

What gets healed due to healing imagery?

Effectiveness of the Simonton method among Hungarian cancer patients

Background and aims: The Simonton technique, an intervention developed in the 1970's, was designed to improve the coping skills of cancer patients. This intervention aims to facilitate the processing of negative emotions and coping with changes caused by the disease; further, it empowers the conditions for a meaningful life. Our goal was to investigate the effectiveness of this intervention among Hungarian cancer patients.

Methods: The sample (N=154) consisted of Hungarian cancer patients, 80 of whom participated in a course focusing on the Simonton method, while 74 of them formed a matched control group. Outcome variables were assessed at baseline, at the end of the training (in the intervention group only), and finally, six months after the intervention. The test battery included the following instruments: Social Support Dimension Scale, Perceived Stress Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Freiburg Questionnaire on Coping with Illness, Functional Assessment of Cancer Therapy General Scale, Internal-External Locus of Control Scale, the Life Orientation Test, and the items measuring life force from the Profile of Mood States.

Results: Only a minor increase in distractive coping emerged in the control group during the follow-up period. In the treatment group however, significant decrease was observed by the end of the 11-week intervention period in scores measuring perceived stress ($p < 0.001$), anxiety ($p < 0.001$), depression ($p = 0.001$), and depressive coping ($p = 0.017$). Further, life force ($p = 0.013$) and distractive coping scores ($p = 0.017$) increased significantly. All these positive changes remained present by the end of the follow-up period.

Conclusion: The Simonton method proved to be a useful tool in restoring and promoting the psychological well-being and quality of life of cancer patients.

Keywords: cancer patients, psychological intervention, Simonton method, effectiveness,
well-being, quality of life, coping with illness

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

BEVEZETÉS

1
2
3
4
5 Az elmúlt évtizedekben a rákgyógyítás terén komoly előrelépéseket tapasztalhatunk:
6
7 nemcsak a gyógyult betegek aránya nő, hanem a jó életminőségben élő betegek száma is
8
9 emelkedik (Bodoky & Kopper, 2013). A modern sebészeti beavatkozások, kemoterápiás
10
11 szerek, sugárterápia és biológiai kezelések mellett egyre erősebb igény jelentkezik azonban a
12
13 betegség lélektani vetületének gyógyítása iránt is. A különféle pszichológiai intervenciókat,
14
15 egyéni és csoportos terápiákat, pszichoedukációt, az életmódváltást előidéző komplex
16
17 módszereket egyre több beteg és hozzátartozó keresi, illetve illeszti be a betegséggel való
18
19 megküzdést segítő programjába a magyar rákbetegek között is.
20
21
22

23
24 Ilyen komplex program a Simonton-módszer is, melyet Carl Simonton radiológus és
25
26 Stefani Mathews-Simonton pszichológus dolgozott ki 1971-ben (Simonton, Matthews-
27
28 Simonton, & Creighton, 1978). Ez az intervenció relaxációra épülő öngyógyító imaginációt,
29
30 az érzelmi egyensúly kialakítását, a betegséggel kapcsolatos szorongás és félelmek,
31
32 halálfélelem feldolgozását, a jövővel kapcsolatos pozitív célok megalkotását foglalja magába.
33
34 A módszer részét képezi a rendszeres testmozgás és az egészséges táplálkozás szem előtt
35
36 tartása is. A Simonton-módszer az elme és az érzelmek teremtő erejére épít, megalkotói
37
38 elképzelése szerint a gyógyíthatatlan betegek életminőségét, akár élethosszát is
39
40 befolyásolhatja az eljárás (Simonton és mtsai, 1978).
41
42
43
44

45
46 A módszer elméleti háttérében Selye János felismerése áll, mely kapcsolatot feltételez
47
48 a stresszhatások és a betegségek kialakulása között, s mely kapcsolat a személyiség típusától
49
50 függően más-más betegség megjelenését valószínűsíti. Ezt az ideát terjesztette ki a Simonton-
51
52 házaspár, mely szerint, ha az érzelmek és gondolatok képesek hozzájárulni a betegség
53
54 kialakulásához, akkor felhasználhatjuk őket a gyógyításban is (Achteberg, Simonton, &
55
56 Matthews-Simonton, 1977). A Simonton-módszer eredeti célja az immunrendszer stimulálása
57
58
59
60
61

1 a képzelet segítségével annak érdekében, hogy az megtámadja és megsemmisítse a rákos
2 sejteket és fokozza az orvosi kezelések befogadását a szervezetbe. A módszer gyakorlása
3
4 során a betegek egyéni vagy csoportos foglalkozásokon sajátítják el a progresszív relaxációt,
5
6 tanulnak meg vizualizációval, képzeletükkel dolgozni. Számba veszik és rendszerezik az
7
8 életükben jelenlevő stresszhatásokat, érzelmi problémákat, nyugtalanító félelmeket. A
9
10 feldolgozáshoz, rendezéshez vezetett imaginációra épülő gyakorlatokat alkalmaznak.
11
12
13

14 A Simonton-házaspár munkáját vizsgáló empirikus eredményeket összegezve az
15
16 American Cancer Society (Amerikai Rák Társaság) összefoglalójában a módszer pozitívumai
17
18 között említi, hogy az (1) erősíti a betegekben a betegség feletti kontroll érzését; (2) csökkenti
19
20 a tehetetlenség érzetét; (3) a relaxáció csökkenti a feszültséget és átmenetileg erősíti a jóllét
21
22 érzetét; (4) a módszernek nincs negatív mellékhatása; (5) a sztenderd orvosi terápiák mellett is
23
24 alkalmazható; (6) a betegben kialakuló pozitív és aktív attitűd erősítésével fokozza a
25
26 betegséggel való megküzdés hatékonyságát (Simonton & Matthews-Simonton, 1981).
27
28 Ugyanakkor a társaság jelentése azt is megemlíti, hogy (1) nincs tudományos evidencia a
29
30 Simonton-módszer ráktúlélést javító hatásáról; (2) nincs bizonyíték arra, hogy a képzelet
31
32 segítségével a rosszindulatú, rákos folyamat megváltoztatható; (3) mint ahogy arra sem, hogy
33
34 a stressz csökkentése fejleszti a szervezet rákkal szembeni ellenállását (Simonton &
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

