

Osobowy wzrost u nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową

Personal growth in adolescents coping with cancer

Nina Ogińska-Bulik

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Psychoonkologia 2012, 1: 1–8

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik
Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii
ul. Smugowa 10/12
91-433 Łódź
tel. 609 772 708
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

Streszczenie

Wstęp: W ostatnich latach badania nad stresem i traumą skupiają się na pozytywnych aspektach doświadczanych wydarzeń, określanych jako potraumatyczny wzrost. Badania w tym obszarze dotyczące dzieci i młodzieży wciąż jednak należą do rzadkości. Celem podjętych analiz było ustalenie, czy pozytywne zmiany, odzwierciedlane w postaci osobowego wzrostu, występują u nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową i czy zależą one od płci, wieku i czasu, jaki upłynął od zdiagnozowania choroby.

Materiał i metody: W badaniach uczestniczyło 39 nastolatków chorych onkologicznie (16 chłopców i 23 dziewczęta), w wieku 14–18 lat ($M = 16,5$; $SD = 1,14$), którzy znajdują się w procesie leczenia bez stwierdzonych nawrotów choroby. Do oceny pozytywnych zmian w wyniku zmagania się z chorobą nowotworową wykorzystano Kwestionariusz Osobowego Wzrostu – KOW-27, własnego autorstwa, który mierzy zmiany w zakresie percepcji siebie, doceniania życia i relacji z innymi.

Wyniki: Nastolatki, które doświadczyły choroby nowotworowej, ujawniły występowanie pozytywnych zmian, składających się na wzrost osobowy – 35,9% w wysokim stopniu. Większe zmiany dotyczyły percepcji siebie i doceniania życia niż relacji z innymi. Płeć, wiek ani czas, jaki upłynął od zdiagnozowania choroby, nie wpływały na poziom osobowego wzrostu.

Wnioski: Kwestionariusz Osobowego Wzrostu jest użytecznym narzędziem do oceny pozytywnych zmian po traumie u dzieci i młodzieży. Występowanie osobowego wzrostu w wyniku doświadczonej choroby świadczy o skutecznym radzeniu sobie z nią, jednakże konieczne są dalsze badania w tym obszarze.

Abstract

Introduction: Recently stress and trauma research has begun to focus on positive outcomes, specifically posttraumatic growth, however the studies on children and adolescents are still very rare. The purpose of the study was to investigate if adolescents who experienced trauma related to cancer disease reveal positive changes, emphasizes in personal growth, in what degree and if gender, age and time since diagnosis of illness are related to the level of personal growth.

Material and methods: The study group consists of 39 adolescents (16 boys and 23 girls) aged 14-18 years ($M = 16.5$; $SD = 1.14$) who were in a process of treatment of cancer with no history of relapse. Personal Growth Questionnaire – KOW-27 (in own development) which measure positive changes in self perception, appreciation of life and relations to others was used in the study.

Results: Adolescents who have experienced cancer reported positive changes in the aftermath of trauma 35.9% of them in a high degree. The changes in appreciation of life and self perception were greater than in relations to others. Gender, age and time since diagnosis of cancer were not related to the level of personal growth.

Conclusions: Personal Growth Questionnaire is a useful tool to measure positive changes after trauma in children and adolescents. Occurring personal growth is an indicator of coping efficiency with illness, but further studies are needed in this area.

Słowa kluczowe: wzrost potraumatyczny, wzrost osobowy, choroba nowotworowa, nastolatki.

Key words: posttraumatic growth, personal growth, cancer disease, adolescents.

Choroba nowotworowa jako doświadczenie traumatyczne

Choroby nowotworowe występują niezależnie od wieku, a więc także u dzieci i młodzieży, choć rzadziej niż u dorosłych. Stanowią one ok. 2% ogółu rozpoznawanych nowotworów. Liczbę nowych zachorowań w Polsce szacuje się rocznie na 1200. Najczęstszym rodzajem są białaczki, stanowiące ok. 30–35% wszystkich nowotworów tego okresu życia [1]. Ryzyko zachorowania na nowotwór u dzieci i młodzieży w wieku do 15. roku życia szacuje się na 1 : 600 [2].

Doświadczenie choroby nowotworowej pociąga za sobą niekorzystne następstwa, które przejawiają się w różnych obszarach funkcjonowania człowieka, przede wszystkim w sferze emocjonalnej. Chorobie towarzyszy poczucie zagrożenia, stany lękowe, depresyjne, poczucie bezradności, niepewność, zmiany w obrazie własnej osoby, obawy co do przyszłości, czasami poczucie winy. Utrata zdrowia wiąże się z ograniczeniami w zakresie własnej aktywności, niemożnością czy trudnościami realizowania celów życiowych, rodzinnych, zawodowych. Mogą także nastąpić zmiany w funkcjonowaniu poznawczym jednostki. W chorobie zagrożone zostają podstawowe wartości człowieka, tj. jego samoocena, sprawność fizyczna, relacje z innymi, a przede wszystkim jego życie [3].

