

## Poszttraumás növekedés a rákbetegek körében

TANYI Zsuzsanna

### POSTTRAUMATIC GROWTH AMONG CANCER PATIENTS

Napjainkban a pszichológiai trauma negatív következményeinek vizsgálatán túl egyre inkább reflektorfénybe kerül a jelentős distresszel együtt járó életesemények pozitív hozadéka is, amelyet a kutatók általában poszttraumás növekedés (PTN) néven emlegetnek. A jelen összefoglaló tanulmány elsőként a PTN-megnyilvánulás területeit, valamint a kialakulásában szerepet játszó tényezőket részletezi. Ezután áttér a PTN daganatos betegek körében leggyakrabban megtapasztalt formáira és a gyakoriságára. Végül pedig megpróbál választ adni arra a kérdésre, hogy a PTN élménye együtt jár-e egy jobb fizikai egészségi állapottal.

In addition to studies of the negative effects of psychological trauma, recognition of benefit of highly distressing life experiences is increasingly becoming the focus in psycho-traumatology, usually under the name of posttraumatic growth (PTG). The recent review first demonstrates the domains of PTG and factors in the development of PTG. After this, the most frequent domains and the prevalence of PTG in the case of cancer patients are discussed. Finally, the paper tries to answer the question whether there is any relationship between PTG and physical health.

**trauma, poszttraumás növekedés,  
daganatos betegség, fizikai egészség**

**trauma, posttraumatic growth,  
oncological illness, physical health**

TANYI Zsuzsanna: Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet/  
University of Debrecen, Faculty of Public Health, Department of Behavioural Sciences;  
H-4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98. E-mail: tanyi.zsuzsanna@gmail.com

Érkezett: 2014. január 30.

Elfogadva: 2014. március 5.

„Az élet katonaiskolájából. – Ami nem öl meg,  
az erősebbé tesz.”  
(Friedrich Nietzsche: *Bálványok alkonya*)

A 20. század a pszichotraumatológia számára a pszichés traumákra adott negatív reakciók, azon belül pedig főként a pszichiátriai zavarok nagyarányú tanulmányozását hozta (1). Az évszázad utolsó tíz évében azonban a kutatók figyelmének fókuszusa mintegy ellenreakcióként átkerült a trauma lehetséges pozitív pszichológiai kimenetelére (2). Empirikus kutatásokból származó eredményeknek ugyanis sikerült rávilágítaniuk arra, hogy habár a traumatikus eseményekre adott negatív válaszok jellemzők, de mégsem univerzálisak, azaz nem mindenkire egyöntetűen érvényesek (3). Ma már

rendkívül gyorsan gyarapodik az a szakirodalom, amely a pszichés traumát átéltek életében bekövetkező pozitív irányú változásokat, azaz a poszttraumás növekedés jelenségét hivatott bemutatni. A poszttraumás növekedés (a továbbiakban PTN) definíciója szerint „*olyan pozitív változás megtapasztalása, amely a nagyfokú kibívatást jelentő életválsággal való küzdelem eredményeként alakul ki*” (3, 1. oldal).

### A pszichológiai traumák pozitív hozadéka

A DSM-IV szerint egy esemény akkor hathat az egyénre traumaként, ha a történetek saját vagy mások halálával vagy testi épségének elvesztésé-

vel fenyegetik/járnak együtt, illetve a személy nagyfokú félelemmel, tehetetlenséggel vagy rémülettel reagál az eseményekre (4). Az emberek a szürke hétköznapok sodrásában általában nem gondolnak saját vagy szeretteik halálának lehetőségére. Ennek egyik oka az, hogy valamennyiünket rettegéssel tölt el a gondolat, hogy mi is halandók vagyunk. A halálfélelmet elménk különféle védelmi mechanizmusok segítségével próbálja meg száműzni a tudatos érzések és gondolatok halmazából. Az egyik ilyen mechanizmus a *saját sérthetlenségünkbe vetett hit / azzal kapcsolatos illúzió*, amely szerint valamennyien azt gondoljuk, hogy a halandóság törvénye ránk nem vonatkozik, csakis másokra (5). Ezt a meggyőződést *Tolsztoj* szemléletesen fejezi ki *Ivan Iljics* halála (6) című elbeszélésében:

*A traumatikus élet-  
események  
azonban  
elveszik  
tőlünk ezt a  
sebezhetetlen-  
ségi érzést  
azzal, hogy  
szembesítenek  
minket saját  
életünk  
törékeny  
voltával.*

„*Kaj valóban halandó, neki valóban meg kell halnia, de én, Ványa, Ivan Iljics, az érzéseimmel, gondolataimmal – én egészen más eset vagyok. Az nem lehet, hogy nekem is meg kelljen halnom. Ez túlságosan borzalmas lenne*” (226. oldal). A traumatikus életeseemények azonban elveszik tőlünk ezt a sebezhetetlenségi érzést azzal, hogy szembesítenek minket saját életünk törékeny voltával.

Az a jelenség, hogy a lelki szenvedés, pszichológiai krízis állapota képes arra, hogy személyes transzformációt, pozitív személyiségbeli változásokat eredményezzen, nem ismeretlen a filozófiában (7), valamint a korábbi pszichológiai szakirodalomban sem. A filozófusok közül kiemelhető *Martin Heidegger* munkássága, aki szerint a halál tudatosulása lehetővé teszi, hogy egy felszínesebb életformából (a „létfelejtés” állapota) átkerüljünk egy létezés tudatosító állapotba (a „felfedő-lét” állapota), amelyben az egyén képes szembesülni létének lehetőségeivel, korlátaival. Ez a szembesülés végül egy autentikusabb létformát eredményez (8).

A pszichológiai szakirodalomban *Irvin D. Yalom* (5), az egzisztenciaanalízis kiemelkedő alakja hasonló gondolatot fogalmazott meg, amikor klinikai tapasztalatai alapján levonta a következtetést, miszerint a halállal való konfrontáció radikális személyiségváltozást idézhet elő: „A halál gondolatának elfogadása ment meg minket; nem a rettegésre és a sivár pesszimizmusra figyelmeztet, hanem mintegy katalizátorként egy valódibb életformára sarkall, és növeli életünk örömeit” (32. oldal). Az élet esendőségének felismerése tehát életünk fokozott megbecsüléséhez vezethet, ami a poszttraumás növekedés egyik fontos megnyilvánulási formája. *Viktor E. Frankl* (9), a logoterápiás iskola megalapítója, a koncentrációs tábor megjárta orvos szintén amellet érvelt, hogy még a nehéz élethelyzet is

hathat pozitívan az elszennedőjére abban az esetben, ha sikerül rátalálni a szenvedés értelmére.

## A poszttraumás növekedés területei

A *poszttraumás növekedés/fejlődés* (posttraumatic growth) terminust *Richard G. Tedeschi* és *Lawrence G. Calhoun* alkották meg; első alkalommal az 1996-ban publikált cikkükben használták (10). A fogalom elnevezése a súlyos, kritikus élethelyzeteket átélő egyénekben lezajló olyan személyiségfejlődésre utal, amely bizonyos tekintetben felülmúlja a trauma előtti fejlettségi állapotot (3).

Tedeschi és Calhoun (3) a pszichológiai traumával kapcsolatos szakirodalom alapos áttekintése, valamint traumát átélt személyekkel készített interjúk alapján a PTN öt területét különítették el:

1. *Az élet nagyobb mértékű megbecsülése és a prioritásokban bekövetkezett változások*: ennek a lényege a dolgok fontossági sorrendjének észlelésében kialakuló módosulás. Magában foglalja még a megmaradt lehetőségek kifejezettebb megbecsülését, valamint a korábban csekély fontossággal felruházott dolgok jelentőségének felismerését is (például egy kisgyermek mosolya, a szivárvány szépsége).

2. *Melegebb, nagyobb intimitású kapcsolatok megélése*: az interperszonális kapcsolatok fontosságának felismerését, valamint mélyebb és jelentéselibb kapcsolatok megtapasztalását vonja maga után. Nőhet a mások iránt érzett empátia és részvét.

3. *Személyes erő fokozott érzése a sérülékenységgel egyidejű megélésével*: magában foglalja a személyes erő érzésének fokozódását, ám ez gyakran paradox módon együtt jár a sérülékenység megnövekedett érzésével is. A személy felismeri, hogy történhetnek és történnek is vele rossz dolgok, de úgy érzi, hogy ha ezt képes volt kezelni, bármit képes lesz kezelni a jövőben. Javul a szubjektív problémamegoldó készség.