6 A módszerhez nagy reményeket fűztek a 1970-80-as években. Különösen a
7
8 gyógyíthatatlannak minősített betegek kezelésében tűnt pozitív reményekkel kecsegtető
9
10 alternatívának (Klisch, 1980). Az intervenció hatékonyságának bizonyítására azonban legjobb
11
12 tudomásunk szerint mindössze egyetlen klinikai vizsgálatot végeztek 1974 és 1978 között,
13
14 245 rákbeteg bevonásával. Az alkalmazott intervenció vezetett imaginációt, az imaginációban
15
16 kapott képek rajzban való rögzítését, értelmezését, a belső meggyőződések beazonosítását,
17
18 változtatását, rendszeres testmozgást és táplálkozási útmutatást tartalmazott. A vizsgálat
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 kimeneti változóit az életminőség és az élethossz képezte. A főként emlő-, vastagbél- és
2 tüdőrákos betegek bevonásával vezetett vizsgálat kontrollcsoport nélkül zajlott, és a
3
4 vizsgálatban szereplő betegek átlagtúlélési idejét az adott betegségcsoport (pl. emlődaganat)
5
6 egyesült államokbeli átlag túlélési idejével vetették össze. Az így kapott eredmények a
7
8 túléléssel kapcsolatban ígéretesek voltak, de a módszertani hiányosságok fényében nem
9
10 tűntek kellően megbízhatónak. A kísérleti csoport részvevőinek betegség-stádiumát és a
11
12 betegség súlyosságát nem rögzítették, hiányzott az illesztett kontrollcsoport, a vizsgálatba
13
14 beválogatott betegek jól képzett, erősen motivált, magasan képzett személyek voltak, ami
15
16 további korlátját képezte az eredmények általánosíthatóságának (Simonton, Matthews-
17
18 Simonton, & Sparks, 1980).

23
24 A következő évtizedekben a Simonton-módszer túlélést növelő hatásának
25
26 bizonyítására nem szerveztek kontrollcsoportos, randomizált vizsgálatok, de a módszer
27
28 részét képező relaxáció és imagináció hatékonysága beigazolódott (Eller, 1999; Luebbert,
29
30 Dahme, & Hasenbring, 2001). Az évek során ezért ezek lassan meghonosodtak a rákbetegek
31
32 számára szervezett támaszcsoportokban, a szorongás és a szorongást kísérő különféle testi
33
34 tüneteket csökkentő stresszkezelő foglalkozások módszertanában és az egzisztenciális,
35
36 expresszív alapokra épülő terápiás csoportok tematikájában. Spiegel, Kraemer, Bloom és
37
38 Gottheil (1989) vizsgálatának tanúsága szerint például előrehaladott emlőrákos nőbetegek egy
39
40 éven át tartó támaszcsoportjában a relaxáció, imagináció, életmódváltás és az egymásnak
41
42 nyújtott érzelmi támasz szignifikáns különbségeket hozott a túlélésben a kontrollcsoporttal
43
44 összehasonlítva az intervenció csoport javára.

50
51 Bár Spiegel és munkatársainak (1989) eredményeit a túlélés terén nem sikerült
52
53 reprodukálni, e vizsgálat további kutatások sorát motiválta az azonos metodikára épülő
54
55 támaszcsoportok hatásának vizsgálatára (pl. Kissane és mtsai, 2007), melyek megerősítették a
56
57 mentális egészség szignifikáns javulását az alkalmazott intervenciók következtében. Ornish,
58
59

1 korai stádiumú, prosztatatarákos férfiak körében illesztette be intervenciós programjába a
2 progresszív relaxációt, imaginációt. Hathetes, bentlakásos tréningje részét képezte a napi
3 rendszeres relaxáció és a gyógyítás folyamatát megjelenítő imagináció (speciális diéta és napi
4 testmozgás mellett), mely kétéves nyomonkövetéses vizsgálata eredményei szerint a
5 vizsgálatban részt vett férfiak számára feleslegessé tette a hagyományos orvosi kezeléseket
6 (Ornish és mtsai, 2005).
7
8
9
10
11
12
13

14 Baider vizsgálataiban a progresszív relaxáció és a vezetett imagináció bizonyult a
15 distressz hatékony mérséklőjének (Baider, Uziely, & Kaplan De-Nour, 1994). Vizsgálatok
16 további sokasága számolt be az elmúlt évtizedekben a progresszív relaxáció és imagináció
17 kombinációjának lelki egészséget javító hatásáról (pl. Raffae, Schmidt, & Ernst, 2005; Walker
18 és mtsai, 1999), melyek összegzésekor szisztematikus áttekintő tanulmányukban Newell,
19 Sanson-Fisher és Savolainen (2002) megállapították, hogy a pszichológiai terápiák emelik a
20 rákbetegek betegséggel és kezelésekkal kapcsolatos tájékozottságát, fejlesztik érzelmi
21 alkalmazkodó-képességüket, javítják az életminőséget és a betegséggel való megküzdés
22 sikerességét.
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35

36 Jelen vizsgálatban a Simonton-módszer lelki egészségre és életminőségre gyakorolt
37 hatását kívántuk elemezni annak érdekében, hogy hozzájáruljunk a módszer
38 hatékonyságvizsgálatának nemzetközi irodalmához, illetve hogy információkat nyújthassunk
39 a hazai daganatos betegek pszichológiai intervenciókkal elérhető lelkiállapot- és életminőség-
40 javulásáról. Az előzőekben említettük, hogy a relaxáció, vezetett imagináció, vizualizáció
41 hogyan épült be az elmúlt évtizedek rákbetegeket segítő foglalkozásainak módszertanába.
42 Saját vizsgálatunkban a Simonton-módszer eredeti felépítését követtük. A 10 foglalkozás
43 során (hetente 1x2 óra) szerepelt a progresszív relaxáció és a képekkel (imagináció,
44 vizualizáció) való munka elsajátítása; a betegség kialakulásában résztvevő, az életmódból
45 fakadó okok feltérképezése; a lezáratlan érzelmi nehézségek feldolgozása, elengedése;
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 megbocsájtás; a betegség kiújulásától való félelem, halálfélelem feldolgozása; célállítás, jövő
2 tervezés; egészséges táplálkozás és a rendszeres tesztmozgás szükségességének átgondolása. A
3