Negatywne skutki choroby nowotworowej w grupie dzieci i młodzieży są często silniejsze niż w przypadku osób dorosłych. Wynika to z jednej strony z większej podatności młodych ludzi na doświadczanie wydarzeń stresowych, a z drugiej, z faktu, iż posiadają oni mniejszą niż osoby dorosłe ilość zasobów potrzebnych do radzenia sobie z przeciwnościami losu. Stosują także mniej dojrzałe strategie radzenia sobie ze stresem. Ponadto u dzieci występują nie do końca ukształtowane procesy poznawcze czy wciąż rozwijające się własne *ja*, co utrudnia proces radzenia sobie.

Spośród dzieci chorych na raka 20–27% doświadcza objawów stresu pourazowego [4]. Trauma wiążąca się z doświadczeniem choroby nowotworowej ma z reguły złożony charakter. Można więc mówić o traumie związanej z procesem diagnozy, powagi

choroby i stopnia zagrożenia dla życia, poczuciem osamotnienia związanym na przykład z pobytem w szpitalu, czasem trwania choroby, powtarzającymi się zabiegami czy procedurami medycznymi, wreszcie aktualnym stanem wyrażającym się albo odzyskaniem zdrowia, albo pozostawaniem w stanie choroby [5].

W obliczu choroby szczególnie ważne są stosowane strategie radzenia sobie. Umiejętności radzenia sobie z chorobą kształtują się stopniowo i wiążą się z jej fazami, począwszy od zaskoczenia, poprzez poszukiwanie równowagi, do uwolnienia się od wpływu choroby na funkcjonowanie. Skuteczne radzenie sobie z doświadczeniem traumatycznym w postaci choroby nowotworowej może się wiązać z wystąpieniem pozytywnych zmian w zakresie funkcjonowania psychicznego człowieka, określanym mianem potraumatycznego wzrostu/rozwoju.

Pozytywne zmiany po traumie u dzieci i młodzieży

Pojęcie potraumatycznego wzrostu/rozwoju (*post-traumatic growth* – PTG) wprowadzili do literatury R. Tedeschi i L. Calhoun [6–8]. Odnosi się ono do opisu pozytywnych zmian, które pojawiają się w wyniku podejmowanych prób poradzenia sobie z następstwami traumatycznych wydarzeń. Wzrost potraumatyczny jest więc czymś więcej niż tylko powrotem do stanu równowagi po doświadczonym przeżyciu traumatycznym. Zjawisko to wskazuje, że jednostka w wyniku przeżytego zdarzenia przechodzi pewnego rodzaju transformację i uzyskuje wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania. Autorzy konstruktu wskazują na trzy grupy pozytywnych zmian składających się na wzrost po traumie. Obejmują one zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej. Zjawisko to w odniesieniu do osób dorosłych zostało opisane dość szeroko w polskiej literaturze [9–17].

Wzrost potraumatyczny nie oznacza, że przeżycie traumy jest czymś pozytywnym czy koniecznym dla dokonania istotnych zmian w życiu. Nie należy także oczekiwać, że każda osoba, która przeżyła traumę, doświadczy wzrostu lub że jest to niezbęd-

ny warunek pełnego powrotu do zdrowia po przeżyciu traumy. Tedeschi i Calhoun [8] wyraźnie wskazują, że to nie sama trauma prowadzi do wzrostu, tylko podejmowane przez jednostkę próby poradzenia sobie z kryzysem.

O ile zjawisko potraumatycznego wzrostu u osób dorosłych jest od kilkunastu lat przedmiotem wielu dociekań naukowych, o tyle badania dotyczące tego fenomenu w grupie dzieci i młodzieży wciąż należą do rzadkości. Te dostępne wiążą się najczęściej z doświadczaniem katastrof naturalnych, w tym huraganów i powodzi [18, 19] czy tsunami [20], a także śmierci rodziców [21], ataków terrorystycznych [22], prowadzeniem działań wojennych [23] oraz innych negatywnych wydarzeń życiowych występujących w ogólnej populacji młodzieży [24, 25].

Pozytywne zmiany w wyniku doświadczonej traumy obserwowane u dzieci i młodzieży przejawiają się przede wszystkim zwiększeniem odporności psychicznej i emocjonalnej dojrzałości, wzrostem współczucia i empatii dla innych, głębszym rozumieniem osobistych wartości, celu i sensu życia, większym docenianiem życia czy lepszymi relacjami z innymi.

Wśród uwarunkowań potraumatycznego wzrostu u dzieci i młodzieży, podobnie jak u dorosłych, zwraca się uwagę na czynniki związane z rodzajem doświadczanego wydarzenia, jego intensywnością czy zagrożeniem dla życia. Podkreśla się, że silniejszy wzrost jest związany z większą powagą choroby i większym zagrożeniem dla zdrowia [26]. Niezwykle ważne są także stosowane strategie radzenia sobie ze stresem oraz posiadane zasoby zarówno osobiste, jak i społeczne.

