megkönnyebbülést éreznek.

Statisztikai adatokkal nem bizonyítható, de egyértelmű, hogy nem volt hiábavaló a támogatás, már csak ha azt nézzük is, hogy egy év alatt nem maradtak egyedül és magányosan, mert voltak társaik, volt aki meghallgassa őket, akiből erőt merítsenek, hogy tovább tudják járni az életük útját. Arról is kaptunk visszajelzést, hogy változtak, hogy kiállnak magukért, vállalják érzéseiket, felismerik szükségleteiket, hogy sok minden megváltozott a gondolkodásukban, viselkedésükben, erőt és reményt merítenek a hétköznapiakhoz az együttléteinkből. Mint láttuk, a találkozásokra *örömmel jöttek, az együttlét jó érzést keltett bennük.*

A négyből három személynek javult a fizikai állapota, sőt az egyik személy, akinek már egyszer kiújult a betegsége, a medikális prognózist jóval túlélte, de a kitűnően jó fizikai állapota és az életminősége is megcáfolja az orvosi szakkönyvek által előírt tüneteket.

Sajnos az egyik csoporttag eltávozott az élők sorából, és ha rágondolok szomorúan belátom, hogy a halál győzött újból az élet felett. De ha megvizsgáljuk az elhunyt személy életének utolsó évét kiderül, hogy nem roppant össze a betegség alatt, lehetőségeihez képest teljes életet élt, mentálhigiénés szempontból sok egészséges embernél előbbre volt, és ha felidézem, hogy a csoportban nagyon jól érezte magát, akkor azt mondom, hogy a támogatás hatékony volt, még akkor is, ha emberi precíz mérőeszközökkel nem nagyon tudom bemérni az előnyt. Azt is tanúsíthatom, hogy meghitt beszélgetések történtek az egy év alatt, hogy mély kapcsolatok alakultak, hogy őszinte együttérzés és elfogadás kísérte végig, ami talán napjaink felületes emberi világában nagy ajándék.

A célkitűzéseink megvalósultak, sőt a csoport hatékonysága és hozadéka meghaladja a kezdeti elképzeléseinket. Egy évvel ezelőtt ugyanis szorongó szívvel írtuk meg a az *Alternatíva Egyesület a Leukémiás Betegekért* nonprofit szervezet keretei között a különböző csoportok projektjeit és reménykedve bár, de a kezdők bizonytalanságával tekintettünk a megvalósítás, fenntartás és működtetés kihívásai elé. Az elmúlt egy év azonban meghozta a munkánk gyümölcsét és igazolta, hogy a rákbetegek csoportos, szociális támogatása szükségszerű és hiánypótló a környezetünkben.

Az alábbi idézet egy mellrákos nő naplójából származik, aki néhány évtizeddel ezelőtt rákbetegeket segítő központokat alapított Amerikában. A támogatásról vallott nézetei megegyeznek a saját szemléletünkkel, filozófiánkkal és a jövőben is ezen szempontok mentén szeretnénk megszervezni a csoportjainkat.

„A többi csoport szintén azon igyekszik, hogy segítse az embereket ebben a hihetetlenül nehéz időszakban, de inkább a módszerekre, az eredményekre, a bizonyításra koncentrálnak. (...). Ezzel szemben az RTK inkább egy lágyabb, -mindannyian ugyanabban a cipőben járunk- látásmódot képvisel. Igen, hiszünk abban, hogy ezek a technikák segítenek, de sokkal jobban érdekel minket, hogy megismerjük az embereket ebben a helyzetben, és megadjuk nekik azt, amit kérnek, ahelyett hogy bármit is bebizonyítanánk. Valójában gyakran mondogatom, hogy bizonyos értelemben az összes tevékenységünk –a támogató-csoportok, az oktatás, a társadalmi események- csupán ürügy arra, hogy összehozzuk az embereket; struktúrák, melyekben ez

megtörténhet. (...). Felfedeztem, hogy nagy megkönnyebbülés olyan emberekkel lenni, akik maguk is rákosok. Rájöttem, hogy egy új család tagja lettem, mely azoknak az embereknek a családja, akiknek személyes tapasztalata van a rákról. És azt hiszem, az RTK fő tevékenysége az, hogy helyet és alkalmat biztosít ezen család tagjai számára, hogy összegyűljenek és támogassák egymást. Támogassák egymást barátságukkal, információcserével, a félelem megosztásával, azzal, hogy meg tudnak beszélni olyasmit, mint az öngyilkosság, a gyermekek itt hagyása, a fájdalom, a félelem a fájdalomtól vagy a haláltól, hogy milyen kopasznak lenni, és a többi.”
(Trey Wilber naplójából, idézi Wilber, 2005: 301-302)