4 11. Alkalmom – a csoportfolyamat befejezése után egy hónappal – a gyakorlás során felmerülő
5 problémák és személyes problémák megosztására és megoldására adott lehetőséget.
6

7 Feltételeztük, hogy e komplex módszer alkalmazása révén javul az életminőség,
8
9 csökken a szorongás és a depresszió szintje, erősödik a kontroll-érzet. Mivel a Simonton-
10 csoportokban önkéntesen jelentkező vagy a kezelőorvos által ajánlott személyek vettek részt,
11 így a csoportok a betegség helye, a diagnózis óta eltelt idő, a betegség stádiuma és súlyossága
12 szempontjából is erősen heterogének. Vizsgálatunkban a Simonton-módszer túlélésre
13 gyakorolt hatása ezért nem szerepelt mérési célként.
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

26 MÓDSZER

27
28
29
30

31 A vizsgálat protokollját a Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent
32 László Kórházának etikai bizottsága hagyta jóvá (engedélyszám: 24/EB/2009). A Simonton-
33 módszer hatékonyságát egy nagyobb szabású vizsgálat keretein belül elemeztük. A Tűzmadár
34 Alapítvány teljes vizsgálati programjában többféle pszichológiai intervenció hatását kutatjuk
35 (többek között egyéni és csoportos terápiák, pszichoedukáció, hatékony kommunikáció,
36 bentlakásos, intenzív, megküzdést segítő tréning kiegészítve dietetikai és testmozgásra
37 irányuló egyéni tanácsadással stb.). A különböző pszichológiai intervenciókon résztvevő
38 daganatos betegek minden esetben azonos kérdőívcsomagot töltöttek ki. Ebből a vizsgálati
39 anyagból emeltük ki jelen tanulmány keretei között a Simonton-tréningre vonatkozó adatokat.
40
41 A különböző pszichológiai intervenciók hatásvizsgálatainak feldolgozása és eredményeinek
42 összevetése folyamatban van.
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Minta

Intervenciós csoport

A résztvevők a Szent László Kórház Onkológiai Centrumában kezelésben részesülő, illetve már tünetmentes periódusban lévő azon daganatos betegek közül kerültek ki, akik 2009 és 2012 tavasza között kapcsolatba kerültek a daganatos betegek pszichoszociális rehabilitációjával foglalkozó Tűzmadár Alapítvánnyal. A Simonton-tréningre a betegek egy tájékoztató beszélgetés után jelentkezhetek. A 10+1 alkalmat magába foglaló tanfolyam heti rendszerességgel, 120 perces csoportfoglalkozások keretei között zajlott. A csoportokat váltakozva a módszerre felkészített és a módszerrel több, mint egy évtizede dolgozó pszichiáter, illetve pszichológus kolléga vezette. A csoportokat vezető két szakember a Simonton-házaspár által kidolgozott protokolt követte. A résztvevők az informált beleegyezést követően a vizsgálati tesztbattériát a tréning előtt, közvetlenül a tréning utolsó foglalkozása után, illetve 6 hónappal ezután is kitöltötték.

Az intervenciós csoportba összesen 80 személy került be; a vizsgálati személyek 17,5%-a volt férfi. Átlagéletkoruk 54,6 ($\pm 11,2$) év. A primer daganat által érintett szerv szempontjából 46,8%-uk emlődaganatos, 13% vastagbél-daganatos és 7,8%-nak volt petefészek-daganata. Továbbá 5,2%-ban tüdőrák fordult elő, a többi daganattípus előfordulása a mintában 5% alatti volt. A diagnózis óta eltelt átlagos idő a mintában 28,3 ($\pm 43,5$) hó: a válaszadók 17,1%-ának volt 3 hónál frissebb a diagnózisa; megjegyezzük azonban, hogy a résztvevők 56,3%-a nem válaszolt erre a kérdésre. Az első adatfelvételkor az intervenciós csoport 33,8%-ának volt, 62,2%-ának nem volt tudomása áttétről, 3,8% nem válaszolt.

A tréningen részt vett betegek 8,8%-a volt nőtlen vagy hajadon, szintén 8,8% élt élettársi kapcsolatban, 53,8% élt házastársával, 25,1% vált el vagy élt külön házastársától és 3,8% volt özvegy. Iskolázottság tekintetében mintánkban a magasabb végzettségűek domináltak: 71,3%-nak volt felsőfokú végzettsége, 15,0% rendelkezett gimnáziumi és 6,3%

1 szakközépiskolai érettségivel, 5% volt szakmunkás és csak 2,5% végzett nyolc általánost vagy
2 kevesebbet. A vizsgálatunkban résztvevők legnagyobb része (45%) nyugdíjas volt. További
3
4 20-20% dolgozott aktívan, illetve volt betegállományban, 10% részesült rokkantnyugdíjas
5 ellátásban, 1,3% volt munkanélküli, illetve 3,8%-nak volt egyéb, a fentiekbe nem sorolható
6 munkavállalói státusza (pl. GYES, háztartásbeli).
7
8
9

10
11
12 A 80 főből 78-an végezték el a tréninget, és 25 résztvevő morzsolódott le a féléves
13 utánkövetés idejére (3. kérdőívét nem küldte vissza). A lemorzsolódási ráta tehát 31,3% volt.
14 A lemorzsolódottak közül a nyomonkövetés során 7 fő halt meg, 3 fő címe megváltozott, a
15 többiekéről nincs semmilyen információnk. A vizsgálatban maradtak és a lemorzsolódottak
16 összevetését a mért változók mentén az 1. táblázat mutatja be. Az adatok szerint a
17 lemorzsolódottak mindössze két változó mentén különböztek szignifikánsan az
18 utánkövetettektől: jobb társas közérzetről számoltak be és kevésbé jellemezte őket depresszív
19 megküzdési stílus. A különbségek nagysága mindkét esetben közepesként interpretálható.
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

