

A daganatos betegségek Janus arca: a poszttraumás növekedés jelensége

ZSIGMOND ORSOLYA^{1*} – RIGÓ ADRIEN² – BÁNYAI ÉVA³

¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar,
Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest

² Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar,
Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék, Budapest

³ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar,
Pszichológiai Intézet, Affektív Pszichológia Tanszék, Budapest

(Beérkezett: 2016. október 11., elfogadva: 2017. március 9.)

Áttekintő tanulmányunk a daganatos betegségek szemszögéből veszi sorra a poszttraumás növekedéssel – mint traumát követő kedvező pszichológiai változással – kapcsolatos tényezőket. Ez a traumával való küzdelem során elért fejlődés jelentősen átredezheti a személy hiedelemrendszerét, prioritásait, kapcsolatait, saját erejével kapcsolatos érzéseit, és új irányokat jelölhet ki a személy életében. Mivel a gyermekkorban és felnőtt korban átélt daganatos betegségeknek eltérő következményei lehetnek, fontosnak tartottuk mindkét csoport vizsgálatát. Az áttekintés a daganatos betegséget traumának tekinti, s a betegséggel kapcsolatos specifikus jellegzetességek mentén mutatja be a poszttraumás növekedés fogalmát, folyamatát és vizsgálati lehetőségeit. Fontos célkitűzésünk, hogy a poszttraumás növekedés folyamatjellegét megragadjuk, előrejelző tényezőinek áttekintésén majd integrálásán keresztül. Bemutatásra kerülnek a poszttraumás növekedést befolyásoló egyéni belüli és szociális faktorok, valamint a traumatikus stresszorzóval (betegség) kapcsolatos tényezők is. Fontos tehát, hogy a kedvező pszichológiai változásokat és a betegséggel kapcsolatos stressz tüneteket együtt vizsgáljuk. Kitérünk a gyermekkorban diagnosztizált daganatos betegséget átélő felnőttek vizsgálatára is, áttekintve a gyermekkori daganatos megbetegedéssel járó pszichológiai tényezőket mind a gyermek, mind a szülő szempontjából. Tárgyaljuk, hogy a jövőbeni kutatási irányokat tekintve, a tanulmányban áttekintett tényezők integrált vizsgálatára lenne szükség. A tanulmány célja, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy minél többet tudunk azon tényezőkről, amelyek a betegséghez való kedvező pszichológiai alkalmazkodást segítik, annál hatékonyabb pszichológiai intervenciók tervezhetőek.

Kulcsszavak: daganatos betegség, poszttraumás növekedés, trauma, folyamatjelleg

* Levelező szerző: Zsigmond Orsolya, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Doktori Iskola, 1064 Budapest, Izabella u. 46. E-mail: alyoosa@gmail.com

1. Bevezető

A traumatikus eseménnyel vagy események sorozatával való szembesülés nem vezet kötelezően olyan patológiás állapotokhoz, mint a sokat kutatott poszttraumás stressz zavar (PTSD), hanem a nehéz élethelyzettel való küzdelem akár a személyiség fejlődését is eredményezheti (Jansen, Hoffmeister, Chang-Claude, Brenner, & Arndt, 2011; Nenova, DuHamel, Zemon, Rini, & Redd, 2013; Schmidt, Blank, Bellizzi, & Park, 2012). A krónikus betegségekkel való együttélés, azaz a diagnózishoz és a kezeléshez való pszichológiai alkalmazkodás témája néhány évtizede került a kutatások fókuszába. Az utóbbi évtizedekben a pozitív pszichológia térhódításának köszönhetően egyre inkább előtérbe került az a nézet, hogy a betegséggel való küzdelem talaján a stressz tünetek mellett kedvező pszichológiai változások is végbe-mehetnek az egyénben – személyiségváltozást, és pszichológiai növekedést (poszttraumás növekedés, a továbbiakban PTN) élhet át. Ez a fajta fejlődés jelentősen átrendezheti a személy kapcsolatait, az élethez és a jövőhöz való hozzáállását, a prioritásait, a személyes erejéről alkotott képét, valamint a hiedelemrendszerét (Tedeschi & Calhoun, 1996, 2004). Jelen tanulmány célja, hogy a daganatos betegségek kapcsán feltárjuk a poszttraumás növekedéssel kapcsolatos tényezőket, és hogy globális képet alkossunk arról, hogy a daganatos betegségekben melyek azok a források, ahonnan a pozitív alkalmazkodás megindulhat. Mindamellet kitérünk a kétségtelenül megjelenő stressz tünetek vizsgálatára is, amelyek kapcsolata a poszttraumás növekedéssel máig vitatott kérdés (Shakespeare-Finch & Lurie-Beck, 2014). Különös figyelmet szentelünk a poszttraumás növekedés folyamatjellegére is. A növekedés, a betegség kialakulásától kezdve a gyógyulás felé vezető úton különböző tényezők hatására alakul. Mindez azért fontos, mert minél többet tudunk a pozitív alkalmazkodást elősegítő folyamatokról és tényezőkről a daganatos betegségek esetében, annál inkább tervezhetőek olyan intervenciók, amelyek segíthetik a PTN kialakulását és így mérsékelhetik a betegség negatív pszichológiai következményeit (Kállay, 2007).

2. A daganatos betegség, mint trauma

A klasszikus felfogás szerint kétféle alaptraumát különböztethetünk meg: a természeti katasztrófák (földrengés, árvíz, stb.), illetve a balesetek által okozott traumákat; másrészt a mások által okozott traumákat (amelyek lehetnek fizikai, szexuális és érzelmi abúzusok; nagyobb távlatban pedig háborúk, merényletek, politikai és vallási események). A krónikus szomatikus betegség mindkettőtől egyértelműen különbözik, és a korábbi diagnosztikus rendszerek nem tekintették traumának. A DSM-III-R (American

Psychiatric Association, 1987) például kikötötte, hogy az elhúzódó testi betegséget nem tekinti olyan stresszornak, amely PTSD-t okozhatna. A DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) -ben azonban már olyan súlyos eseményekről esik szó, amelyek szubjektíve vagy valósan is veszélyeztethetik az életet és a testi épséget, azaz a DSM-IV megengedi, hogy a testi betegség (esetünkben a daganatos betegség) konkrétan okozhat poszttraumás stressz zavart. Ez a változás teret adott a daganatos betegségek okozta stressz tünetek kutatásának. A jelenlegi DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) diagnosztikus rendszerben nincs expliciten kikötve, hogy daganatos betegség okozhat-e PTSD-t, de az fontos változás, hogy külön kategóriát kaptak a traumával és stresszszorral összefüggő zavarok – jelezve a traumák hatásának egyénenként különböző voltát (Rigó & Zsigmond, 2015).

Mindennek megfelelően a tudományos kutatások fókuszába nemcsak az egyszeri, akut traumák, hanem a krónikus megbetegedések, mint traumatikus folyamatok is bekerültek és nagy tudományos érdeklődésre tettek szert (pl. Einsle, Kraft, & Köllner, 2012; Tedstone & Tarrier, 2003). A kutatásoknak egy egyre erősebben megjelenő ága traumaként kezeli a daganatos betegségeket (pl. Black & White, 2005; Cordova és mtsai, 2007). Egyértelmű azonban, hogy a PTSD diagnózis alkalmazhatósága problematikus a daganatos betegségekben, mivel a stresszor jellege, a pszichiátriai tünetek természetűe, és a folyamatában zajló súlyos betegség szerepe egyaránt homályos (Kangas, Henry, & Bryant, 2002).