Podobnie jak u dorosłych, w pojawianiu się pozytywnych zmian po traumie podkreśla się rolę procesów poznawczych, w tym zdolności do przetwarzania informacji jako czynnika sprzyjającego czerpaniu korzyści z traumy. Jednostka, konfrontując się z traumą, przeżywa nie tylko negatywne emocje, lecz także doświadczają myśli, wspomnień związanych z doświadczonym wydarzeniem, rozważa je, analizuje i stopniowo nadaje im nowe znaczenie.

Ten etap, aczkolwiek bolesny (nasila negatywne emocje i stan dystresu), może prowadzić do odkrywania nowych, nieznanych dotąd aspektów dotyczących własnego ja i swoich relacji z innymi. Staje się to podstawą tworzenia nowej wizji świata, budowania przekonań i poglądów dostosowanych do nowej rzeczywistości. Etap ten można określić jako proces przebudowy własnego życia. Pojawienie się pozytywnych zmian świadczy o „przepracowaniu” traumy i jest przejawem skuteczności poradzenia sobie z nią.

Należy jednak podkreślić, że ze względu na młody wiek, wciąż kształtującą się osobowość, w tym

rozwijające się nadal schematy poznawcze czy trudności w werbalizowaniu własnych przeżyć, ten proces u dzieci i młodzieży wydaje się trudniejszy niż u osób dorosłych. Ogólnie uważa się [27], że dzieci są mniej odporne na doznane urazy niż osoby dorosłe, a to może się wiązać z mniejszym prawdopodobieństwem doświadczania pozytywnych zmian. Zwraca się także uwagę, że wystąpienie potraumatycznego wzrostu wymaga swego rodzaju dojrzałości poznawczej, w tym samoświadomości, rozumienia siebie czy samorefleksji. Z drugiej jednak strony niedojrzałość schematów poznawczych i ich labilność występująca u dzieci mogą ułatwiać asymilowanie nowych treści i budowanie nowej wizji świata, a więc sprzyjać dostrzeganiu nowych możliwości życiowych.

Potraumatyczny wzrost w chorobie nowotworowej

Badania prowadzone z udziałem osób dorosłych wskazują, że doświadczenie choroby nowotworowej pociąga za sobą pozytywne zmiany. Należy jednak wyraźnie podkreślić, że doświadczenie wzrostu nie wyklucza występowania stanu dystresu, negatywnych emocji, a nawet bólu i cierpienia, nie jest też synonimem szczęścia. Pozytywne oraz negatywne stany psychiczne w tym przypadku współwystępują ze sobą. Szacuje się, że pozytywne zmiany w wyniku diagnozy nowotworu zachodzą u 30–90% pacjentów [28–30]. Podkreśla się także, że wzrost potraumatyczny jest charakterystyczny przede wszystkim dla wczesnych etapów procesu diagnozowania i leczenia choroby nowotworowej.

W badaniach greckich, obejmujących osoby, u których zdiagnozowano raka, ujawniono związek zdarzenia traumatycznego w postaci choroby z doświadczaniem pozytywnych skutków traumy, przejawiających się przede wszystkim poprawą relacji z innymi i zwiększonym docenianiem życia [30]. Potwierdzają to inne wyniki badań przeprowadzone w grupie 300 kobiet, które w ostatnich dwóch latach przed badaniem przeżyły mastektomię [31]. Pozytywne zmiany wynikające z doświadczania choroby dostrzegły także kobiety z nowotworem piersi badane przez Cordovę i wsp. [32]. Zaobserwowane zmiany dotyczyły przede wszystkim zacieśnienia więzi z ludźmi, docenienia życia i duchowej przemiany. Z polskich badań obejmujących grupę kobiet po mastektomii [10] wynika, że połowa badanych (50%) uzyskała wysokie nasilenie pozytywnych zmian, 25% przeciętne i 25% niskie. Większe zmiany dotyczyły relacji z innymi i doceniania życia, mniejsze zaś percepcji siebie i sfery duchowej.

Przeprowadzono również badania dotyczące występowania pozytywnych zmian w związku z doświadczeniem choroby nowotworowej w grupie dzieci i młodzieży. W badaniach [33], którymi objęto 150 nastolatków w wieku 11–19 lat (co najmniej po roku od rozpoczęcia leczenia i bez stwierdzonego nawrotu choroby) oraz ich rodziców, do oceny pozytywnych zmian wykorzystano wywiad strukturyzowany. Analizowano także stopień zagrożenia dla życia, uciążliwości związane z procesem leczenia oraz objawy stresu pourazowego (PTSD). Blisko 85% nastolatków zauważyło u siebie co najmniej jedną pozytywną zmianę w wyniku doświadczonej choroby, a prawie 1/3 przyznała się do czterech lub więcej takich zmian. Dla ponad połowy badanych pozytywne zmiany wiązały się z percepcją siebie i planami na przyszłość. Prawie 90% matek podało co najmniej jedną pozytywną zmianę wynikającą z choroby dziecka, a blisko połowa zauważyła cztery lub więcej takich korzyści. W grupie ojców ok. 80% doświadczyło jednej zmiany, a 1/4 – cztery lub więcej. Silniejsze zagrożenie dla życia i większe uciążliwości leczenia wiązały się z większym wzrostem po traumie. Wykazano ponadto, że wyższy poziom symptomów stresu pourazowego sprzyjał wystąpieniu pozytywnych zmian.