4. *Új lehetőségek és életpályák lehetőségének felismerése az egyén életében*: előfordulhat, hogy az egyén veszteség hatására pályamódosítás mellett dönt (például emlőrák túlélője ápolónő lesz), vagy karitatív, önkéntes munkát vállal.

5. *Spirituális fejlődés*: spiritualitással és egzisztenciális témával kapcsolatos növekedés. Vallásos személyek hite mélyülhet, illetve gyakori még az alapvető egzisztenciális kérdések (például „Mi az élet értelme?”, „Létezik-e Isten?”) iránt megnövekedett érdeklődés. Nem vallásos vagy kifejezetten ateista egyének is átélhetik.

A későbbi kutatásoknak sikerült a PTN ható

dik tartományát is azonosítani, amely leginkább súlyos, az életet fenyegető betegségben szenvedőknél jelenik meg:

6. *Az egészség fokozott értékelése és az egészség-magatartás pozitív irányú változása*: a személy több figyelmet kezd szentelni az egészségének. Felhagy az egészsége szempontjából káros magatartással (például mozgásszegény életmód, dohányzás). Beszámol arról, hogy a kockázatos egészség-magatartás veszélyeivel korábban is tisztában volt, de eddig képtelen volt életmódján változtatni. A betegséggel történő szembesülés viszont erőt ad a változtatáshoz. A PTN ezen területét eddig daganatos és cardiovascularis betegségben szenvedőknél írták le (11, 12), ezért feltételezhető, hogy a szomatikus betegség okozta trauma sajátos jellemzője.

## A poszttraumás növekedés kialakulásának folyamata

A PTN kialakulására vonatkozóan számos modell látott napvilágot. Ezek közül a talán legtöbbet idéztet, Tedeschi és Calhoun (3, 13, 14) teóriáját emelném ki.

Tedeschi és Calhoun (3, 13) elméletében a PTN három egymással szoros kapcsolatban álló tényező, a *trauma által indukált distressz*, a *sémásztésés*, valamint a *kognitív feldolgozás* eredménye. A kiinduló hipotézis szerint valamennyien rendelkezünk „alapvető feltevésekkel” (vagyis sémákkal) a világra vonatkozóan, amelyek azonban bizonyítottan pozitív irányba torzítottak – három alapvető feltevésünk: 1. a világ jóindulatú, biztonságos hely, a benne élő emberek pedig jók; 2. a világ jelentéssel teli, azaz az egyén helyes viselkedése, „jósa” elsődleges meghatározó tényező a sorsa milyensége, alakulása tekintetében; 3. a szelf pedig értékes –, és így nem tartalmazza a szerencsétlenségek bekövetkezésének lehetőségét (15). A súlyos, „szeizmikus” *életesemények* azonban megkérdőjelezhetik ezen alapfeltevéseink érvényességét, azaz földrengés-szerűen, alapjaiban rombolják le az egyén *alapsémáit*, amelyeket a világban történő események értelmezésére használt addig. Kezdetben tehát úgy érzi a trauma elszenedője, hogy képtelen a vele történt eseményt összeegyeztetni a korábbi (illúziókkal telített) világképével („az nem lehet, hogy ez velem történik meg!”), amely jelentős pszichológiai distresszt generál benne. Ahhoz, hogy képes legyen alkalmazkodni a kialakult helyzethez, a történetek olyan *kognitív feldolgozására* van szüksége, amelynek az eredménye a meglévő sémák módosulása lesz. Ez a feldolgozási folyamat kezdetben főként automatikus,

betolakodó gondolatok és képek (például a diagnózisközlés pillanatainak bepillanása), valamint betolakodó rágódás (*intruzív rumináció*) formájában valósul meg, később viszont ezt felváltja a *szándékos, repetitív rumináció* (például okkeresés, hogy miért történtek vele ezek a dolgok). Amennyiben ez hatékonynak bizonyul, a személy képes lesz elengedni korábbi céljait és feltevéseit, hiszen az átéltek hatására ezek a célok elérhetetlenné válnak, a korábbi életfilozófia pedig érvényét veszíti. Mindezek feladása egyfajta gyászfolyamatként játszódik le az egyénben, amelynek során a trauma miatti veszteségek egyre inkább elfogadhatóvá válnak. Ezen hosszú folyamat alatt viszont a személy továbbra is megéli a magas (de még kezelhető mértékű) distresszt, amely mintegy nélkülözhetetlen eleme, „tüzelőanyaga” a PTN-nek, hiszen ez tartja aktívan a kognitív feldolgozást (3, 13).