A daganatos betegségek számos szempontból különböznek az akut traumáktól (Sumalla, Ochoa, & Blanco, 2009). A stresszor sokkal komplexebb tartalmú, nem egyszeri történet, mint a klasszikus traumáknál, hanem a hosszantartó betegség során kedvezőtlen események csoportjáról beszélhetünk (diagnózis, betegség súlyossága és prognózisa, kezelés fajtája, mellékhatások, testképpel kapcsolatos problémák, funkcionalitás csökkenése és szerepváltozások a szociális életben). A traumatikus stresszor nemcsak a diagnózisra és a kezelésekre való emlékezés, hanem inkább a kiújulás, a progresszív romlás és az azt követő halál eshetősége is lehet (Gurevich, Devins, & Rodin, 2002). Ez a súlyos életfenyegetés függ az észlelőtől, a betegség típusától és súlyosságától, a detektálás időpontjától, a családi tényezőktől és a kezelés típusától is. Nagyobb rizikóval bírnak az invazív beavatkozások (műtét, csontvelő transzplantáció), mint a gyógyszeres és sugárkezelések (Smith, Redd, Peyser, & Vogl, 1999).

A klasszikus traumákhoz képest jellegzetes különbség még az is, hogy a betegség, és annak forrása nem a környezetben található (mint például a háborúk vagy abúzusok túlélőinél), hanem belső természettel rendelkezik – ez az, ami kulcsszerepet játszhat az énkép változásában (Sumalla és mtsai, 2009). A fenyegetettség belső természete így magában rejt egyfajta elkerülhetetlenséget (Gurevich és mtsai, 2002).

A daganatos betegséggel való megküzdés folyamata nem egy múltbeli történés utáni helyreállást jelent, hanem – mivel a betegek leginkább a betegség következményeitől tartanak – jövőbeli és folyamatos integrációt vetít előre (Sumalla és mtsai, 2009). Azt is nehéz megállapítani, hogy mikor lesz valaki túl a traumán – azaz mikor küzdött meg vele mind fizikailag, mind pszichésen –, mivel a betegség kiújulhat (Smith és mtsai, 1999).

Az átélt negatív érzéseken (félelem, szorongás, rettegés, kilátástalanság és kontrollvesztés) a kellemetlen fizikai mellékhatások is erősíthetnek (hányinger, szédülés, hányás, hajhullás, testképváltozás, fájdalom, szociális izoláció) – mindezek averzív reakciót válthatnak ki, csakúgy, mint ahogyan azt a PTSD kapcsán leírták (Keane, Fisher, Krinsley, & Niles, 1994). A stresszor anticipátoros jellege (pl. a kezelőhelyiség, a kezelő személyzet, az illatok, stb.), amely ugyancsak jellemző a PTSD-re, újra meg újra stresszreakciót hozhat elő (Gurevich és mtsai, 2002).

Mindezen lényegi különbségek ellenére természetesen vannak olyan pontok, ahol a daganatos betegség és más traumatikus élethelyzetek között az alapvető jellegzetességek egyezést mutatnak. A diagnózis közlésekor a betegek szembesülnek a halállal (Sontag, 1983) – eddigi sérthetlenség érzésük hirtelen eltűnik –, így megrendülhet a világukba vetett hitük, egész eddigi vonatkoztatási rendszerük felborulhat. Mindez, párosulva a betegséggel kapcsolatos információhiánnyal, a kontroll feladását eredményezheti (Bányai, 2011). Negatív transzállapotba kerülhetnek, amely a figyelem beszűkülésével és disszociációval járhat együtt (Spiegel & Cardeña, 1991). Nagyon erős lehet a kiszolgáltatottság érzése, amely kontrollvesztéssel és tehetetlenséggel párosulhat. Mindezek a klasszikus traumáknál is megfigyelhetőek.

3. A poszttraumás növekedés fogalma, jellegzetességei

Annak ellenére, hogy a szenvedés pozitív, transzformatív erejéről számos vallási és filozófiai példát olvashatunk, és a pszichológiában is sokféleképpen találkozhatunk vele (pl. Frankl, 1977/2007; Yalom, 2003), a pszichotraumatológiai kutatások egészen a 90-es évekig a súlyosan stresszkeltő események negatív pszichés következményeire helyezték a hangsúlyt. A pozitív pszichológiai irányzat megszületésével azonban felismerték, hogy a kritikus élethelyzetek hatása nem pusztán negatív lehet, hanem kedvező pszichológiai változásokkal is járhat – sőt kölcsönhatásuk vizsgálata még lényegesebb (Kállay, 2007).

Tedeschi és Calhoun (2004) a súlyos krízist a szeizmikus történés metafora segítségével tárgyalja, amely esemény a kognitív sémáink összeomlásával fenyeget, és komoly pszichés distresszel jár. A traumával való küzdelem

folyamata azonban a személyes növekedés lehetőségét (mint földrengés utáni újjáépítést) is magában rejtí. Az új valóság felépítéséhez a nehéz élet-eseményeknek jobban ellenálló sémák kialakítása szükséges. A kritikus élethelyzettel folytatott küzdelem ilyenformán egy magasabb szintre való fejlődést eredményezhet, amely során fejlettebb megküzdési stratégiák, magasabb önbizalom, új önkifejezési technikák és a veszteségek kezelésének magasabb szintje érhető el (Hajduska, 2010).

A jelenség leírására Linley és Joseph (2004) valamint Tedeschi és Calhoun (2004) áttekintése alapján számos terminus született (pl. előnytalálás, felvirágzás, stresszfüggő növekedés, poszttraumás növekedés, stb.), amelyekben közös, hogy a trauma nyomán nemcsak negatív, hanem pozitív és semleges pszichológiai következményeket is megkülönböztetnek. Mi a továbbiakban ezek közül a legszerteágazóbban vizsgált poszttraumás növekedés jellegzetességeire helyezzük a hangsúlyt.

A poszttraumás növekedés Tedeschi és Calhoun (1996, 2004) elmélete szerint nagyfokú kihívást hozó élet-eseményekkel való küzdelem talaján megélt pozitív irányú pszichológiai változást jelent. Funkcionális modelljük leírja, ahogy a trauma okozta pszichés distressz nyomán a súlyos eseményről és az azzal kapcsolatos reakciókról automatikus és szándékos rumináció indul meg az átélőben. Az ismétlődő, céltudatos gondolkodás célja a traumával való megküzdés. Rumináció csak akkor következik be, ha az egyén képes felülvizsgálni a régi sémáit és újakat építeni (Tedeschi & Calhoun, 2006). A rumináció tehát alapvető jelentőségű az összetört világtól a poszttraumás növekedés kialakulásáig vezető folyamat szempontjából (Lindstrom, Cann, Calhoun, & Tedeschi, 2013). A PTN így fejlődéssel, a pozitív változás tapasztalatával jár együtt, javul a trauma előtti alkalmazkodás képessége és a személyiség integráltsága, működési szintje meghaladja a traumát megelőző szintet. A PTN-t tehát meg kell különböztetni a rezilienciától és az edzettségtől, mert azok a súlyos élethelyzettel való sikeres megküzdéssel állnak kapcsolatban, és így a *trauma előtti* szintre való visszatérést jelentik (O'Leary & Ickovics, 1995).

A poszttraumás növekedésnek hagyományosan öt alapvető területét különböztetjük meg (Tedeschi & Calhoun, 2004). A szomatikus betegségekkel foglalkozó legújabb kutatások azonban egy hatodikat is azonosítottak:

1. Az élet fokozottabb megbecsülése és változás a mindennapi prioritásokban: mindez az élet apró örömeinek felismerésével (pl. milyen gyönyörűek a virágok), és a hétköznapi élet jelentős átalakulásával jár együtt.

2. Szorosabb, nagyobb intimitással jellemezhető kapcsolatok: az ember több időt és energiát fektet a kapcsolataiba és mélyebb szintű kommunikációt folytat, amely azonban kapcsolatai átértékelésével is együtt jár, valamint fokozottabb részvétellel mások szenvedéseivel kapcsolatban.

3. A személyes erő fokozottabb érzése, amely a sérülékenység megélésével párosul: az egyén a súlyos élethelyzet miatt megtapasztalja, hogy képes azt átvészelni, de reálisabbá is válik életszemlélete, mert átéli, hogy történhetnek rossz dolgok is.

4. Új életlehetőségek felfedezése: az egyén átértékeli a korábbi céljait, hasonlóan, mint a kapcsolatait, és csak azokat tartja meg, amelyekbe érdemes az energiáit fektetni.