33 *Illesztett kontrollcsoport*

34
35
36 A Szent László Kórház Onkológiai osztályán lehetőségünk nyílt pszichoszociális
37 intervencióinkban az adott időpontig részt nem vevő 74-fős, illesztett kontrollcsoportot is
38 elérnünk. A kontrollcsoport nem és életkor tekintetében volt illesztett a tréningben résztvevő
39 csoporttal. Az intervenció és a kontrollcsoport összehasonlításának tanúsága szerint (1.
40 táblázat) a kontrollcsoport tagjai kevésbé szorongtak, jobb volt a társas közérzetük, nagyobb
41 mértékű bagatellizáló megküzdés jellemezte őket és gyengébb volt a belsőkontroll-hitük. A
42 különbségek valamennyi esetben kicsinek vagy közepesnek számítanak.
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55

56 1. táblázat. A kontroll-, valamint az intervenció csoport utánkövetett és lemorzsolódott tagjainak kiindulási
57 értékei
58
59
60
61
62
63
64
65

	Kontroll- csoport (n = 74)	Intervenciós csoport / utánkövetett (n = 55)	Intervenciós csoport / lemorzsolódott (n = 25)	Utánkövetettek vs. kontroll- csoport	Utánkövetettek vs. lemor- zsolódottak	
Életkor	54,6 (11,5)	54,6 (11,2)	54,5 (11,2)	t<0,01; p = 0,997; d<0,01	t = -0,03; p = 0,973; d<0,01	
Férfi (N, %)	13 (17,6)	4 (16,0)	10 (18,2)	χ^2 <0,01; p = 0,928; V<0,08	χ^2 = 0,06; p = 0,812; V = 0,027	
Társas támogatottság	10,1 (6,58)	11,2 (5,60)	10,1 (4,59)	t = -0,95; p = 0,347; d = 0,18	t = -0,82; p = 0,418; d = 0,21	
Észlelt stressz	27,5 (6,31)	29,7 (6,01)	27,7 (5,34)	t = -1,92; p = 0,058; d = 0,36	t = -1,41; p = 0,163; d = 0,35	
Szorongás	6,51 (4,32)	8,07 (4,07)	8,06 (3,90)	t = -2,08; p = 0,040; d = 0,37	t = -0,01; p = 0,990; d<0,01	
Depresszió	5,21 (3,97)	5,56 (3,61)	5,04 (3,62)	t = -0,51; p = 0,609; d = 0,09	t = 0,60; p = 0,552; d = 0,14	
Életerő	14,4 (5,26)	14,1 (5,00)	14,5 (4,65)	t = 0,35; p = 0,729; d = 0,06	t = 0,34; p = 0,734; d = 0,08	
Optimizmus	44,5 (7,82)	44,7 (6,91)	46,4 (6,57)	t = -0,18; p = 0,855; d = 0,03	t = 1,01; p = 0,315; d = 0,25	
Életminőség	Rossz fizikai közérzet	7,90 (6,63)	6,70 (5,42)	6,83 (5,58)	t = -1,08; p = 0,282; d = 0,20	t = 0,10; p = 0,923; d = 0,02
	Jó társas közérzet	21,3 (5,85)	18,7 (5,88)	21,4 (3,75)	t = 2,49; p = 0,014; d = 0,44	t = 2,46; p = 0,016; d = 0,55
	Rossz érzelmi közérzet	6,35 (5,12)	6,69 (3,69)	5,80 (3,10)	t = -0,44; p = 0,674; d = 0,08	t = -1,05; p = 0,297; d = 0,26
	Funkcionális jóllét	17,2 (6,23)	19,0 (4,78)	19,0 (4,30)	t = -1,84; p = 0,069; d = 0,32	t = 0,02; p = 0,983; d<0,01
Megküzdés	Depresszív	2,41 (0,89)	2,58 (0,84)	2,16 (0,67)	t = -1,12; p =	t = -2,18; p =

	Kontroll- csoport (n = 74)	Intervenciós csoport / utánkövetett (n = 55)	Intervenciós csoport / lemorzsolódott (n = 25)	Utánkövetettek vs. kontroll- csoport	Utánkövetettek vs. lemor- zsolódottak
				0,266; d = 0,20	0,032; d = 0,55
Aktív	4,16 (0,72)	4,05 (0,64)	3,93 (0,91)	t = 0,86; p = 0,394; d = 0,16	t = -0,62; p = 0,537; d = 0,15
Figyelemelterelő	3,76 (0,89)	3,63 (0,77)	3,46 (1,00)	t = 0,78; p = 0,436; d = 0,16	t = -0,82; p = 0,418; d = 0,19
Vallásos	2,92 (0,97)	2,76 (0,82)	2,51 (0,79)	t = 0,99; p = 0,326; d = 0,18	t = -1,23; p = 0,221; d = 0,31
Bagatellizáló	3,22 (1,14)	2,82 (0,82)	2,69 (0,91)	t = 2,28; p = 0,024; d = 0,40	t = -0,60; p = 0,548; d = 0,15
Belső kontrollhit	5,62 (1,92)	6,36 (1,96)	6,32 (1,53)	t = -2,00; p = 0,049; d = 0,38	t = -0,08; p = 0,935; d = 0,02

Mérőeszközök

A demográfiai adatok kérdéssora magába foglalta a beteg nemét, életkorát, iskolai végzettségét és családi állapotát. Rákérdeztünk arra is, hogy egyedül vagy kapcsolatban él, valamint foglalkozási státuszára (aktív dolgozó / betegállományban van / rokkantnyugdíjas / munkanélküli / nyugdíjas / egyéb; pl. GYES).