A kognitív feldolgozást elősegítheti, ha az egyén lehetőséget kap környezetétől az *önfeltárássra*, azaz a történetekkel kapcsolatos gondolatok, érzések megosztására. Az önfeltárást történhet szóban, vagy írásos formában (például naplóírás), de akár ima formájában is (3, 13). A traumatizálók a korábbi illuzórikus sémáik és a történet közötti feszültségre reagálva olyan *traumanarratívumot* alakítanak ki, amelyben a szerencsétlen életesemény mintegy kettéválasztja az életet trauma előtti és trauma utáni időszakra. Lance Armstrong ráktúlélőt idézve: „Két Lance Armstrong létezik: egy rák előtti és egy rák utáni személy” (16, 12. oldal). A korábbi, trauma előtti célok és életfilozófia elengedése teszi képessé az egyént majd az új célok, valamint az új, revideált világkép megkonstruálására (3, 17). Ez a világkép már tartalmazni fogja a szerencsétlenségek bekövetkezésének lehetőségét is.

Az egyén által átélt PTN-t befolyásolhatják *közvetett és közvetlen szociokulturális tényezők* is. A közvetett szociokulturális tényezők közé sorolhatjuk a nagyobb társadalmi csoportok tagjai, vagy országok, akár kontinensek lakói (például európai versus amerikai) közötti különbségeket. A közvetlen szociokulturális befolyásoló tényezők között szerepelnek az egyén elsődleges referenciacsoportjába tartozó egyének (család, közeli barátok, gyülekezet, szomszédság, kollégák stb.). A traumatizáló PTN-átélése szempontjából meghatározó tényező lehet az, hogy a személy számára „jelentős mások” hogyan reagálnak a traumával kapcsolatos önfeltárássra, vagy magára a növekedésélmény feltárássra (14). Azon személyek számára ugyanis, akiknél a közvetlen környezet gátat szab a traumáról való beszélgetésnek, ezzel pedig az esemény kognitív feldolgozásának, a PTN igazoltan kisebb mér-

*A kognitív feldolgozást elősegítheti, ha az egyén lehetőséget kap környezetétől az önfeltárássra, azaz a történetekkel kapcsolatos gondolatok, érzések megosztására.*

tékben tapasztalható. A PTN ugyanakkor oda-vissza ható viszonyban van az *életbölcesség* és a *személyes életnarratívum* alakulásával. A traumát átéltek beszámolnak arról, hogy nyitottabbak lettek az emberi létezés fundamentális kérdéseire, és jobban el tudják fogadni az életben megtapasztalt paradox jelenségeket. A trauma okozta lélektani krízissel való küzdelem ugyanakkor az élettörténetük átépítéséhez, revíziójához vezetett (3).

Összefoglalva az eddigieket elmondható, hogy a traumatikus esemény földrengéshez hasonlóan megrendítheti, összezúzhatja az egyén korábbi sémáit a világról és önmagáról. De a trauma ilyen destruktivitása egyben esélyt is adhat az újjáépítéshez: az egyén a kognitív feldolgozás során átstrukturálja a szétzúzott világképet oly módon, hogy az már realisztikusabb és sokkal ellenállóbb lesz a jövőbeli traumákkal szemben. A földrengés utáni újjáépítésnek az eredményét pedig személyiségérésként éli meg (3, 18). Összességében tehát trauma által indukált pozitív transzformációról, növekedésről beszélhetünk.

„Megtanultad, hogy minden egyes nap ajándék és titkokkal teli, reggel még nem tudod, mi minden történhet veled, érdemes nekivágni a kalandnak.”