5. Spiritualitás és egzisztenciális kérdések felé fordulás: változások és elmélyülés a spirituális, vallási és életfilozófiai területeken, amelynek szintje nagyban függ attól, hogy a trauma milyen mértékben rombolta szét az egyén korábbi hiedelemrendszerét. Fontos, hogy a növekedés történhet egy konkrét vallási rendszerben is, de nem feltétlenül érinti azt.

6. Kedvező változás az egészségmagatartásban, az egészség fokozottabb értékelése (Stanton, Bower, & Low, 2006): a súlyos betegség életmódbeli és egészséghez való hozzáállásbeli változásokra készítheti az egyént (Tanyi, 2015). Felmérésére még nem született standard mérőeszköz, leginkább kvalitatív kutatások eredményeiben nyilvánult meg (pl. Hassani, Afrasiabifar, Khoshknab, & Yaqhmaei, 2009).

Annak ellenére, hogy a fenti modell a leginkább elfogadott és vizsgált a különböző traumacsoportokban, a poszttraumás növekedés kialakulásának folyamatával kapcsolatban máig tart a vita. Alapvető kérdés, hogy vajon egydimenziós vagy többdimenziós konstruktumról beszélhetünk-e (Tanyi, 2015). Egyes elméletalkotók szerint (pl. Nolen-Hoeksema & Davis, 2004) a poszttraumás növekedést egydimenziós modellben kell tárgyalni, és tulajdonképpen a traumához való alkalmazkodás globális jelenségét értik alatta. Kialakulásának folyamata így egységesnek tekinthető. Más elméletalkotók azonban a multidimenzionalitás mellett érvelnek. Janoff-Bulman (2004) elmélete szerint a PTN egyes területei különböző folyamatokon keresztül alakulnak, amelyeket három magyarázó modellben képzel el (szenvedés hozta erő, egzisztenciális átértékelés, pszichológiai felkészültség). Ennek azonban valamelyest ellentmond, hogy a PTN különböző alsókálai erős korrelációban állnak egymással (Park & Lechner, 2006). Mindezek alapján köztesnek tekinthető a fentebb kifejtett funkcionális modell (Tedeschi & Calhoun, 2004) amely ugyancsak többdimenziós, de közös fejlődési utat feltételez a különböző területek kapcsán.

A PTN folyamatjellegének tárgyalása során felmerül az a kérdés is, hogy a PTN valóban elkülöníthető-e teljesen a megküzdéstől vagy pedig annak egy formája. Tedeschi és Calhoun (2004) szerint a PTN a traumával való küzdelem folyamán alakul ki, azonban Park és Folkman (1997) úgy véli, hogy a kritikus élethelyzet feldolgozása tekinthető úgy, mint egyfajta coping stratégia, amely során a szituációs jelentés integrálódik a globális

jelentésbe. Egy másik nézet szerint a poszttraumás növekedés, mint pozitív illúzió funkcionál (Taylor & Armor, 1996). A poszttraumás növekedés Janus-arcú, kétkomponensű modelljében (Zoellner & Maercker, 2006) a két fenti elmélet integrációjára tesznek kísérletet. Elméletük szerint kezdetben a PTN pozitív illúziókkal járó komponense az erősebb, amely a trauma okozta első sokk után, az emocionális stressz feldolgozásában segít, azonban hosszú távon diszfunkcionális. A másik, a funkcionális komponens (amelyet a legtöbbet vizsgálnak), konstruktív és adaptív, amely a traumával való sikeres megküzdés után növekedést hozhat magával.

A poszttraumás növekedés jelenségét számos területen vizsgálják – mint például a gyász (Calhoun, Tedeschi, Cann, & Hanks, 2010), a HIV-fertőzés (Milam, 2006), a nemi erőszak, a szexuális abúzus (Lev-Wiesel, Amir, & Besser, 2004) és a háború (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi, & Calhoun, 2003). Mi azonban a daganatos betegségekkel kapcsolatos szakirodalom áttekintésére szűkítjük a kört.

4. A poszttraumás növekedés daganatos betegségekben

4.1. A PTN vizsgálati lehetőségei daganatos betegségekben

Ahogy láthattuk, a PTN pozitív adaptív következményekkel is járhat, amely fontos konstruktummá teszi a klinikai és egészségpszichológiában (Rigó & Zsigmond, 2015). A krónikus betegség elképzelhető egyfajta utazásnak is, ha az ember úgy tekint rá, hogy a betegségnek valamiféle célja van (Frank, 1995). Campbell (2010) klasszikus munkájában, a hősének utazásáról szóló leírásában a betegség, mint utazás analógiája jelenik meg és segít megértenünk a poszttraumás növekedés kialakulásának lehetőségeit. A hős útja három szakaszra osztható. Az első az indulás, amely egy hívással kezdődik, amely a daganatos betegségeknel a tünet maga – ez az, ami először sokszor elutasításba, tagadásba vész. A következő szakaszban nem lehet tovább tagadni a tünet létezését, diagnózis készül – ez az első küszöb szakasza – ezt követi a kórházba kerülés, a műtét, és a betegség súlyossága is egyértelművé válik. A második szakasz a beavatás szakasza, amelyet Campbell a próbatételek által szegélyezett útnak nevez – a betegség sorban hozza magával a szenvedést fizikai, emocionális és szociális értelemben is. Az út során a beteg transzformáción megy keresztül, új tapasztalat birtokosa lesz, amelyet örökre magában hordoz. Az utolsó szakaszban – a visszatérésben – a történet főszereplője már gyógyultán tér vissza, de fel kell vállalnia tapasztalatait, hogy megossza másokkal a szenvedés integráló hatását.

A daganatos betegségek számos csoportjában sikerült már igazolni a poszttraumás növekedés megjelenését – emlődaganatnál (Brix és mtsai,

2013), kolorektális daganatnál (Jansen és mtsai, 2011; Rinaldis, Pakenham, & Lynch, 2010), méhnyakráknál (Smith, Dalen, Bernard, & Baumgartner, 2008), prosztataráknál (Thornton & Perez, 2006), szájüregi ráknál (Ho és mtsai, 2011), melanómánál (Dirksen, 1995), hepatómánál (Dunigan, Carr, & Steel, 2007) és Non-Hodgkin limfómánál (Crespi, Smith, Petersen, Zimmerman, & Ganz, 2010). Általánosságban elmondható, hogy a daganatos betegek 80%-a átél poszttraumás növekedést (Sumalla és mtsai, 2009) – legalább a PTN egy területén. A kamaszkorban daganatos betegségen átesett személyeknél is hasonló arányú ez a fajta személyiségváltozás (Barakat, Alderfer, & Kazak, 2006). Az eddigi eredmények arra utalnak, hogy a daganatos betegségben szenvedők a PTN minden területén megtapasztalhatnak változást, de mégis egyre inkább úgy tűnik, hogy lehetnek olyan területei a PTN-nek, amelyek hangsúlyosabbak ebben a betegségcsoportban. Számos tanulmány eredménye világított rá arra, hogy a daganatos betegek körében a PTN területei közül leginkább a fontosabbá váló kapcsolatok, az élet fokozottabb megbecsülése és a személyes erő pozitív irányú változásai jellemzőek (Cordova és mtsai, 2007; Mols, Vingerhoets, Coebergh, & van de Poll-Franse, 2009; Widows, Jacobsen, Booth-Jones, & Fields, 2005). Ezt az eredményt kontrollált vizsgálatok is kimutatták. Melldaganatos nők egészséges társaikhoz képest magasabb pontszámot mutattak a fenti faktorokon, azonban fontos, hogy ez függhet a betegség súlyosságától is (pl. tumor méret, a pozitív nyirokcsomók száma, hormonkezelés stb.) (Brix és mtsai, 2013).