Występowanie pozytywnych zmian zaobserwowano również w innych badaniach prowadzonych w grupie dzieci chorych onkologicznie [34]. Ujawniono w nich ponadto pozytywny – choć słaby – związek z poziomem optymizmu i poczuciem własnej wartości oraz negatywny z lękiem. Wyższy poziom zmian wiązał się z wcześniejszym czasem diagnozy choroby. W badaniach analizowano także symptomy stresu pourazowego i jakość życia, które nie wiązały się w sposób istotny statystycznie z czerpaniem korzyści z traumy.

Kontynuacją wyżej wymienionych były badania prowadzone przez Michel i wsp. [4], obejmujące dzieci chore onkologicznie oraz ich rodziców. Nie stwierdzono związku z płcią, wiekiem (choć młodszy pacjenci wykazali nieco więcej pozytywnych zmian) i czasem od postawienia diagnozy choroby. Poziom potraumatycznego wzrostu wiązał się natomiast z powagą i rodzajem choroby. Dzieci, które przyznały, że choroba wciąż negatywnie wpływa na ich życie, prezentowały wyższy poziom zmian. Ponadto dzieci z białaczką wykazywały wyższy poziom wzrostu po traumie w porównaniu z jednostkami z guzem mózgu, co może być spowodowane m.in. tym, że leczenie białaczki jest długie i rozłożone w czasie. Ponadto potrau-

matyczny wzrost był pozytywnie związany z poziomem optymizmu, ale nie korelował z symptomami stresu pourazowego i jakością życia. Nie stwierdzono też związku między nasileniem pozytywnych zmian występujących u dzieci i ich rodziców, co mogło wynikać m.in. ze stosowania różnych metod pomiaru.

W Polsce nie prowadzono jeszcze tego typu analiz w grupie dzieci i młodzieży. Dlatego celem podjętych badań było sprawdzenie, czy u nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową występują pozytywne zmiany, w jakim stopniu i czy ich poziom zależy od płci i wieku badanych oraz czasu, jaki upłynął od zdiagnozowania choroby.

Material i metody

Badaniami objęto 45 nastolatków chorych onkologicznie. Do analizy włączono wyniki 39 osób, w tym 16 chłopców i 23 dziewcząt (pozostałe odrzucono ze względu na niekompletność danych). Wiek badanych wahał się w granicach 14–18 lat ($M = 16,5$; $SD = 1,14$). Wszyscy uczestniczący w badaniu byli pacjentami oddziału hematologicznego w jednym z łódzkich szpitali z wcześniejszym rozpoznaniem jednej z postaci choroby nowotworowej (białaczka, chłoniak, ziarnica, guz mózgu, guz Wilmsa). Czas, w jakim zdiagnozowano chorobę, nie przekraczał 5 lat. W żadnym z analizowanych przypadków nie stwierdzono nawrotu choroby.

Do oceny pozytywnych zmian w wyniku zmagania się z chorobą nowotworową wykorzystano Kwestionariusz Osobowego Wzrostu – KOW-27, własnego autorstwa [35]¹. Zawiera on 27 stwierdzeń dotyczących występowania pozytywnych zmian w wyniku doświadczenia negatywnego wydarzenia życiowego (np. „Czuję się bardziej pewny siebie” czy „Chętniej nawiązuję kontakty z innymi ludźmi”). Przeprowadzona analiza czynnikowa (Varimax z rotacją ortogonalną) ujawniła trzy czynniki: percepcję siebie, docenianie życia i relacje z innymi (wszystkie po 9 pozycji). Wyjaśniają one łącznie nieco ponad 50% wariancji; najwięcej – 38%, wyjaśnia czynnik 1 – percepcja siebie. Rzetelność całej skali, mierzona współczynnikiem α -Cronbacha, jest wysoka i wynosi 0,94. Dla KOW-27 opracowano tymczasowe normy, wyrażone w skali stenowej, pozwalające na określenie stopnia występujących zmian, gdzie wynik 1–4 oznacza niski ich stopień, 5–6 – przeciętny i 7–10 – wysoki. Zgodnie z instrukcją bada-

¹Narzędzie ma równoległą wersję przeznaczoną do oceny pozytywnych zmian występujących u dziecka dokonywanej przez rodziców/opiekunów.

ni najpierw zaznaczają wydarzenie, które było dla nich najbardziej obciążające², czas, jaki upłynął od tego wydarzenia, a następnie dokonują oceny pozytywnych zmian będących jego następstwem, posługując się 4-stopniową skalą – od 0 (nie doświadczyłem tej zmiany) do 3 (doświadczyłem tej zmiany w dużym stopniu).