Könyvészet

- Albert-Lőrincz, E. (2004): *A csoportokkal való munka módszertani kérdései*. Scientia Kiadó, Kolozsvár
- Barcy, M. (2012): *Csoportmódszerek alkalmazása a segítségben és a fejlesztésben*. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Bishop, B. (1990). *Ideje a gyógyításnak*. Egészségforrás Kiadó, Budapest
- Biró, E. (2009). Pozitív élmények az élet végén. *Kharón*, 2009\1: 19-31
- Dégi, L.Cs. (2011): *A daganatos betegségek pszichoszociális elemzése*. Elméleti bevezető segítőknék. Kolozsvári Egyetemi Kiadó, Kolozsvár
- David, D. (2012). *Tratat de psihoterapie cognitive si comportamentale*. Polirom, Iași
- Godwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., Drysdale, E., Hundleby, H., Chocinov, H., Navarro, M., Specia, M., Hunter, J. (2001). The effect of group psychological support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345: 1719-1726
- Hayes, C. S., Smith, S., (2013). *Noua terapie prin acceptare si angajament*. Polirom, București
- Herman, J. (2011). *Trauma és gyógyulás*. Háttér Kiadó, Budapest
- Kazda, T. (2005). *Egy testben az ellenséggel*. Novella Kiadó, Budapest
- Kulcsár, Zs. (2005). A társas interakciók pszichológiai hatásai és agyi mechanizmusai. Egy hipotézis körvonalai. Társas támogatás. In. Kulcsár Zs. (szerk). *Téher alatt...Pozitív trauma feldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Trefort Kiadó, Budapest, 315-396
- Mateescu, D., Balăceanu, A., Ciochinaru, M., Vlad, Ș., Livadaru, D. (2010). *Ghidul pacientului oncologic*. Editura Benett, București
- Oláh, G. (2011). *Diagnózis után*. Saxum Kiadó, Kaposvár
- Pilling, J. (2001): *Segítség a gyászban*. Hospice beteggondozási füzetek 8., TUFF Kiadó és Nyomda, Budapest
- Pintér, G. (2008). Személyközpontú pszichoterápia. In. Szőnyi G., Füredi J. Szerk. *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 339-347.
- Riskó, Á. (1999). *A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába*. Animula, Budapest

- Rogers, C. R. (2008a). *Találkozások- a személyközpontú csoport*. Edge Kiadó, Budapest
- Rogers, C. R. (2008b). *Valakivé válni. A személyiség születése*. Edge Kiadó, Budapest
- Rudas, J. (2007). *Delfi örökösei. Önismereti csoportok-elmélet, módszer, gyakorlat*. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S., Creighton J., L. (2001). *A gyógyító képzelet. Belső erőforrásaink a rák ellen*. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest
- Singer, M. (1995). *A rák jegyében*. Cégér Könyvkiadó, Budapest
- Singer, M., (2000). Cselekvő csend. Áramlat-élmény a hallgatás, meghallgatás által a gyógyíthatatlan betegek mellett. *Kharón* 2000-2001 (tél).
- Singer, M. (2010). *Vigasztalódás a gyászban. A haláleset és a válás utáni veszteség feldolgozása*. Jaffa Kiadó, Budapest
- Serven-Schreiber, D. (2009). *A rák ellen. Egy új életmód*. Park Könyvkiadó, Budapest
- Spiegel, D., Butter, L. D., Giese-David, J., Koopman, C., Miller, E., DiMicelli, S., Classen, C., Fobair, P., Carlson, R., Kraemer, H. (2007). Effects of psychological treatment on breast cancer survival. *Cancer*. Vol. 110, 5: 1130-1138
- Tasnádi, M., Szabó, K. G., (2013). Önfeltárás és poszttraumás növekedés rákkal diagnosztizált személyeknél. *Kharón* 13 / 1: 6-36
- Tari, A. (2008). *Sejtem... a daganatos betegségek pszichológiája*. Európa Könyvkiadó, Budapest
- Tedeschi, R., Calhoun, L. (2005). Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok. In Kulcsár Zs. (szerk.). *Teher alatt.....pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés*. Trefort Kiadó, Budapest, 37-76.
- Tedeschi, R., Calhoun, L. (1996). The posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9: 455-471.
- Tringer, L. (2007). *A gyógyító beszélgetés*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest
- Vargha, J. L., Szabó, K. G. (2009). *Bevezetés a pszichoterápiák integratív szemléletébe*. Kolozsvári Egyetemi Kiadó, Kolozsvár
- Wilber, K. (2005). *Áldás és álhatatosság*. Ursus Libris, Budapest
- Yalom, I. D., Leszcz, M., (2013). *Tratat de psihoterapie de grup. Teorie și practică*. Editura Trei, București