A személyt körülvevő társas támogatás feltérképezésére a Társas Támogatási Leltárt (Social Support Dimension Scale; Caldwell, Pearson, & Chin, 1987) használtuk. Ez az egyszerű eszköz a „Betegsége miatt kialakult nehézségeivel kapcsolatban kikre és milyen mértékben számíthat az alábbiak közül?” kérdésre adott válaszokat (0 = egyáltalán nem / 1 = keveset / 2 = átlagosan / 3 = nagyon) összegzi. A potenciális támogatók lehetnek például

1
2 szülők, gyermekek, házastárs (familiáris társas támogatás) vagy nem-családtag segítők:
3 munkatárs, szomszéd, egyházi csoport, civil szervezet (non-familiáris társas támasz).

4
5 A pszichológiai változók közül a stressz-szint mérésére az Észlelt Stressz Kérdőív
6
7 (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) 10-tételes magyar változatát (Stauder & Konkoly
8
9 Thege, 2006) használtuk, melynek megbízhatósága kitűnőnek bizonyult a jelen mintában is
10
11 (Cronbach-alfa: 0,86). A szorongás és a depresszió mérésére a Kórházi Szorongás és
12
13 Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS; Zigmond & Snaith, 1983)
14
15 magyar változatát (Muszbek és mtsai, 2006) alkalmaztuk. Mind a szorongásra, mind a
16
17 depresszióra vonatkozó, 7-7 itemet tartalmazó skála belső megbízhatósága jó volt (Cronbach-
18
19 alfa mindkét skálánál: 0,84).
20
21
22

23
24 A megküzdési módok feltérképezésére a Freiburgi Betegség-feldolgozási Kérdőív
25
26 (Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung – Muthny, 1989) rövidített, magyar
27
28 változatát (Tiringer és mtsai, 2011) alkalmaztuk. A kérdőív ötféle megküzdési módot különít
29
30 el: depresszív-rezignált (5 tétel; Cronbach-alfa: 0,69), aktív-problémaorientált (5 tétel;
31
32 Cronbach-alfa: 0,62), önbátorító-figyelemelterelő (5 tétel; Cronbach-alfa: 0,72), vallásos-
33
34 értelemkereső (5 tétel; Cronbach-alfa: 0,52) és bagatellizáló-vágyteljesítő (3 tétel; Cronbach-
35
36 alfa: 0,53).
37
38
39
40

41 Az életminőség vizsgálatára a FACT-kérdőív általános változatát (General Version of
42
43 the Functional Assessment of Cancer Therapy Scale; Cella és mtsai, 1993) használtuk. A
44
45 mérőeszköz az összpontszámon kívül különböző életminőség-domainekről (fizikai,
46
47 funkcionális, társas és érzelmi jóllét) szolgáltat rákbetegekre nézve specifikus információt.
48
49 Mind a teljes skála (Cronbach-alfa: 0,90), mind az egyes alsókálák belső megbízhatósága jó
50
51 volt (Cronbach-alfa rendre: 0,85; 0,78; 0,81; 0,84).
52
53
54

55 A kontrollhely mérésére (ami csak az első időpontban történt meg) a klasszikus
56
57 Rotter-féle Külső-belső Kontrollhit Kérdőív (Rotter, 1966) magyar verzióját (Oláh, 1982)
58
59
60
61

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

használtuk, mely a személy élete történései fölötti kontrollhitének külső vagy belső voltát méri 29 állító mondattal, amelyek közül a válaszadónak a rá jobban illőt kell kiválasztania. Az optimizmus mérésére az Életszemlélet-tesztet (Life Orientation Test, Scheier & Carver, 1985) használtuk. A 12-tételes mérőeszköz belső megbízhatósága elfogadható volt (Cronbach-alfa: 0,72). Az energetizáltság mértékét a POMS (Profile of Mood States; Curran, Andrykowski, & Studts, 1995) rövidített változatának életerőt mérő tételeinek segítségével becsültük meg. Ennek a szintén hat-tételes mérőeszköznek kitűnő belső megbízhatósága volt a jelen mintában (Cronbach-alfa: 0,92).

Statisztikai eljárások

A leíró statisztikai elemzések során átlagokat, szórásokat és százalékos gyakorisági arányokat számítottunk. A mérőeszközök megbízhatóságának kimutatására Cronbach-alfa-mutatókat számoltunk. Az intervenció közben lemorzsolódott és benmaradt csoport eredményeinek, illetve a vizsgálati és kontrollcsoport alapértékeinek összevetésére khi-négyzet próbát, illetve független mintás t-próbát használtunk. A hatásméret kifejezésére Cramer-féle V-értéket (khi-négyzet próba), illetve Cohen-féle d-értékeket (t-próba) számoltunk.

A vizsgált folytonos pszichológiai változóknak a Simonton-tréning három periódusában való különbségét – a második és a harmadik felvételkor kapott adatokat is az első felvételhez hasonlítva – összetartozó-mintás t-próbával vizsgáltuk. A hatásméret kifejezésére ismét Cohen-féle d-értéket számoltunk. A d-értékeket egy online alkalmazás használatával számítottuk ki, az összes többi statisztikai elemzést az SPSS Statistics for Windows 21-es verziójával végeztük el.

EREDMÉNYEK

Mért változóink leíró statisztikáit mindhárom mérési alkalommal, illetve az intervenció során és az utánkövetés során bekövetkezett változásokra vonatkozó statisztikai elemzések részleteit a 2. táblázat tartalmazza. Az adatok azt mutatják, hogy az intervenció befejeztére a résztvevők körében szignifikánsan csökkent a szorongás, a depresszió, az észlelt stressz szintje, és szintén szignifikáns mértékben nőtt körükben az életerő. Nem történt szignifikáns változás viszont az optimizmus, az életminőség-dimenziók és a legtöbb megküzdési stílus tekintetében. Ez utóbbiak közül csak a depresszív megküzdés előfordulása csökkent, a figyelemelterelő copingé pedig nőtt. A szignifikáns változások hatásmérete kis, illetve közepes nagyságú volt (2. táblázat).