Wyniki

W celu sprawdzenia, czy u badanych występuje zjawisko wzrostu po traumie w wyniku doświadczonej choroby i jakich obszarów dotyczą pozytywne zmiany, obliczono średnie wartości ogólnego wyniku KOW-27 oraz trzech jego czynników (tab. 1.).

Uzyskany przez chorych nastolatków wynik w Kwestionariuszu Osobowego Wzrostu jest zbliżony do wyników młodych ludzi, którzy doznali innych negatywnych wydarzeń życiowych, takich jak rozwód rodziców ($M = 43,75$) czy śmierć kogoś bliskiego ($M = 42,93$). Jest on nieco wyższy niż u ofiar wypadków drogowych ($M = 39,99$) czy nas-

tolatków, którzy doświadczyli katastrofy lub klęski żywiołowej ($M = 35,76$), i niższy niż u jednostek, które były świadkiem przestępstwa lub wypadku ($M = 66,0$) czy rozstały się z bliską osobą ($M = 58,72$). Większe zmiany zanotowano w zakresie percepcji siebie i docenianiu życia w porównaniu z relacjami z innymi ($p < 0,02$). Jedna trzecia (33,3%) badanych prezentuje niski, 30,8% – średni i 35,9% – wysoki poziom osobowego wzrostu.

Następnie sprawdzono, czy płeć, wiek i czas, jaki upłynął od postawienia diagnozy choroby, wiążą się z nasileniem pozytywnych zmian, będących jej następstwem. Dane zamieszczono w tabelach 2.-4.

Płeć nie różnicuje w sposób istotny statystycznie nasilenia pozytywnych zmian po doświadczeniu traumatycznym, jakim jest choroba nowotworowa. Wiąże się w sposób istotny statystycznie jedynie z docenianiem życia. U dziewcząt występuje wyższy poziom tego czynnika w porównaniu z chłopcami, choć różnica nie jest znacząca ($p < 0,05$). Wiek okazał się także nie różnicować poziomu pozytywnych zmian po traumie (tab. 3.). Młodszy (poniżej

Tabela 1. Średnie osobowego wzrostu w badanej grupie nastolatków

Table 1. Means of personal growth in examined group of adolescents

| | M | SD | Min. | Maks. |
|-----------------------------|-------|-------|------|-------|
| Osobowy wzrost – ogółem | 43,07 | 20,13 | 3 | 77 |
| Czynnik 1. Percepcja siebie | 15,12 | 6,65 | 1 | 26 |
| Czynnik 2. Docenianie życia | 15,36 | 7,56 | 2 | 27 |
| Czynnik 3. Relacje z innymi | 12,59 | 7,25 | 0 | 25 |

M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Tabela 2. Płeć a poziom osobowego wzrostu

Table 2. Gender and personal growth

| | Chłopcy ($n = 16$) | | Dziewczęta ($n = 23$) | | t | p |
|-----------------------------|----------------------|-------|-------------------------|-------|-------|------|
| | M | SD | M | SD | | |
| Osobowy wzrost – ogółem | 37,00 | 23,02 | 47,30 | 17,12 | -1,60 | NS |
| Czynnik 1. Percepcja siebie | 13,37 | 8,34 | 16,34 | 5,02 | -1,38 | NS |
| Czynnik 2. Docenianie życia | 12,63 | 8,42 | 17,26 | 6,41 | -1,99 | 0,05 |
| Czynnik 3. Relacje z innymi | 11,00 | 7,51 | 13,69 | 7,01 | -1,60 | NS |

M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – test t-Studenta; p – poziom istotności statystycznej

Tabela 3. Wiek a poziom osobowego wzrostu

Table 3. Age and the level of personal growth

| | Młodszy ($n = 14$) | | Starsi ($n = 25$) | | t | p |
|-----------------------------|----------------------|-------|---------------------|-------|-------|----|
| | M | SD | M | SD | | |
| Osobowy wzrost – ogółem | 43,57 | 18,42 | 42,80 | 21,39 | 0,11 | NS |
| Czynnik 1. Percepcja siebie | 15,21 | 6,90 | 15,08 | 6,65 | 0,06 | NS |
| Czynnik 2. Docenianie życia | 15,22 | 6,54 | 15,44 | 8,20 | -0,08 | NS |
| Czynnik 3. Relacje z innymi | 13,14 | 6,18 | 12,80 | 7,89 | 0,11 | NS |

Oznaczenia: jak w tab. 2.

²W tym przypadku przyjęto, że wydarzeniem o charakterze traumatycznym jest doświadczenie choroby nowotworowej.