A korábbi kutatások a PTN előfordulási gyakoriságára fókuszáltak, de jelenleg már inkább az került a vizsgálatok középpontjába, hogy mi segít a PTN folyamatában és vajon mi lehet az oka annak, hogy a PTN megélése egyénileg különböző. A poszttraumás növekedést kutatják a daganatos betegségek típusának, illetve jellegzetességeinek tükrében – de a tanulmányok nagy része melldaganatos mintára fókuszál, vagy kevert mintát használ (Rajandram, Jenewein, McGrath, & Zwahlen, 2011). Kiemelt terület a PTN folyamatjellegének kérdésköre (Zoellner & Maercker, 2006) – mivel a Tedeschi és Calhoun-féle (2004) elmélet szerint a trauma feldolgozásával kapcsolatos kognitív folyamatok időigényesek, és az emocionális distressz kezelése is sok erőfeszítést igényel. A PTN-t előrelélő faktorokkal (pl. distressz, depresszió, személyiségvonások, önfeltárás, megküzdés, társas támasz, környezet, spiritualitás, optimizmus, stb.) kapcsolatban is vegyes eredmények születtek daganatos mintákon (Ramos & Leal, 2013), így a tisztánlátás érdekében szükség lenne több daganatos betegségcsoportra kiterjedő keresztmetszeti és longitudinális vizsgálatokra is, amelyekből egyelőre kevés történt.

4.2. A PTN előrejelzői és kialakulásának folyamata felnőttkorban kialakuló daganatos betegségekben

A különböző betegcsoportokon végzett kutatások és kvalitatív technikákkal nyert ismeretek arra mutattak rá, hogy a növekedés számos tényező interakciójának a függvénye (Garnefski, Kraaij, Schroevers, & Somsen, 2008; Leung és mtsai, 2012). A daganatos betegség tekintetében is mind egyénen belüli (nem, életkor, családi állapot, iskolai végzettség, egészséggel összefüggő életminőség, a fenyegetettség észlelésének mértéke, megküzdési módok), mind szociális (pl. a kapcsolatok minősége), mind betegséggel, állapottal, kapcsolatos jellemzők (daganat típusa, stádiuma, a diagnózis óta eltelt idő, a betegség szubjektív súlyossága és a kezelések fajtái) befolyásolják, hogy képes-e fejlődést megélni a személy (Kulcsár, 2005; Sawyer, Ayers, & Field, 2010; Tanyi, 2015). Az alábbi alfejezetekben a fenti tényezőket tekintjük át.

4.2.1. A PTN előrejelzői: egyénen belüli és szociális tényezők

Az egyénen belüli és a szociális tényezők tekintetében a PTN alapvető előrejelzői a társas támogatás mértéke és a különböző megküzdési stratégiák (Bussell & Naus, 2010) – leginkább a pozitív coping –, amelyek egymással is jelentős interakcióban állnak (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001). A társas támogatás a tapasztalatokról való gyakori beszélgetés (Cordova és mtsai, 2001) a megnyugtató, az érzelmi és információs támogatás, valamint az összetartozás érzékeltetése által is segít. A traumatikus helyzet által keltett komplex, pozitív szociális érzelmek ilyenformán a poszttraumás növekedés beindulását is facilitálhatják (Kulcsár, 2005). A betegséggel kapcsolatos önfeltárás és a poszttraumás növekedés pozitív kapcsolata szolgál bizonyítékul egy melldaganatos nővel végzett vizsgálat is (Henderson, Davison, Pennebaker, Gatchel, & Baum, 2002). Az önfeltárás és a ruminációs folyamatok tekintetében azonban a szociokulturális környezet vizsgálatára is felhívják a PTN-el és a PTSD-vel kapcsolatban is a figyelmet (Lindstrom és mtsai, 2013). Ezt alátámasztja egy melldaganatos nővel végzett vizsgálatokat átfogó metaanalízis (Casellas-Grau, Vives, Font, & Ochoa, 2016), amelyben a megküzdéssel kapcsolatban szociokulturális különbségeket azonosítottak.

Egy kontrollált vizsgálatban a melldaganatos nők és az illesztett egészséges személyek nem különböztek egymástól a depresszió és a jóllét mértékében, de a melldaganatos nők magasabb PTN-t mutattak, ami az észlelt életfenyegetéssel, a betegségről való előzetes beszélgetéssel és a diagnózis óta eltelt idővel volt kapcsolatban (Cordova és mtsai, 2001). Az életkor, a család-

di állapot, az iskolázottság, a foglalkoztatottság, a betegség észlelt intenzitása is fontos előjelzői a PTN-nek (Bellizzi & Blank, 2006; Manne és mtsai, 2004; Danhauer és mtsai, 2013). Más kutatások eredményei pedig ugyancsak a társas támogatás, az aktív-adaptív coping, a spiritualitás, a tanulmányi előmenetel, a diagnózis óta eltelt idő és a betegségteher magasabb indulási szintjének lehetséges prediktív szerepére hívták fel a figyelmet (Danhauer és mtsai, 2013). A kutatások egy további ága a társak PTN-jének jelentőségét hangsúlyozza – egy vizsgálatban a társ PTN-je alapvető előrejelzője volt a mell-daganattal küzdő nők poszttraumás növekedésének (Manne és mtsai, 2004; Weiss, 2004).

4.2.2. A PTN előjelzői: a traumatikus stresszorról (betegséggel) kapcsolatos tényezők

A traumatikus stresszorról (betegséggel) kapcsolatos tényezők közül egy metaanalízis tanulsága szerint a diagnózissal kapcsolatos fenyegetettség és bizonytalanság észlelését, a kezelést magát, illetve a prognózist emelik ki olyan tényezőknek, amelyek konzisztensen kapcsolatban vannak a PTN-nel (Sumalla és mtsai, 2009). Ez alátámasztja Tedeschi és Calhoun (2004) elméletét is, amely szerint súlyosan traumatikus kell, hogy legyen az a stresszor, amely a PTN keletkezését megelőzi. A betegség szubjektív értékelésének tehát kitüntetett szerepe lehet a növekedés előrejelzésében (Manne és mtsai, 2004).

Mivel a daganatos betegség multidimenzionális trauma, így számos tényező befolyásolhatja az adott állapotokban a fenyegetettség mértékét is (Gurevich és mtsai, 2002). Több tanulmányban (pl. Rajandram és mtsai, 2011) rámutattak arra, hogy számos vizsgálat heterogén daganatos mintát használ, vagy csak leginkább a melldaganatos csoporttal foglalkozik, pedig fontos szempont, hogy a kiújulás lehetősége és a betegség súlyossága – mivel befolyásolják a fenyegetettség mértékét – különböző hatással lehetnek a PTN-re a különböző daganattípusoknál. A legtöbb tanulmány idősebbekkel foglalkozik és különbözik abban is, hogy a kezelés mely szakaszában vizsgálja a PTN-t. A daganatos betegségekkel foglalkozó különböző tanulmányokat azért is nehéz összehasonlítani, mert már abban is különbség van közöttük, hogy mit jelölnek meg traumatizáló eseménynek (diagnózis, kezelés előtt/után, kiújulás) (Gurevich és mtsai, 2002).

A kemoterápia élménye pedig azért lehet fontos, mert nagyon megerősítő mind fizikailag, mind lelkileg is, ezért aktivizálhatja az egyén szociális hálóját. Mindez hosszú távon pozitív következményekkel is járhat a poszttraumás növekedés megindulásával kapcsolatban (Casellas-Grau és mtsai, 2016).

Az is kiemelendő, hogy a trauma tünetei nem biztos, hogy stressz tünetek, hanem lehetnek a betegség tünetei is – például alvásproblémák, memóriaproblémák, irritabilitás, koncentrációs problémák, gyógyszer-mellékhatások – így elkülönítésük elengedhetetlen (Gurevich és mtsai, 2002).