A féléves utánkövetés adatai azt mutatják, hogy az intervenció révén kialakult pozitív változások nagyobb része hosszabb távon is megmaradt (2. táblázat). A Simonton-tréningen résztvettek körében a kiindulási értékeknél továbbra is szignifikánsan alacsonyabb maradt a szorongás, a depresszió és az észlelt stressz szintje. Szintén szignifikáns maradt az az életerő körükben mért növekedése, valamint a depresszív megküzdés csökkenése és a figyelemelterelő coping növekedése. Ezen felül érdekes módon megjelent egy új változás is az utánkövetés idején: az aktív, problémafókuszú megküzdés szintje szignifikáns csökkenést mutatott fél év elteltével.

A kontrollcsoport esetében mindössze két adatfelvétel történt: kiinduláskor és attól számított fél év elteltével. Az e csoportba tartozó betegek esetében a figyelemelterelő megküzdésben tapasztaltunk egyedül szignifikáns, enyhe növekedést. A többi mért változó tekintetében nem mutattak változást a kontrollcsoportba tartozó daganatos betegek (2. táblázat).

2. táblázat. A kontroll-, valamint az intervenció csoport utánkövetési adatai, illetve a kiindulási értékekhez képesti változásokkal kapcsolatos statisztikai próbák értékei

		Kontrollcsoport		Intervenció csoport			
		Utánkövetési értékek [átlag (szórás)]	Változás a kiindulási értékhez képest	Intervenció utáni értékek [átlag (szórás)]	Változás a kiindulási értékhez képest	Utánkövetési értékek [átlag (szórás)]	Változás a kiindulási értékhez képest
Társas támogatottság		11,3 (5,68)	t = 0,16; p = 0,876; d = 0,02	11,5 (5,10)	t = -1,53; p = 0,131; d = 0,14	11,5 (5,36)	t = -0,83; p = 0,411; d = 0,08
Észlelt stressz		28,7 (7,63)	t = -1,02; p = 0,319; d = 0,18	26,6 (5,99)	t = 3,74; p < 0,001; d = 0,42	27,0 (6,11)	t = 3,17; p = 0,003; d = 0,42
Szorongás		6,30 (4,91)	t = 0,77; p = 0,451; d = 0,12	6,38 (4,12)	t = 3,95; p < 0,001; d = 0,42	6,31 (4,19)	t = 3,59; p = 0,001; d = 0,43
Depresszió		5,60 (5,31)	t = -0,16; p = 0,873; d = 0,02	4,18 (3,12)	t = 3,61; p = 0,001; d = 0,36	4,69 (3,38)	t = 2,06; p = 0,044; d = 0,25
Életerő		14,3 (6,81)	t = -0,13; p = 0,894; d = 0,02	15,8 (4,94)	t = -2,56; p = 0,013; d = 0,35	15,7 (4,84)	t = -2,01; p = 0,049; d = 0,31
Optimizmus		44,0 (11,0)	t = 0,27; p = 0,793; d = 0,04	46,0 (7,07)	t = -1,35; p = 0,182; d = 0,13	45,6 (7,31)	t = -1,07; p = 0,291; d = 0,13
Életminőség	Rossz fizikai közérzet	6,37 (6,02)	t = 1,40; p = 0,174; d = 0,19	6,28 (5,28)	t = 0,80; p = 0,425; d = 0,09	5,65 (4,91)	t = 1,46; p = 0,149; d = 0,20
	Jó társas közérzet	20,4 (5,96)	t = 0,33; p = 0,748; d =	18,4 (6,04)	<i>t = 1,87; p = 0,066; d =</i>	18,5 (5,70)	t = 0,22; p = 0,829; d =

	Kontrollcsoport		Intervenció csoport			
	Utánkövetési értékek [átlag (szórás)]	Változás a kiindulási értékhez képest	Intervenció utáni értékek [átlag (szórás)]	Változás a kiindulási értékhez képest	Utánkövetési értékek [átlag (szórás)]	Változás a kiindulási értékhez képest
		0,04		0,19		0,03
Rossz érzelmi közérzet	6,91 (5,61)	t = -1,20; p = 0,241; d = 0,16	5,81 (4,18)	t = 1,27; p = 0,207; d = 0,15	5,76 (3,69)	t = 1,389; p = 0,172; d = 0,25
Funkcionális jóllét	17,7 (6,61)	t = -0,87; p = 0,392; d = 0,12	19,0 (4,91)	t = -0,10; p = 0,923; d < 0,01	19,5 (5,18)	t = 1,94; p = 0,058; d = 0,11
Megküzdés	Depresszív	t = 0,26; p = 0,795; d = 0,05	2,24 (0,82)	t = 2,45; p = 0,017; d = 0,27	2,30 (0,80)	t = 2,51; p = 0,015; d = 0,34
	Aktív	t = 0,53; p = 0,601; d = 0,08	4,02 (0,71)	t = -0,22; p = 0,826; d = 0,02	3,84 (0,73)	t = 2,63; p = 0,011; d = 0,31
	Figyelemelterelő	t = -2,68; p = 0,013; d = 0,35	3,76 (0,64)	t = -2,10; p = 0,039; d = 0,26	3,89 (0,71)	t = -2,45; p = 0,018; d = 0,34
	Vallásos	t = 0,93; p = 0,362; d = 0,16	2,75 (0,73)	t = -0,91; p = 0,365; d = 0,10	2,89 (0,77)	t = -1,41; p = 0,164; d = 0,16
	Bagatellizáló	t = 0,63; p = 0,537; d = 0,15	2,87 (0,86)	t = -0,85; p = 0,396; d = 0,10	2,68 (0,83)	t = 1,04; p = 0,304; d = 0,17

DISZKUSSZIÓ

1 Az 1970-80-as években nagy érdeklődés övezte a test-lélek egységét szem előtt tartó,
2 az életmódváltást és az érzelmi egyensúly megteremtését egyszerre segíteni kívánó Simonton-
3 módszert, mely kognitív és viselkedésterápiás elemeket, relaxációt, vezetett imaginációt,
4 vizualizációt magában foglaló foglalkozássorozat (Klisch, 1980). Az eredeti, komplex
5 technika (Simonton és mtsai, 1978) a későbbi évek terápiás gyakorlatában redukálódott a
6 relaxáció és a vezetett imagináció alkalmazására, és így a hatékonyságvizsgálatok érdeklődési
7 köre is ezekre koncentrált (Eller, 1999; Newell és mtsai, 2002).