## A poszttraumás növekedés jellemzői és gyakorisága daganatos betegségekben

A DSM 1994 óta említi az „életet fenyegető diagnózissal való rendelkezést” mint a pszichológiai trauma egyik lehetséges forrását (19). Ebbe a kategóriába sorolható a daganatos megbetegedés diagnózisa is, amely a halállal való szembesülést vonhatja maga után. *Janoff-Bulmant* (15) idézve: „Az életet fenyegető betegségek esetén a halandósággal való szembesülés a (trauma-) áldozattá válás szerves része” (57. oldal).

A daganatos betegség diagnózisa és az onkológiai kezelés súlyosan stresszkeltő élettapasztalatot jelent a beteg számára, hiszen számos életterületen (munka, társas kapcsolatok, anyagi helyzet, fizikai és mentális egészség) negatív változások hosszú sorát vonja maga után (20). Ennek ellenére egy onkológiai betegség katalizátorként is szolgálhat váratlan pozitív változások bekövetkezését elősegítve. Az eddigi kutatások a daganatos megbetegedés számos fajtája esetében igazolták már a PTN jelenségének létezését: emlőrák (21), colorectalis rák (22), méhnyakrák (23), prosztatarák (24), szájüregi rák (25), és non-Hodgkin lymphoma (26).

A rák hatására tapasztalt pozitív változások gyakorisága tekintetében elmondható, hogy a PTN átlagosan a betegek 80%-át érinti (27). A személyek többsége képes legalább egy területen pozitív változást tapasztalni például non-Hodg-

kin lymphoma (77,9%; n=308) (26), vagy emlőrák diagnózis esetén (79,2%; n=183) (21). Az is beigazolódt, hogy a felnőttkorú egyének mellett a serdülőkorúak nagy része is képes „hasznot húzni” betegségéből (84,7%; n=150) (28).

Habár az eddigi empirikus eredmények egyértelműen arra utalnak, hogy az onkológiai betegek a PTN valamennyi területén megtapasztalhatják a pozitív változásokat, néhány szerző mégis megkísérelte feltárni, hogy léteznek-e olyan specifikus területek, amelyek leginkább jellemzik a daganatos betegek pozitív tapasztalatait. *Thornton* (29) szerint a rákos megbetegedés és az azzal folytatott küzdelem leginkább a következő három területen megtapasztalható pozitív változást eredményez: 1) az élet fokozott értékelése és a prioritásokban bekövetkezett változások, 2) a melegebb, nagyobb intimitású kapcsolatok átélése, valamint 3) a szelffel (önmagával) kapcsolatos pozitív változások terén. *Thornton* (29) tanulmánya óta már számos kutatás alátámasztotta ezt a megállapítást. Az 1. táblázat néhány publikált kutatás ezzel egybecsengő eredményeit mutatja be.

A jobb megértés érdekében ezen pozitív változásokat egy-egy betegtől kölcsönzött idézet segítségével próbáljuk meg demonstrálni.

Az *életperspektívával kapcsolatos pozitív változást* tekintve *Oláh Gábor* (34) magyar filmrendező írja a rák által benne kiváltott folyamatról: „Megtanultad, hogy minden egyes nap ajándék és titkokkal teli, reggel még nem tudod, mi minden történhet veled, érdemes nekivágni a kalandnak” (189. oldal).

Az *interperszonális kapcsolatok területén észlelt előnyöket* is bemutatva *Teo* és munkatársai (35) idézik egy daganatos beteg beszámolóját: „A családtagjaimmal és barátaimmal való kapcsolatom új megvilágításba került, és jobban értékelem őket. Megértőbbé és megbocsátóbbá váltam” (6. oldal).

A *szelffel (önmagával) kapcsolatos pozitív tapasztalatot* jeleníti meg egy fej-nyaki daganatban szenvedő beteg megjegyzése, aki a következő élményéről számolt be: „Sokkal erősebbé váltam. Olyan dolgokat tudok megcsinálni, amelyekről soha nem hittem volna, hogy képes leszek megtenni” (36, 517. oldal).