A PTN kapcsolatban lehet az életminőség különböző mutatóival is (Sawyer és mtsai, 2010; Zoellner & Maercker, 2006), kérdés azonban, hogy vajon képes-e javítani az életminőséget (Tomich & Helgeson, 2012). Egy átfogó metaanalízisben (Sawyer és mtsai, 2010) azt találták, hogy kismértékű pozitív kapcsolat van a PTN és a pozitív mentális egészség, a pszichológiai jóllét és a szubjektív fizikai jóllét között, valamint negatív kapcsolat mutatkozik a PTN és a negatív mentális egészség között. A szerzők azt az összefüggést vetették fel, hogy ahogyan a betegséggel való küzdelem hatására a PTN fokozódik, úgy az később még nagyobb hatással lehet a pozitív jóllétre. A PTN-t a spirituális jólléttel is összefüggésbe hozták (Bishop és mtsai, 2007). Az eredmények azonban nem konzisztensek a PTN és az életminőség kapcsolatát illetően. Ennek hátterében a különböző betegségcsoportok, feltérképező módszerek és személyiségbeli tényezők jellemzői állhatnak (Coyne & Tennen, 2010; Zoellner & Maercker, 2006). További szempont az is, hogy a növekedés a súlyos fenyegetettség és sérülékenység talaján indul el, így kevésbé képzelhető el lineáris kapcsolat a jóllét és a PTN mutatói között (Sumalla és mtsai, 2009). Egyre több kutatás számol be a stressz és a poszttraumás növekedés közötti curvilineáris kapcsolatról (pl. Kleim & Ehlers, 2009).

4.2.3. A PTN előrejelző tényezőinek integrálása

Az eddigiek alapján látható, hogy a poszttraumás növekedéssel kapcsolatos bejósoló tényezőket és kialakulásának folyamatát integrált modellben lenne érdemes vizsgálni. Az összefüggések feltérképezésére számos elképzelés született.

Egy mellldaganatos nőekkel végzett vizsgálat tanulságai szerint a diagnózis okozta extrém distressz miatt sok beteg kereshet szociális támogatást, hogy beszélhessen a számára stresszt okozó eseményekről. A biztonságos, társas közegben végzett önfeltárás pedig befolyásolhatja a megrendült világ helyreállításának, valamint a szándékos ruminációnak is a folyamatát (Ramos, Leal, & Tedeschi, 2016) – mellldaganatos nőknél ezek kulcsfaktoroknak bizonyultak a PTN kialakulásának folyamatában (Danhauer és mtsai, 2013).

Egy daganatos betegekre fókuszáló szisztematikus áttekintés alapján felállították a PTN kialakulásának egy másik lehetséges modelljét (Rajandram és mtsai, 2011). A súlyos traumára (daganatos betegség diagnózisa és a ke-

zelés folyamata) való adaptív reakcióban elsőként bizonyos személyiségvonások (pl. optimizmus), a szociális támogatás (családi és kezelőszemélyzet egyaránt) és az erős házastársi támogatás segítik az előnytalálást, a pozitív aktív coping és a problémafókuszú coping folyamatokat és a jelentéstalálást. Modelljük szerint mindezek és a betegséggel kapcsolatos ruminációs folyamatok hozzásegíthetnek a PTN kialakulásához. Fontos azonban az ilyen eredmények óvatos felhasználása a terápiás kontextusban. Brix és munkatársai (2013) vizsgálatának eredményei – miszerint a PTN összpontszámában nem találtak különbséget a mell-daganatos és az egészséges nők között – arra hívják fel a figyelmet, hogy a szakemberek ne sugalljanak olyan elvárást a betegek felé, hogy csak akkor lehetnek a pszichológiai és testi gyógyulás útján, hogyha poszttraumás növekedést élnek át.

A fenti integrációra tett próbálkozásokból azonban kimaradnak az előző fejezetben felvázolt, stresszorról (betegséggel) kapcsolatos tényezők. Szembetűnő, hogy a poszttraumás növekedés jelenlegi irodalmában meghatározóak az olyan tanulmányok, amelyek a növekedés és az életminőség, valamint az optimális funkcionálás pozitív kapcsolatát hangsúlyozzák (pl. (Brix és mtsai, 2013; Sawyer és mtsai, 2010). Nagyon kevés azonban a keményebb, biológiai mutatók (pl. prognózis, túlélési idő, betegség-specifikus biológiai és immunparaméterek, stb) és a PTN kapcsolatának feltárására fókuszáló vizsgálat. Kivételnek számít Diaz, Aldridge-Gerry és Spiegel (2014) vizsgálata, amelynek során a szerzők kapcsolatot találtak a poszttraumás növekedés és az egészségesebb napi kortizolminta – amely az alacsonyabb stresszszintre utalhat – között. Egy másik vizsgálatban pedig azt találták, hogy a magasabb PTN-nel rendelkező betegek – fehérvérsejt számuk alapján – gyorsabban stabilizálódtak a kemoterápia után (Dunigan és mtsai, 2007).

A kritikusabb vonalat képviseli az a megfontolás is, hogy mielőtt evidenciának vennék a PTN és a fizikai jóllét jótékony kapcsolatát – holott oki tényezőket nehéz kimutatni –, fontos lenne olyan vizsgálatok tervezése, amelyek a PTN kontextusában együtt vizsgálják az immunfunkciókat, a rák progresszióját és a mortalitást is (Gorin, 2010). Mindehhez a pszichológiai és a fizikális erőforrások regisztrálása is szükséges lenne, hogy a változások és a megjelenő oki tényezők követhetőek legyenek (Coyne & Tennen, 2010).

A téma integrált kutatásának módszertanával kapcsolatban fontos korlátozó tényező, hogy a legtöbb vizsgálat a Tedeschi és Calhoun (1996) által kifejlesztett Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőívet használja. Annak ellenére, hogy a teszt széles körben megbízhatónak bizonyul, számos limitáló tényező merül fel a használatával kapcsolatban: a trauma típusától függetlenül használják, önkitöltős teszt révén szubjektív, az utólagos fejlődéstulajdonítás miatt is kritizálható, valamint az eredeti ötfaktoros struktúra sem jelenik meg a legtöbb adaptációban (pl. Kovács, Balog, & Preisz, 2012; Powell és mtsai, 2003; Taku és mtsai, 2007). A kérdőív csak a pozitív válto-

zásokat méri, így használata mellett célszerű a stressz tünetek, a viselkedéses és a fiziológiai indikátorok detektálására is használni egy kérdőívet. A szomatikus betegségek állapotváltozásai miatt, valamint a PTN folyamatjellegének megragadására elengedhetetlen lenne az előteszt-utóteszt kutatási elrendezés használata (Linley & Joseph, 2004), mégis kevés ilyen jellegű vizsgálattal találkozhatunk.

Összefoglalva tehát, a daganatos betegségek kapcsán is érdemes lenne komplex, többdimenziós modellben, longitudinális kutatási elrendezésben vizsgálni a poszttraumás növekedést, már csak azért is, mert olyan jelentős klinikai implikációkkal járhat, amelyek hosszú távon fontosak lehetnek a betegek fizikális jólléte szempontjából is (Diaz, Aldridge-Gerry, & Spiegel, 2014; Zoellner & Maercker, 2006).

4.3. A PTN gyermekkorban diagnosztizált daganatos betegséget túlélő felnőtteknél

A gyermekkori daganatos betegség tartós stresszforrás a gyermeknek és családjának is, a kezelése alatt és után egyaránt. Annak ellenére, hogy az orvostudomány fejlődésének köszönhetően az 5 éves túlélési esély e betegségek esetében 80%, még így is a második vezető halálok 5 és 14 éves kor között. A megbetegedés és kezelés típusától függően az 5 évet követően is megnövekedett esélye van annak, hogy a betegség kiújul, vagy más krónikus betegség alakul ki, amelyek mind további stresszforrást jelenthetnek a család életében (Ward, DeSantis, Robbins, Kohler, & Jemal, 2014). A betegséggel járó fenyegetettség tehát hosszú távon jelentős, így kiemelt jelentősége lehet a poszttraumás növekedés feltérképezésének ezen a populáción és szüleiken a negatív pszichés tünetek enyhítése szempontjából is.