17 Vizsgálatunk célja az eredeti, komplex Simonton-módszer hatékonyságának vizsgálata
18 volt magyar daganatos betegek körében. Az eddigi egyetlen hatékonyságvizsgálat fókuszával
19 ellentétben a túlélési idő helyett az intervenció életminőségre és az érzelmi-lelki egyensúlyra
20 gyakorolt hatására koncentráltunk – feltételezve, hogy a kedvező változások középtávon is
21 megmaradnak. Eredményeink közzétételét tehát azért tartjuk fontosnak, mert a módszerrel
22 kapcsolatos eddigi született szakirodalom fókuszában nem a pszichológiai változók, hanem a
23 túlélés állt, s az elmúlt évtizedben hasonló, illesztett kontrollcsoportos, nyomonkövető
24 vizsgálatról sem a nemzetközi, sem a magyar lapokban nem olvashattunk.

36 Eredményeink igazolták hipotézisünket a Simonton-módszer pszichés állapotot javító
37 hatására vonatkozóan, de az életminőségre gyakorolt erőteljes hatása vizsgálatunkban nem
38 igazolódott. A 11 héten át tartó foglalkozássorozat hatására a mért 15 változóból 6 esetben
39 tapasztaltunk szignifikáns javulást, melyek többsége az utánkövetés végére is mérhető maradt.
40 Egy meglepő, új változás is jelentkezett ekkorra: a problémamegoldó, aktív megküzdés a
41 csökkent az intervenció csoportban. A pszichoonkológia gyakorlatából ismert, hogy a
42 megküzdés jellege változhat a betegségfolyamatban; leghatékonyabb akkor, ha a illeszkedik a
43 betegség stádiuma adta kihívásokhoz (Holland, Breitbart, & Jacobsen, 1998). Elképzelhető
44 ezért, hogy a betegség elején erősen aktív, megoldáskereső attitűd idővel való csökkenése a
45 betegségfolyamat adaptív jellemzője.

1
2 A fenti eredmények alapján elmondhatjuk, hogy az eredeti, komplex Simonton-tréning
3 hatékonyan modható a daganatos betegek pszichológiai jól-létének fokozására és
4 fenntartására, hisz az intervenció hatása fél év múltán is számottevő, míg az illesztett
5 kontrollcsoport mutatói ugyanennyi idő elteltével gyakorlatilag változatlanok maradtak,
6 kivéve a figyelemelterelő megküzdést, mely szignifikáns növekedést mutatott a félévvel
7 későbbi mérések során. Eredményeink támogatják azon következtetéseket, melyek szerint a
8 komplex pszichoterápiás módszerek daganatos betegek körében hatékonyak – a pszichológiai
9 egészség terén legalábbis biztosan (Coyne, Hanisch, & Palmer, 2007; Kissane és mtsai, 2007).

10
11
12
13
14
15
16
17
18
19 Vizsgálatunknak és levont következtetéseinknek ugyanakkor a jelen kutatás
20 természeténél és módszertanánál fogva számos korlátja is van. A klinikai mintát használó,
21 komplex intervenciót célzó, hosszabb utánkövetésű hatásvizsgálatok limitációi itt is
22 érvényesülnek. Az ilyen jellegű intervencióra jelentkezők pszichológiai jellemzői eleve nem
23 tekinthetőek populációs átlagértékeknek („a magyar daganatosok”): erős motiváció és
24 megfelelő külső körülmények, illetve szervezés (pl. fővárosközeli lakhely vagy a bejárás
25 megszervezése) szükséges a programon való részvételhez – a randomizáció és a kettős vak
26 elrendezés tehát nem valósítható meg. Mindazonáltal a kontrollcsoport bevonásával
27 igyekeztünk ezt a szelekciós torzítást kompenzálni.

28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41 Ezen felül a relatíve kis elemszám további csoportosításra – például a daganat típusa,
42 stádiuma vagy akár nemek szerint – nem ad lehetőséget, ha az elemzések statisztikai erejéről
43 nem akarunk lemondani. A nyomonkövetésben nem szerepel a napi gyakorlások követése, így
44 annak a hétköznapi beépüléséről, illetve a gyakorlás mennyiségének a mért
45 változókra kifejtett hatásáról nincs információ. A megküzdési módok feltérképezésére
46 szolgáló Freiburgi Betegség-feldolgozási Kérdőív számos skálájának optimálisnál
47 alacsonyabb Cronbach-alfa-értéke csökkenti továbbá az ezzel a mérőeszközzel gyűjtött adatok
48 megbízhatóságát.

1 Végül, a csoportokra jelentkezők 71,3%-a felsőfokú végzettségű, míg a
2 középiskolainál alacsonyabb végzettségűek megjelenése a vizsgálati mintában csupán 7,5%.
3
4 A továbbiakban ezért szükséges volna a program szélesebb körű kiterjesztése és
5 hatékonyságának vizsgálata e nagyobb populáción. Magasabb résztvevőszám és
6
7 kontrollcsoport-létszám elérése, illetve a tréning által elsajátítható életmódváltás (pl.
8
9 rendszeres testmozgás beépítése, a táplálkozási szokások változásának mérése, napi gyakorlás
10 követése) és a résztvevők állapotának hosszabb távú és még szélesebb körű monitorozása
11 szintén kívánatos volna. Különösen fontos feladat az alacsonyabb képzettségű betegek
12 körében a pszichológiai kultúra erősítése, a pszichológiai intervenciókkal kapcsolatos
13 ismeretek terjesztése, annak közvetítése, hogy a betegséget kísérő pszichoszociális
14 problémákat nem csak elszenvedhetik, hanem aktívan változtathatnak is rajtuk.
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27