## A poszttraumás növekedés és a fizikai egészség kapcsolata daganatos betegség esetén

A szakirodalom viszonylag kevés hangsúlyt fektet a rákos megbetegedések következtében megtapasztalt pozitív pszichológiai változások (a

## 1. táblázat. A poszttraumás növekedés leggyakrabban említett területei daganatos betegség esetén

| Tanulmány                      | A pozitív változás területei                         | Gyakoriság | A rák típusa | Mérőeszköz |
|--------------------------------|--|------------|--------------|------------|
| Cordova et al., 2007 (30)      | részvétel, hogy a bajban számíthat mások segítségére | 83%        | emlő         | PTGI       |
|                                | az élet fokozott megbecsülése                        | 82%        |              |            |
|                                | emberek nagyszerűségének felismerése                 | 82%        |              |            |
|                                | másokhoz való közelebb kerülés                       | 80%        |              |            |
| Greenwald, McCorkle, 2007 (23) | az élet fokozott megbecsülése                        | 66%        | méhnyak      | PTGI       |
|                                | minden nap nagyobb mértékű megbecsülése              | 61,4%      |              |            |
|                                | részvétel, hogy képes nehéz helyzetekben helytállni  | 51,9%      |              |            |
|                                | részvétel, hogy a bajban számíthat mások segítségére | 49,1%      |              |            |
| Lelorain et al., 2010 (31)     | másokkal való fokozott együttérzés                   | 87,3%      | emlő         | PTGI       |
|                                | az élet fokozott megbecsülése                        | 87%        |              |            |
|                                | személyes erő felfedezése                            | 86,3%      |              |            |
|                                | minden nap nagyobb mértékű megbecsülése              | 86,3%      |              |            |
| Sabiston et al., 2007 (32)     | pszichológiai erő                                    | 89%        | emlő         | interjú    |
|                                | közeli kapcsolatok                                   | 75%        |              |            |
|                                | új lehetőségek és esélyek                            | 75%        |              |            |
| Widows et al., 2005 (33)       | az élet fokozott megbecsülése                        | 92%        | vegyes       | PTGI       |
|                                | megváltozott prioritások                             | 90%        |              |            |
|                                | minden nap nagyobb mértékű megbecsülése              | 90%        |              |            |
|                                | emberek nagyszerűségének felismerése                 | 86%        |              |            |

PTGI: Posttraumatic Growth Inventory (Poszttraumás Növekedés Kérdőív)

PTN), valamint a fizikai egészség (objektív és szubjektív) mutatói közötti kapcsolat vizsgálatára. Mindössze néhány kutatás született, amelyek eredménye egybehangzóan arra a következtetésre jutott, hogy a PTN és a fizikai egészség objektív mutatói között pozitív irányú kapcsolat mutatható ki, azaz a *betegségből származó előnyök objektíve jobb testi állapottal társulnak*. Azonban a fizikai egészség szubjektív mutatói és a PTN közötti kapcsolat nem mutat effajta egyértelműséget.

*A fizikai egészség objektív mutatói:* Egy emlődaganatos nők körében végzett vizsgálatnak sikerült igazolnia a PTN immunműködéssel való összefüggését: a PTN értékének 10 hét alatt bekövetkezett növekedése képes volt előre jelezni a három hónappal későbbi lymphocytaproliferáció-növekedést (37). Egy másik kísérleti jellegű tanulmányban azok az emlőrákos nők, akiket véletlenszerűen kijelölve arra kértek, hogy írjanak a daganatos betegségükkel kapcsolatos pozitív gondolataikról és érzéseikről (azaz a PTN-ről), szignifikánsan kevesebb látogatást tettek orvosaiknál a daganatos betegségükkel kapcsolatos problémák miatt, mint azok a szintén emlődaganatos betegek, akiket arra kértek, hogy írjanak az emlőrákjukkal kapcsolatos tényekről (kontrollcsoport) (38). Szintén emlő-

daganatos nők csoportjában pedig a nagyobb PTN-pontszám-növekedés (10 hét alatt) szignifikáns összefüggésben volt a nagyobb arányú szérumkortizolszint-csökkenéssel ( $\beta = -0,43$ ,  $p < 0,03$ ) (39).