A gyermekkorban diagnosztizált daganatos betegségek pszichológiai tényezőit illetően az 1990-es évektől szaporodtak meg a kutatások a nemzetközi szakirodalomban (pl. Anne Kazak és munkatársai munkássága). Mindez azonban Magyarországon abszolút hiányterületnek számít – nyilvánvalóan a téma érzékenysége és az érintettek válaszadási hajlandósága és elérhetősége miatt is. Annak ellenére, hogy a poszttraumás növekedés jelensége adaptív lehet a gyermekkorban diagnosztizált daganatos betegségek túlélői kapcsán is, kevés vizsgálat (pl. Barakat és mtsai, 2006) és így empirikus bizonyíték született arra vonatkozóan, hogy milyen tényezők és mechanizmusok játszanak szerepet létrejöttében. Fontos kérdés, hogy a betegség diagnosztizálásakor az életkor által előrejelzett kognitív fejlettségi szint milyen befolyással lesz a PTN megjelenésére, tekintve, hogy alapvető jelentőségű lehet a betegség feldolgozása szempontjából (Calhoun & Tedeschi, 2001).

Kezdetben a gyermekkorban diagnosztizált daganatos betegségből gyógyultaknál a csoport pszichológiai jellegzetességeit vizsgálták – mint például boldogság, elégedettség, iskolai előmenetel (Anholt, Fritz, & Keener, 1993), megküzdés (Kupst és mtsai, 1995), társas kapcsolatok és családi funkcionálás (Kazak és mtsai, 1997), önbizalom és szorongás (Sloper, Larcombe, & Charlton, 1994). Az elmúlt évtizedekben pedig leginkább a traumához kapcsolható fenyegetettség miatt kialakuló poszttraumás stressz tünetekre és az ezekkel kapcsolatos tényezőkre fókuszáltak a kutatások (Bruce, 2006) mind a gyermek, mind a családja szempontjából (Barakat és mtsai, 1997; Kazak és mtsai, 2004). A gyermekkori daganatos betegségek túlélőinél számos negatív pszichés következmény léphet fel – kevesebb szociális kapcsolat, nehézségek a kortárs kapcsolatokban, problémák az iskolában, aggodalmak a jövőbeni kapcsolatok tekintetében, kevesebb intim kapcsolat felnőttkorban és kevésbé valószínű a házasságkötés (Bruce, 2006). A gyermekkorban diagnosztizált daganatos betegséget túlélők 88%-ánál még 5 év elteltével is számottevőnek találták a szomatikus és traumával kapcsolatos tüneteket (Erickson & Steiner, 2000). Nyilvánvaló tehát, hogy fontos lenne az intervenciók tervezése. A szerzők úgy vélik, hogy a daganattal kezelt gyermekek gyakran fejlesztenek ki represszív megküzdési stílust, ami rövid távon adaptív lehet, hosszú távon azonban gátolja az érzelmi feldolgozást és tünetképzéshez vezethet. Fontos felismerés, hogy a rosszindulatú daganattal diagnosztizált gyermekek szüleinél – főleg az édesanyáknál – ugyanannyi, vagy akár több poszttraumás stressz tünet vagy -zavar jelenhet meg, mint a betegeknél (Yalug, Tufan, Doksat, & Yaluğ, 2011), így a szülők vizsgálata is kiemelt jelentőségű. Csak a közelmúltban került a fókusz közelébe ebben a betegségcsoportban a pszichológiai értelemben vett növekedés kérdésköre és ennek együtt tárgyalása a poszttraumás stressz tünetekkel (Barakat és mtsai, 2006).

Egyelőre nagyon kevés kutatás célozza meg a gyermekkorban diagnosztizált daganatos betegséget túlélő, de már felnőtt személyeket. Ahogy láthattuk, a legtöbb kutatás vagy a daganatos betegségben szenvedő gyermekeket és a szüleiket vizsgálja, vagy pedig a felnőttkorban kialakult daganatos betegségben szenvedő személyeket. Az utóbbi évtizedben azonban egy speciális korosztály – a serdülők és a fiatal felnőttek csoportja – kezd egyre nagyobb érdeklődésre szert tenni a daganatos betegek vizsgálatában is (Bellizzi és mtsai, 2012; Thomas, Albritton, & Ferrari, 2010; Zebrack és mtsai, 2015).

A serdülőkorban diagnosztizált daganatos betegséget túlélőkkel végzett kontrollált, longitudinális vizsgálatban (Jörngården, Mattsson, & von Essen, 2007) azt találták, hogy a diagnózis megkapásakor a betegek sokkal rosszabb értékeket mutattak szorongásban, életminőségben és depresszióban, mint az egészséges kontroll csoport – azonban 1,5 évvel a diagnózis eltelte

után nemcsak, hogy eltűnt a különbség, hanem az ő eredményeik sokkal jobbak lettek a mentális egészség szempontjából. A traumához való adaptáció magyarázható a PTN elméleti keretében, azonban fontos kérdés, hogy valóban megmaradnak-e a fenti pozitív változások hosszú távon.

Gyermekkori daganatos betegséget túlélőket 18–39 éves kor között vizsgáló kutatás (Yi, Zebrack, Kim, & Cousino, 2015) során azt találták, hogy a poszttraumás növekedés kapcsolatban volt a nemmel (nőknél magasabb volt), az etnikummal (fehéreknél alacsonyabb volt), és a diagnóziskori életkorral (idősebbeknél magasabb volt), a betegség típusával (szolid, lágyrésztumorosoknál alacsonyabb volt), valamint a társas támasz mennyiségével és bizonyos személyiségtényezőkkel (optimistáknál magasabb). Ezen a mintán a gyermekkori daganatos betegséget túlélők 88%-ában megjelent a PTN, legalább egy faktorában. A legnagyobb arányban – ahogyan az a felnőttkori megbetegedéseknél is megfigyelhető volt – az élet fokozottabb megbecsülése, az elmélyülő kapcsolatok igénye és a személyes erő jelent meg. Ezeket az eredményeket támogatja egy gyermekkori daganatos betegséget túlélő fiatal felnőttek körében nemrégiben végzett vizsgálat (Gianinazzi és mtsai, 2016) is, amelyben a résztvevők túlnyomó része tapasztalt PTN-t. A magasabb PTN összefüggésben volt a diagnóziskori idősebb életkorral, a hosszabb kezeléssel, és a nemmel (nőknél erőteljesebb volt a jelenléte). A legerősebb faktorok az élet fokozottabb értékelése és az elmélyülő kapcsolatok igénye volt.

Noha eddigi ismereteink alapján a gyermekkori traumában vannak hasonlóságok a felnőttkorban kialakuló daganatos betegségekkel kapcsolatos PTN-nel, de a folyamatok nagyon sok területe még feltáratlan. A gyermekkori trauma poszttraumás növekedés folyamatjellegének vizsgálatához elengedhetetlen lenne a fentebb listázott negatív pszichés és fizikális következmények, valamint a fejlődésmenet alakulásának nyomon követése ezen a populáción. Ahogyan azt láthattuk a felnőttkori megbetegedések kapcsán is, számos tényező integrált vizsgálatára lenne szükség – köztük a stressz tünetekkel – valamint arra, hogy a közeli hozzátartozókat is együtt vizsgáljuk a gyermekkori daganatos betegséget túlélő fiatal felnőttekkel.

5. Összefoglaló

A poszttraumás növekedés fogalma alapján egy traumával való küzdelem során a negatív (stressz) következmények mellett, pozitív pszichológiai változások (pl. az élet fokozottabb értékelése, a kapcsolatok átrendeződése, a személyes erő megváltozása) is végbemehetnek az egyénben. A daganatos betegséget traumának tekintő koncepció alapján áttekintettük a szomatikus betegség, mint trauma speciális jellegzetességeit, s elválasztottuk az

egyszeri, klasszikus traumáktól. Mint láthattuk, a poszttraumás növekedés kutatása rendkívül szerteágazó, hacsak egy olyan kis területet is kísérünk meg feltérképezni, mint a daganatos betegségekkel kapcsolatos vizsgálatok, kérdésfelvetések. Ahogyan áttekintettük, számos egyéni belüli, betegséggel kapcsolatos és szociális jellemző befolyásolhatja, hogy a betegség és a kezelési folyamatában milyen módon jelenik meg a poszttraumás növekedés – mindezeket komplex, integrált keretben érdemes vizsgálni és értelmezni is. Megfogalmazható, hogy a daganatos betegségek jellegüket tekintve különböznek a klasszikus traumáktól, így vizsgálatukat is ezen jellegzetességek tudatában érdemes tervezni. A gyermekkori daganatos betegségek hatásának elemző vizsgálatok különösen fontosak a poszttraumás növekedés fejlődésjellegének tudatában a személyiség fejlődését is figyelembe venni. Érdemes megfontolni azt a korlátozó tényezőt is, hogy a poszttraumás növekedés facilitálása nem feltétlenül és nem mindenképpen a pszichológiai és testi gyógyulás célja vagy feltétele.