28 KÖVETKEZTETÉSEK

29
30
31
32
33
34 Összegzésképp elmondhatjuk, hogy a Simonton-tréning komplex eszköztárával,
35 megfelelően képzett szakember vezetésével valóban hasznos segítséget nyújt, és pozitív,
36 maradandó hatásokat eredményez a daganatos betegek pszichés egészsége szempontjából.
37
38 Hatására javul a lelki egészség, növekszik az életerő, csökken a depresszív megküzdés, mely
39 lehetővé teszi a betegséghez való jobb alkalmazkodást. A Simonton-tréning alkalmazását
40 ezért kiegészítő pszichológiai intervencióként, életmód-változtatást segítő beavatkozásként
41 javasoljuk a betegséggel aktívan küzdőknek. Végezetül álljon itt egy idézet a számos
42 visszajelzésből, melyet a csoportok résztvevőitől kaptunk: „*A Simonton-tanfolyamon eszközt*
43 *kaptam, hogy én is tehessek valamit a gyógyulásomért, ne csak kiszolgáltatottan várjam*
44 *mások segítségét. Módszert, hogy nyugodtabban, harmonikusabban éljek, reményt, hogy meg*
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

*lehet gyógyulni. Felhívta a figyelmemet, hogy a saját életünkért nekünk is kell tenni. Az
életemet én befolyásolom, én irányíthatom.”*

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

IRODALOM

- 1
2
3
4
5 Achteberg, J., Simonton, O.C., & Matthews-Simonton, S. (1977). *Stress, psychological*
6
7 *factors, and cancer: An annotated collection of readings from the professional*
8
9 *literature*. Fort Worth: New medicine Press
10
11
12 Baider, L., Uziely, B., & Kaplan De-Nour, A. (1994). Progressive muscle relaxation and
13
14 guided imagery in cancer patients. *General Hospital Psychiatry, 16*(5), 340-347.
15
16
17 Bodoky, Gy., Kopper L. (2013). *Tüdő és mediasztinális onkológia*. Budapest: Semmelweis
18
19 Kiadó
20
21
22 Caldwell, R.A., Pearson, J.L., & Chin, R.J. (1987). Stress-Moderating Effects. Social Support
23
24 in the Context of Gender and Locus of Control. *Personality and Social Psychology*
25
26 *Bulletin, 13*(1), 5-17.
27
28
29 Cella, D.F., Tulsky, D.S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., et al. (1993). The
30
31 Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and validation of the
32
33 general measure. *Journal of Clinical Oncology, 11*, 570-579.
34
35
36 Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress.
37
38 *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.
39
40
41 Coyne, J.C., Hanisch, L.J., & Palmer, S.C. (2007). Psychotherapy does not promote survival
42
43 (Kissane et al., 2007): now what? *Psycho-Oncology, 16*, 1050-1052.
44
45
46 Curran, S.L., Andrykowski, M.A., & Studts, J.L. (1995). Short Form of the Profile of Mood
47
48 States (POMS–SF): Psychometric information. *Psychological Assessment, 7*(1), 80-83.
49
50
51 Eller, L.S. (1999). Guided imagery interventions for symptom management. *Annual Review of*
52
53 *Nursing Research, 17*(1), 57-84.
54
55
56 Holland, J.C, Breitbart, W., & Jacobsen, P. B. (1998). *Handbook of Psycho-Oncology*. New
57
58 York: Oxford University Press
59
60
61
62
63
64
65

1 Kissane, D.W., Grabsch, B., Clarke, D.M., Smith, G.C., Love, A.W., Bloch, S., et al. (2007).

2 Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: Survival
3 and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16,
4 277-286.
5
6
7

8
9 Klisch, M. (1980). The Simonton method of visualisation: Nursing implications and a
10 patient's perspective. *Cancer Nursing*, 3(4), 295-300.
11
12

13 Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training
14 in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute
15 non-surgical cancer treatment: A meta-analytical review. *Psycho-Oncology*, 10, 490-
16 502.
17
18
19
20
21
22

23 Muszbek, K., Szekely, A., Balogh, É., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, Á., et al. (2006).
24 Validation of the Hungarian Translation of Hospital Anxiety and Depression Scale.
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

66 Muthny, F.A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung*. Göttingen:
67 Hogrefe

68 Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W., & Savolainen, N.J. (2002). Systematic review of
69 psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future
70 research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), 558-584.
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

101 Oláh, A. (1982). *Kérdőíves módszerek a külső-belső kontroll attitűd vizsgálatára*. Budapest:
102 Országos Pedagógiai Intézet

103 Ornish, D., Weidner, G., Fair, W.R., Marlin, R., Pettengill, E.B., Raisin, C.J., et al. (2005).
104 Intensive lifestyle changes may affect the progression of prostate cancer. *The Journal of*
105 *Urology*, 174, 1065-1070.
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165

166 Raffe, L., Schmidt, K., & Ernst, E. (2005). A systematic review of guided imagery as an
167 adjuvant cancer therapy. *Psycho-Oncology*, 14, 607-617.
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Simonton, O.C., & Matthews-Simonton, S. (1981). Cancer and stress: counselling the cancer patient. *The Medical Journal of Australia*, 1(13), 679-683.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., & Creighton, J. (1978). *Getting well again: A step-by-step, self-help guide to overcoming cancer for patients and their families*. Los Angeles: JP Tarcher Inc
- Simonton, C.O., Matthews-Simonton, S., & Sparks, F.T. (1980). Psychological intervention in the treatment of cancer. *Psychosomatics*, 21(3), 226-233.
- Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 334(8668), 888-891.
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 203-216.
- Tiringer, I., Simon, A., Németh, K., Bánki, C., Molnár, E., Szamosi, E., et al. (2011). A Freiburgi Betegségfeldolgozási Kérdőív rövidített változatának (FKV-LIS) hazai adaptációja. A megerősítő faktoranalízis eredményei. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66, 631-667.
- Walker, L.G., Walker, M.B., Ogston, K., Heys, S.D., Ah-See, A.K., Miller, I.D., et al. (1999). Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *British Journal of Cancer*, 80(1-2), 262-268.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.