Tabela 4. Czas od zdiagnozowania choroby a poziom pozytywnych zmian
Table 4. Time since diagnosis of illness and the level of positive changes

| | Czas od postawienia diagnozy | | | | t | p |
|-----------------------------|------------------------------|-------|------------------|-------|------|----|
| | Krótszy (n = 14) | | Dłuższy (n = 25) | | | |
| | M | SD | M | SD | | |
| Osobowy wzrost – ogółem | 48,27 | 18,10 | 40,16 | 20,97 | 1,21 | ni |
| Czynnik 1. Percepcja siebie | 16,78 | 6,06 | 14,20 | 6,91 | 1,16 | ni |
| Czynnik 2. Docenianie życia | 16,92 | 6,21 | 14,48 | 8,20 | 0,96 | ni |
| Czynnik 3. Relacje z innymi | 14,57 | 6,99 | 11,48 | 7,29 | 1,28 | ni |

Oznaczenia: jak w tab. 2.

17 lat) wykazują podobny stopień zmian co starsi (powyżej 16. roku życia).

Sprawdzono także, czy czas, jaki upłynął od postawienia diagnozy choroby nowotworowej, wiąże się z nasileniem wzrostu po traumie. Dla 25,6% był to 1 rok, dla 10,3% do 2 lat, 33,3% do 3 lat, a dla 30,8% więcej niż 3 lata. Ze względu na niewielką liczbę osób w poszczególnych kategoriach czasu badanych podzielono na dwie grupy, tj. o krótszym (do 2 lat) i dłuższym (powyżej 2 lat) czasie od zdiagnozowania choroby, i sprawdzono, czy różnią się w zakresie nasilenia osobowego wzrostu i jego czynników (tab. 4.). Czas, w jakim zdiagnozowano chorobę, nie wpływa w sposób istotny na doświadczanie osobowego wzrostu.

Podsumowanie i dyskusja

W badanej grupie nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową wystąpiły pozytywne zmiany w postaci osobowego wzrostu. Większe zmiany dotyczyły percepcji siebie i doceniania życia niż relacji z innymi ($p < 0,02$). Jedna trzecia (33,3%) badanych prezentowała niski, 30,8% – średni, a 35,9% – wysoki poziom osobowego wzrostu. Odsetek młodych ludzi zmagających się z chorobą nowotworową, którzy wykazali wzrost po traumie, wydaje się dość wysoki. Jest on wyższy niż np. u nastolatków – ofiar wypadków drogowych, wśród których zaledwie 19% prezentowało wysoki poziom pozytywnych zmian [35].

Dane te wydają się zgodne z wynikami uzyskanymi w badaniach izraelskich [36], z których wynika, że jednostki, które doświadczyły wydarzeń wiążących się z większym zagrożeniem życia oraz bardziej znaczącą zmianą życiową, zdają się czerpać więcej korzyści z traumy. Badana grupa nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową dostrzega jednak mniej korzyści z doświadczonego wydarzenia w porównaniu z osobami dorosłymi. Badania przeprowadzone w grupie kobiet po mastektomii ujawniły, że 50% badanych doświadczyło wysokiego poziomu wzrostu po traumie [10].

Niższe nasilenie pozytywnych zmian po traumie w grupie dzieci i młodzieży może wynikać z niewykształconych do końca struktur poznawczych, niestabilnej i wciąż rozwijającej się osobowości, możliwych trudności w zakresie spostrzegania i korzystania ze wsparcia społecznego, zwłaszcza ze strony rodziców czy opiekunów. Niższy wzrost w wyniku doświadczonej traumy może być także efektem stosowania mniej dojrzałych – w porównaniu z dorosłymi – strategii radzenia sobie ze stresem. Niższy, w porównaniu z dorosłymi, poziom pozytywnych zmian może wynikać z koncentracji młodych ludzi na teraźniejszości (a nie na przyszłości) oraz charakterystycznych dla okresu adolescencji skłonności do przeżywania silnych negatywnych emocji czy wyolbrzymiania znaczenia doświadczanych sytuacji. Innymi słowy, wystąpienie wzrostu po traumie wymaga dojrzałości osobowości, zwłaszcza zdolności do przetwarzania informacji, oraz nadawania pozytywnego znaczenia przeżywanym trudnym sytuacjom.

Wiek, płeć oraz czas od zdiagnozowania choroby nie są w sposób istotny statystycznie powiązane z nasileniem wzrostu po traumie. Dane te są zgodne z wynikami badań prezentowanymi w literaturze, choć te nie zawsze są jednoznaczne. Cryder i wsp. [18], Michel i wsp. [4], Phipps i wsp. [34] wskazują, że nie ma zależności między wiekiem a potraumatycznym wzrostem w grupie dzieci i młodzieży. Takiego związku nie stwierdzono także w polskich badaniach prowadzonych w grupie starszej młodzieży, która doświadczyła różnego rodzaju negatywnych wydarzeń życiowych, a którą badano narzędziem przeznaczonym do oceny potraumatycznego wzrostu u osób dorosłych [11]. Z kolei Milam i wsp. [37] wskazują, że wraz z wiekiem rośnie skłonność do spostrzegania pozytywnych zmian w wyniku doświadczonej sytuacji traumatycznej. Zdają się to potwierdzać wyniki badań przeprowadzonych w grupie nastolatków chorych onkologicznie, z których wynika, że wiek badanych w momencie rozpoznania nowotworu miał wpływ na poziom zmian po traumie; większe nasilenie

potraumatycznego wzrostu zaobserwowano u starszych [33, 34].