Irodalomjegyzék

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., revised)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Anholt, U.V., Fritz, G.K., & Keener, M. (1993). Self-concept in survivors of childhood and adolescent cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(1), 1-16.
- Bányai, É. (2011). Önkéntelen szuggesztíók, társadalmi „üzenetek” egy szakértő rákbeteg szemével. In K. Varga (Szerk.), *A szavakon túl. Kommunikáció és szuggesztíó az orvosi gyakorlatban* (362-377). Budapest: Medicina Kiadó Zrt.
- Barakat, L.P., Alderfer, M.A., & Kazak, A.E. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 413-419.
- Barakat, L.P., Kazak, A.E., Meadows, A.T., Casey, R., Meeske, K., & Stuber, M.L. (1997). Families surviving childhood cancer: a comparison of posttraumatic stress symptoms with families of healthy children. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(6), 843-859.
- Bellizzi, K.M., & Blank, T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47-56.
- Bellizzi, K.M., Smith, A., Schmidt, S., Keegan, T.H.M., Zebrack, B., Lynch, C.F. and the Adolescent and Young Adult Health Outcomes and Patient Experience (AYA HOPE) Study Collaborative Group (2012). Positive and negative psychosocial impact of being diagnosed with cancer as an adolescent or young adult: Impact of Cancer. *Cancer*, 118(20), 5155-5162.
- Bishop, M.M., Beaumont, J.L., Hahn, E.A., Cella, D., Andrykowski, M.A., Brady, M.J. et al (2007). Late effects of cancer and hematopoietic stem-cell transplantation on spouses or partners compared with survivors and survivor-matched controls. *Journal of Clinical Oncology*, 25(11), 1403-1411.

- Black, E.K., & White, C.A. (2005). Fear of recurrence, sense of coherence and posttraumatic stress disorder in haematological cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14(6), 510–515.
- Brix, S.A., Bidstrup, P.E., Christensen, J., Rottmann, N., Olsen, A., Tjønneland, A. et al (2013). Post-traumatic growth among elderly women with breast cancer compared to breast cancer-free women. *Acta Oncologica*, 52(2), 345–354.
- Bruce, M. (2006). A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 233–256.
- Bussell, V.A., & Naus, M.J. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 61–78.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2001). Posttraumatic growth. In I. G. Weiner & E. B. Craighead (Eds.), *Corsini Encyclopedia of Psychology* (178). New Jersey: John Wiley & Sons
- Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Cann, A., & Hanks, E. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1–2), 125–143.
- Campbell, J. (2010). *Az ezerarcú hős*. Budapest: Édesvíz
- Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Ochoa, C. (2016). Positive psychological functioning in breast cancer: An integrative review. *The Breast*, 27, 136–168.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L., Carlson, C.R., & Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176–185.
- Cordova, M.J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(4), 308–319.
- Coyne, J.C., & Tennen, H. (2010). Positive psychology in cancer care: Bad science, exaggerated claims, and unproven medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 16–26.
- Crespi, C.M., Smith, S.K., Petersen, L., Zimmerman, S., & Ganz, P.A. (2010). Measuring the impact of cancer: a comparison of non-Hodgkin lymphoma and breast cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 4(1), 45–58.
- Danhauer, S.C., Case, L.D., Tedeschi, R., Russell, G., Vishnevsky, T., Triplett, K. et al (2013). Predictors of posttraumatic growth in women with breast cancer: Posttraumatic growth and breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2676–2683.
- Diaz, M., Aldridge-Gerry, A., & Spiegel, D. (2014). Posttraumatic growth and diurnal cortisol slope among women with metastatic breast cancer. *Psychoneuroendocrinology*, 44, 83–87.
- Dirksen, S.R. (1995). Search for meaning in long-term cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 628–633.
- Dunigan, J.T., Carr, B.I., & Steel, J.L. (2007). Posttraumatic growth, immunity and survival in patients with hepatoma. *Digestive Diseases and Sciences*, 52(9), 2452–2459.
- Einsle, F., Kraft, D., & Köllner, V. (2012). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology – which diagnostic tools should be used? *Journal of Psychosomatic Research*, 72(6), 434–438.
- Erickson, S.J., & Steiner, H. (2000). Trauma spectrum adaptation: somatic symptoms in long-term pediatric cancer survivors. *Psychosomatics*, 41(4), 339–346.
- Frank, A. (1995). *The wounded storyteller: body, illness*. Chicago: University of Chicago Press
- Frankl, V.E. (1977/2007). ... mégis mondj igent az életre!: egy pszichológus megéli a koncentrációs táborot. Budapest: Jel Kiadó
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M., & Somsen, G. (2008). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality, psychological health, or cognitive coping? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 270–277.
- Gianinazzi, M.E., Rueegg, C.S., Vetsch, J., Lüer, S., Kuehni, C.E., Michel, G., & Swiss Pediatric Oncology Group (SPOG) (2016). Cancer's positive flip side: posttraumatic growth after childhood cancer. *Supportive Care in Cancer*, 24(1), 195–203.

- Gorin, S.S. (2010). Theory, measurement, and controversy in positive psychology, health psychology, and cancer: basics and next steps. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 43–47.
- Gurevich, M., Devins, G.M., & Rodin, G.M. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43(4), 259–281.
- Hajduska, M. (2010). *Krízislélektan*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Hassani, P., Afrasiabifar, A., Khoshknab, M.F., & Yaqhmaei, F. (2009). Perceived positive effects of illness following acute myocardial infarction. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 1(1), 001–005.
- Henderson, B., Davison, K., Pennebaker, J., Gatchel, R., & Baum, A. (2002). Disease disclosure patterns among breast cancer patients. *Psychology and Health*, 17(1), 51–62.
- Ho, S., Rajandram, R.K., Chan, N., Samman, N., McGrath, C., & Zwahlen, R.A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*, 47(2), 121–124.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30–34.
- Jansen, L., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Brenner, H., & Arndt, V. (2011). Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: prevalence, determinants, and associations with quality of life. *British Journal of Cancer*, 105(8), 1158–1165.
- Jönrngården, A., Mattsson, E., & von Essen, L. (2007). Health-related quality of life, anxiety and depression among adolescents and young adults with cancer: A prospective longitudinal study. *European Journal of Cancer*, 43(13), 1952–1958.
- Kállay, É. (2007). Posttraumatic growth: A brief review. *Psychology Review*, 24, 76–98.
- 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.
- Kazak, A.E., Alderfer, M., Rourke, M.T., Simms, S., Streisand, R., & Grossman, J.R. (2004). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(3), 211–219.
- Kazak, A.E., Barakat, L.P., Meeske, K., Christakis, D., Meadows, A.T., Casey, R. et al. (1997). Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 120–129.
- Keane, T.M., Fisher & R.T., L.M., Krinsley, K.E., & Niles, B.L. (1994). Posttraumatic stress disorder. In M. Hersen, & Ammerman (Eds), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (237–260). New York: Springer
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2009). Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 45–52.
- Kovács, É., Balog, P., & Preisz, L. (2012). A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív pszichometriai mutatói hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(1), 57–84.
- Kulcsár, Zs. (2005). Társas tényezők szerepe a traumafeldolgozásban. In Zs. Kulcsár (Szerk.), *Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés* (9–33). Budapest: Trefort Kiadó
- Kupst, M.J., Natta, M.B., Richardson, C.C., Schulman, J.L., Lavigne, J.V., & Das, L. (1995). Family coping with pediatric leukemia: Ten years after treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(5), 601–617.
- Leung, Y.W., Alter, D.A., Prior, P.L., Stewart, D.E., Irvine, J., & Grace, S.L. (2012). Posttraumatic growth in coronary artery disease outpatients: relationship to degree of trauma and health service use. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 293–299.