*A fizikai egészség szubjektív mutatói:* Katz és munkatársai (40) daganatos és lupusbetegek ( $n=56$  és  $n=31$ ) körében végzett tanulmányukban az észlelt fájdalomszint és a PTN közötti negatív irányú kapcsolatról számoltak be ( $r = -0,45$ ,  $p < 0,0001$ ). Sawyer és munkatársai 2010-ben megjelent metaanalízise ( $n=38$  kutatás, ebből  $n=30$  daganatos betegekkel,  $n=8$  AIDS betegekkel) alapján pedig elmondható, hogy szignifikáns pozitív összefüggés áll fenn a szubjektíven megítélt fizikai egészség és a PTN mértéke között daganatos és AIDS-ben megbetegedett személyek körében (41).

Ezzel ellentétes eredmények is születtek, megkérdőjelezve azt az elképzelést, miszerint a PTN kedvezőbb szubjektíve megítélt egészségi állapottal társul. Tanyi és munkatársai (42) ugyanis sugárkezelés alatt álló rákbetegek esetében szignifikáns negatív korrelációt mutattak ki a fizikai jóllét és a PTN-pontszám között ( $r = -0,26$ ,  $p < 0,01$ ). Bower és munkatársai (43) pedig emlőráktúlélők esetében pozitív korrelációt találtak az észlelt fizikai tünetek, valamint a betegségnek

*Egy emlődaganatos nők körében végzett vizsgálatnak sikerült igazolnia a PTN immunműködéssel való összefüggését.*

tulajdonított pozitív jelentés között ( $r=0,17$ ,  $p<0,001$ ).

## Összefoglalás

A PTN kialakulásához szükség van arra, hogy a személy világról alkotott korábbi illuzórikus sémái szétteredezzenek, érvényüket veszítsék, majd képes legyen elengedni őket új célokat és új világképet kialakítva a történetek kognitív feldolgozásán keresztül. A rák mint életet fenyegető megbetegedés – szembeállítva a halandósággal – arra készítheti a személyt, hogy számot vessen addigi életéről, és esetlegesen felülbírálja azt. Ennek hatására a diagnózis előtti élet más megvi-

lágításba kerül, és a korábban fontosnak tűnő dolgok (például anyagi javak) eltörpülhetnek azzal együtt, hogy a hangsúly áthelyeződik az addig talán kevésbé értékelt dolgokra (például család, hit, apró örömök, egészség). Ezt az „átalakulást” azonban nem feltétlenül tapasztalja meg minden daganatos betegséget átélő egyén. Mentálhigiénés szakemberként fontos óvakodnunk attól, hogy „elvárjuk” a betegről a súlyos életesemény pozitív hozadékának a megtapasztalását, hiszen az esetlegesen sértő is lehet az éppen nagyfokú distresszt megélt személy számára. Ehelyett helyesebb hozzáállás, ha megvárjuk, amíg maga számol be a szenvedésből eredő pozitív tapasztalatairól, és ezután beszélünk neki a PTN jelenségéről.