Większość badań nie potwierdza związku między płcią a nasileniem pozytywnych zmian po doświadczeniu traumatycznym [4, 19, 34, 38]. Takiej zależności nie stwierdzono także w polskich badaniach prowadzonych w grupie starszej młodzieży doświadczającej różnych negatywnych wydarzeń życiowych [11]. Jednakże, jak wynika z metaanalizy wyników badań dotyczących występowania potraumatycznego wzrostu w grupie młodzieży i dorosłych [39], to kobiety zdają się czerpać więcej korzyści z doświadczenia o charakterze traumatycznym, przy czym zależność ta ujawnia się przede wszystkim u osób dorosłych.

Wyniki badań dotyczących związku między czasem, jaki upłynął od wystąpienia zdarzenia traumatycznego, a nasileniem zmian po traumie nie są jednoznaczne. W badaniach nastolatków chorych onkologicznie wyższy poziom zmian wiązał się z wcześniejszym czasem diagnozy choroby [34]. Wyniki innych analiz [4] wskazały na brak takiego związku. Takiej zależności nie stwierdzono również w badaniach starszej młodzieży, która doświadczyła różnych negatywnych sytuacji życiowych [11].

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Przeprowadzono je na stosunkowo małej grupie nastolatków. Z tego też względu nie analizowano związku między rodzajem nowotworu a nasileniem osobowego wzrostu. Ocena występujących zmian u badanej młodzieży była wynikiem samoopisu, co mogło w pewien sposób wpływać na uzyskane wyniki. Należy bowiem wziąć pod uwagę dość charakterystyczną dla młodych ludzi potrzebę prezentowania się w lepszym świetle. A to mogło oznaczać pewną skłonność do relacjonowania pozytywnych zmian, nawet gdy one nie wystąpiły.

Należy także pamiętać, że pewne zmiany pojawiające się u młodzieży, jak np. zmiany w filozofii życiowej czy percepcji siebie, mogą być efektem realizacji zadań rozwojowych, a nie doświadczonej traumy. Zmiany składające się na potraumatyczny wzrost, w odróżnieniu od zmian rozwojowych wynikających z biegu życia, mają więc charakter indywidualny. Stąd potrzeba rozróżnienia wzrostu po traumie od zmian wynikających z naturalnego rozwoju jednostki.

Prezentowana problematyka ma istotne znaczenie dla praktyki. Wyniki badań mogą być przydatne przede wszystkim w interwencji kryzysowej, ale także w programach profilaktycznych, w ramach których należałoby zwrócić uwagę nie tylko na kształtowanie kompetencji w zakresie radzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami, lecz także na rozwijanie umiejętności „przepracowywania”

doznanej traumy. Warto także pamiętać, że potraumatyczny wzrost to szansa na budowanie odporności i lepsze radzenie sobie z wyzwaniami żywymi, które mogą wystąpić w przyszłości.

Wnioski

W badanej grupie nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową wystąpiły pozytywne zmiany w postaci osobowego wzrostu; większe dotyczyły percepcji siebie i doceniania życia w porównaniu z relacjami z innymi.

Wiek, płeć ani czas od zdiagnozowania choroby nowotworowej nie wpływają w sposób istotny statystycznie na poziom pozytywnych zmian, będących wynikiem zmagania się z chorobą nowotworową.

Kwestionariusz Osobowego Wzrostu – KOW-27, jest użytecznym i rzetelnym narzędziem do oceny pozytywnych zmian w wyniku doświadczonej traumy.

Wskazane są dalsze badania w tym obszarze, m.in. sprawdzenie, jak długo utrzymują się dostrzeżone zmiany będące wynikiem traumatycznego zdarzenia.