- Lev-Wiesel, R., Amir, M., & Besser, A. (2004). Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. *Journal of Loss and Trauma, 10*(1), 7-17.
- Lindstrom, C.M., Cann, A., Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(1), 50-55.
- Linley, P.A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11-21.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., & Grana, G. (2004). Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosomatic Medicine, 66*(3), 442-454.
- Milam, J. (2006). Posttraumatic growth and HIV disease progression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 817-827.
- Mols, F., Vingerhoets, A.J., Coebergh, J.W.W., & van de Poll-Franse, L.V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology and Health, 24*(5), 583-595.
- Nenova, M., DuHamel, K., Zemon, V., Rini, C., & Redd, W.H. (2013). Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors: PTG, social support, and constraint in HSCT survivors. *Psycho-Oncology, 22*(1), 195-202.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C.G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry, 15*(1), 60-64.
- O'Leary, V.E., & Ickovics, J.R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: an opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health (Hillsdale, NJ), 1*(2), 121-142.
- Park, C.L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1*(2), 115-144.
- Park, C.L., & Lechner, S.C. (2006). Measurement issues in assessing growth following stressful life experiences. In L.G. Calhoun, & R.G. Tedeschi (Eds), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (47-67). New Jersey: John Wiley & Sons
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology, 59*(1), 71-83.
- Rajandram, R.K., Jenewein, J., McGrath, C., & Zwahlen, R.A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: an evidence-based review. *Supportive Care in Cancer, 19*(5), 583-589.
- Ramos, C., & Leal, I. (2013). Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: a literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community and Health, 2*(1), 43-54.
- Ramos, C., Leal, I., & Tedeschi, R.G. (2016). Protocol for the psychotherapeutic group intervention for facilitating posttraumatic growth in nonmetastatic breast cancer patients. *BMC Women's Health, 16*: 22. Doi: 10.1186/s12905-016-0302-x
- Rigó, A., & Zsigmond, O. (2015). A szomatikus betegség, mint trauma. In E. Cs. Kiss & H. Sz. Makó (Szerk.), *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana* (291-312). Pécs: Pro Pannónia
- Rinaldis, M., Pakenham, K.I., & Lynch, B.M. (2010). Relationships between quality of life and finding benefits in a diagnosis of colorectal cancer. *British Journal of Psychology, 101*(2), 259-275.

- Sawyer, A., Ayers, S., & Field, A.P. (2010). Posttraumatic growth and adjustment among individuals with cancer or HIV/AIDS: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 436–447.
- Schmidt, S.D., Blank, T.O., Bellizzi, K.M., & Park, C.L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 17(7), 1033–1040.
- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 223–229.
- Sloper, T., Larcombe, I.J., & Charlton, A. (1994). Psychosocial adjustment of five-year survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Education*, 9(3), 163–169.
- Smith, B.W., Dalen, J., Bernard, J.F., & Baumgartner, K.B. (2008). Posttraumatic growth in non-hispanic white and hispanic women with cervical cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(4), 91–109.
- Smith, M.Y., Redd, W.H., Peyser, C., & Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology*, 8(6), 521–537.
- Sontag, S. (1983). *A betegség mint metafora*. Budapest: Európa Könyvkiadó
- Spiegel, D., & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 366–378.
- Stanton, A.L., Bower, J.E., & Low, C.A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (138–175). New Jersey: John Wiley & Sons
- Sumalla, E.C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 24–33.
- Taku, K., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R.P., & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20(4), 353–367.
- Tanyi, Zs. (2015). *A poszttraumás személyiségfejlődés és az egészséggel összefüggő életminőség vizsgálata onkológiai betegek körében*. Debreceni Egyetem. Egészségtudományok Doktori Iskola. Letöltve: 2016. 09. 15-én: https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/222443/Tanyi_Zsuzsanna_doktori_ertekezes_titkosított.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Taylor, S.E., & Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64(4), 873–898.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2006). Expert companions: Posttraumatic growth in clinical practice. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (291–310). New Jersey: John Wiley & Sons
- Tedstone, J.E., & Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 409–448.
- Thomas, D.M., Albritton, K.H., & Ferrari, A. (2010). Adolescent and young adult oncology: an emerging field. *Journal of Clinical Oncology*, 28(32), 4781–4782.
- Thornton, A.A., & Perez, M.A. (2006). Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology*, 15(4), 285–296.
- Tomich, P.L., & Helgeson, V.S. (2012). Posttraumatic growth following cancer: Links to quality of life. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 567–573.

- Ward, E., DeSantis, C., Robbins, A., Kohler, B., & Jemal, A. (2014). Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. *Ca: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(2), 83–103.
- Weiss, T. (2004). Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13(4), 260–268.
- Widows, M.R., Jacobsen, P.B., Booth-Jones, M., & Fields, K.K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24(3), 266–273.
- Yalom, I.D. (2003). *Egzisztenciális pszichoterápia*. Budapest: Animula
- Yalug, I., Tufan, A.E., Doksat, K., & Yaluğ, K. (2011). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms in parents of children with cancer: A review. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 17(1), 27–31.
- Yi, J., Zebrack, B., Kim, M.A., & Cousino, M. (2015). Posttraumatic growth outcomes and their correlates among young adult survivors of childhood cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 981–991.
- Zebrack, B., Kwak, M., Salsman, J., Cousino, M., Meeske, K., Aguilar, C., et al. (2015). The relationship between posttraumatic stress and posttraumatic growth among adolescent and young adult (AYA) cancer patients: Posttraumatic growth in adolescents/young adults with cancer. *Psycho-Oncology*, 24(2), 162–168.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653.

Köszönetnyilvánítás

A szakirodalom összegyűjtését az OTKA K 109187 nyilvántartási számú pályázata támogatta (vezető kutató: prof. dr. Bányai Éva).

Szerzői munkamegosztás

Zsigmond Orsolya a tanulmány értelmi szerzője, a szakirodalmi áttekintés irányának kidolgozója és a szakirodalmi adatgyűjtés lefolytatója, valamint a kézirat megszövegezője. Rigó Adrién és Bányai Éva a kutatás irányának kialakításában és feltételeinek megteremtésében, valamint a cikk szövegének végső kialakításában nyújtottak segítséget.

Nyilatkozat érdekütközésről

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

The Janus faces of cancer: The phenomenon of posttraumatic growth

ZSIGMOND, ORSOLYA – RIGÓ, ADRIEN – BÁNYAI, ÉVA

Our review paper discusses factors related to posttraumatic growth (positive psychological changes after trauma) from the perspective of cancer. The personal development can occur as the result of one's struggle with the trauma rearranging the system of personal beliefs, priorities, relationships, feelings about their own power and may appoint new directions in a person's life. Since childhood and adulthood may have different psychological patterns experienced during cancer, it was important to examine both groups. The review considers cancer as a trauma, and introduces the concept of posttraumatic growth through the specific characteristics of the disease. Our main aim is to reflect on the process underlying posttraumatic growth, through reviewing and integrating related factors. We outline personal and social factors influencing posttraumatic growth, as well as factors related to the traumatic stressor (cancer). It is therefore important to examine at the same time the positive psychological changes and the stress symptoms associated with the disease. The review consists of psychological factors associated with childhood cancer from the point of view of the now adults and their parents. We propose, that the future directions of research should examine the factors that are presented in the study integrated. The review is designed to draw attention to the fact that the more we know about the factors that promote a positive psychological adaptation to the disease, the more effective psychological interventions can be designed.

Keywords: cancer, posttraumatic growth, trauma, posttraumatic growth as a process