## Irodalom

- Herman J. Trauma és gyógyulás. Budapest: Háttér Kiadó Kft.; 2011.
- Kulcsár Zs. Társas tényezők szerepe a traumafeldolgozásban. In: Kulcsár Zs (szerk.). Teher alatt...Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés. Budapest: Trefort Kiadó; 2005. p. 9-33.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004;15:1-18.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Yalom ID. Egzisztenciális pszichoterápia. Budapest: Anima Kiadó; 2004.
- Tolsztoj L. Ivan Iljics halála. Budapest: Európa Könyvkiadó; 2008.
- Nemes L. Filozófiai praxis a egészségügyben. *Lege Artis Medicinæ* 2012;22:550-7.
- Csürke J. A lóuszzevő eszmélése. Krízis és önmeghaladás. Budapest: Oriold és Társai Kiadó; 2011.
- Frankl VE. ...mégis mondj Igent az Életre! Egy pszichológus megéli a koncentrációs tábor. Budapest: Pszichoteam Mentálhigiénés Módszertani Központ; 1988.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1996; 9:455-71.
- Hassani P, Afrasiabifar A, Khoshknab MF, Yaqhmaei F. Perceived positive effects of illness following acute myocardial infarction. *International Journal of Nursing and Midwifery* 2009; 1:1-5.
- Stanton AL, Bower JE, Low CA. Posttraumatic growth after cancer. In: Calhoun LG, Tedeschi RG (editors). Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. New Jersey: Psychology Press; 2006. p. 138-75.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. A poszttraumás növekedés alapjai: Új megfontolások. In: Kulcsár Zs (szerk.). Teher alatt...Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés. Budapest: Trefort Kiadó; 2005. p. 73-89.
- Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In: Calhoun LG, Tedeschi RG (editors). Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. New Jersey: Psychology Press; 2006. p. 3-23.
- Janoff-Bulman R. Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma. New York: The Free Press; 1992.
- Armstrong L, Jenkins S. Bicikli életre-halálra. Budapest: Alexandra Kiadó; 2008.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times* 2004; 21:1-3.
- Janoff-Bulman R. Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In: Calhoun LG, Tedeschi RG (editors). Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. New Jersey: Psychology Press; 2006. p. 81-99.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Tanyi Zs, Bugán A, Szluha K. A daganatos betegség okozta trauma és annak pozitív illúziókra gyakorolt hatása. *Psychiatria Hungarica* 2012;27:277-85.
- Mols F, Vingerhoets AJJM, Coebergh JWW, van de Poll-Franse LV. Well-being of stress management and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health* 2009;24:583-95.
- Salsman JM, Segerstrom SC, Brechting EH, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology* 2009;18:30-41.
- Greenwald HP, McCorkle R. Remedies and life changes among invasive cervical cancer survivors. *Urologic Nursing* 2007;27:47-53.
- Penedo FJ, Molton I, Dahn JR, Shen B, Kinsinger D, Traeger L, et al. A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Annals of Behavioral Medicine* 2006;31:261-70.
- Ho S, Rajandram RK, Chan N, Samman N, McGrath C. The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology* 2011;47: 121-4.
- Bellizzi KM, Miller MF, Arora NK, Rowland JH. Positive and negative life changes experienced by survivors of Non-Hodgkin's lymphoma. *Annals of Behavioral Medicine* 2007;34:188-99.
- Sumalla EC, Ochoa C, Blanco I. Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review* 2009;29:24-33.
- Barakat LP, Alderfer MA, Kazak AE. Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology* 2006;31:413-9.
- Thornton AA. Perceiving benefits in the cancer experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2002;9:153-65.
- Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M, Kronenwetter C,

- Chang V, Spiegel D. Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2007;14:308-19.
31. Lelorain S, Bonnaud-Antignac A, Florin A. Long term post-traumatic growth after breast cancer: Prevalence, predictors and relationships with psychological health. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2010;17:14-22.
32. Sabiston CM, McDonough MH, Crocker PRE. Psychosocial experiences of breast cancer survivors involved in a dragon boat program: Exploring links to positive psychological growth. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 2007;29:419-38.
33. Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK. Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology* 2005;24:266-73.
34. Oláh G. Diagnózis után. A benned lakó magus. Budapest: Saxum Kiadó Kft.; 2011.
35. Teo CKH, Teo IEA, Im-Teo CB. Post-traumatic growth in cancer: Perspectives of Indo-Malaysian patients. *The Internet Journal of Family Practice* 2007;5:1-12.
36. Ruf M, Büchi S, Moergeli H, Zwahlen RA, Jenewein J. Positive personal changes in the aftermath of head and neck cancer diagnosis: A qualitative study in patients and their spouses. *Head and Neck* 2009;31:513-20.
37. McGregor BA, Antoni MH, Boyers A, Alferi SM, Blomberg BB, Carver CS. Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research* 2004;56:1-8.
38. Stanton AL, Danoff-Burg S, Sworowski LA, Collins CA, Branstetter AD, Rodriguez-Hanley A, et al. Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 2002;20:4160-8.
39. Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, Kilbourn KM, Boyers AE, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine* 2000;62:304-8.
40. Katz RC, Flasher L, Cacciapaglia H, Nelson S. The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross-validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic illness. *Journal of Behavioral Medicine* 2001;24:561-71.
41. Sawyer A, Ayers S, Field AP. Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2010;30:436-47.
42. Tanyi Zs, Szluha K, Nemes L, Kovács S, Bugán A. Health-related quality of life, fatigue, and posttraumatic growth of cancer patients undergoing radiation therapy: A longitudinal study. *Applied Research in Quality of Life* 2013; DOI 10.1007/s11482-013-9261-7.
43. Bower JE, Meyerowitz BE, Desmond KA, Bernaards CA, Rowland JH, Ganz PA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine* 2005;29:236-45.