Piśmiennictwo

1. Markowicz M. Epidemiologia chorób nowotworowych u dzieci; dostępne na: www.euromedica.com.pl/index.php/page; dostęp z dnia 2.06.2012.
2. Pilecka W. Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży jako dyscyplina stosowana. W: Pilecka W (red.). Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży. Perspektywa kliniczna. Wyd. UJ, Kraków 2011; 1-29.
3. Heszen-Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. GWP, Gdańsk 2003; 513-524.
4. Michel G, Taylor N, Absalom K, Eiser C. Benefit finding in survivors of childhood cancer and their parents: further empirical support for the Benefit Finding Scale for Children. *Child Care Health Dev* 2010; 36: 123-129.
5. Devine K, Reed-Knight B, Loiselle K, Fenton N, Blount R. Post-traumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach. *J Clin Psychol Med Settings* 2010; 17: 340-348.
6. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455-471.
7. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004; 15: 1-8.
8. Tedeschi RG, Calhoun LG. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Linley PA, Joseph S (red.). Psychologia pozytywna w praktyce. PWN, Warszawa 2007; 230-248.
9. Ogińska-Bulik N. Pozytywne zmiany w następstwie doświadczonej traumy – zjawisko potraumatycznego rozwoju. W: Suchocka L, Sztembis R (red.). Człowiek i dzieło. Wyd. KUL, Lublin 2010; 193-203.
10. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Pol Forum Psych* 2010; 15: 125-139.
11. Ogińska-Bulik N. Doświadczenie sytuacji traumatycznych a zjawisko potraumatycznego rozwoju u młodzieży. *Psychologia Rozwojowa* 2010; 15: 33-42.
12. Ogińska-Bulik N. Kiedy tży zamieniają się w pęty – czyli o korzyściach wynikających ze zmagania się z traumą. W: Ogińska-

- Bulik N, Miniszewska J (red.). *Zdrowie w cyklu życia człowieka*. Wyd. UŁ, Łódź 2012; 39-57.
13. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Osobowość, stres a zdrowie*. Wyd. Difin, Warszawa 2008, 2010 – wyd. II.
 14. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129-142.
 15. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria* 2012; 9: 1-10.
 16. Zdankiewicz-Ścigała E. Nadzieja podstawowa jako moderator procesu adaptacji po traumie. W: Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M (red.). *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia*. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa 2009; 132-153.
 17. Zięba M, Czarnecka-van Luijken J, Wawrzyniak M. Nadzieja podstawowa i wzrost potraumatyczny. *Studia Psychologiczne* 2010; 49: 109-121.
 18. Cryder C, Kilmer R, Tedeschi R, Calhoun L. An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76: 65-69.
 19. Kilmer RP, Gil-Rivas V, Tedeschi RG, Cann A, Calhoun LG, Buchanan T, Taku K. Use of the revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. *J Trauma Stress* 2009; 22: 248-253.
 20. Hafstad G, Gil-Rivas V, Kilmer R, Raeder S. Parental adjustment, family functioning, and posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents following a natural disaster. *Am J Orthopsychiatry* 2010; 80: 248-257.
 21. Wolchik SA, Coxe S, Tein J, Sandler IN, Ayers TS. Six-year longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved adolescents and young adults. *J Death Dying* 2008; 58: 107-128.
 22. Milam JE, Ritt-Olson A, Tan S, Unger J, Nazani E. The September 11th 2001 Terrorist Attacks and Reports of Posttraumatic Growth among a Multi-Ethnic Sample of Adolescents. *Traumatology* 2005; 11: 233-246.
 23. Levine SZ, Laufer A, Hamma-Raz Y, Stein E, Solomon Z. Posttraumatic growth in adolescence: Examining its components and relationship with PTSD. *J Trauma Stress* 2009; 21: 492-496.
 24. Alisic E, van der Schoot TA, van Ginkel JR, Kleber RJ. Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: posttraumatic stress reaction, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1455-1461.
 25. Taku K, Calhoun L, Tedeschi R, Gil Rivas V, Kilmer R, Cann A. Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anx Stress Coping* 2007; 20: 353-367.
 26. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2006; 25: 47-56.
 27. Schexnauldre M. Predicting posttraumatic growth: coping, social support, and posttraumatic stress in children and adolescents after Hurricane Katrina. Thesis submitted to the Graduate Faculty at the Louisiana State University; www.etd.lsu.edu/docs/.../etd.../Schexnauldre Thesis.pdf 2011; dostęp z dnia 5.06.2012.
 28. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: future directions. W: Tedeschi R.G, Park C.L, Calhoun L.G (red.). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, NJ 1998; 215-238.
 29. Teo CK, Teo IE, Beng Im-Teo C. Posttraumatic growth in cancer: perspectives of Indo-Malaysian patients. *The Internet Journal of Family Practice* 2007; 5: 1
 30. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *B J Health Psychol* 2008; 13: 633-646.
 31. Zemore R, Shepel L. Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Soc Sci Med* 1989; 28: 19-27.
 32. Cordova MJ, Cunningham LC, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychol* 2001; 20: 176-185.
 33. Barakat L, Alderfer M, Kazak A. Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *J Pediatr Psychol* 2006; 31: 413-419.
 34. Phipps S, Long A, Ogdén J. Benefit finding scale for children: Preliminary findings from a childhood cancer population. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 1264-1271.
 35. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń o charakterze traumatycznym u dzieci i młodzieży. *Kwestionariusz Osobowego Wzrostu – KOW-27 (wersja D/M i R/O)*. *Pol Forum Psych (w druku)*.
 36. Ickovics J, Kershaw T, Milam S, Lewis J, Meade C, Ethier K. Urban teens: Trauma, posttraumatic growth, and emotional distress among female adolescents. *J Consul Clin Psychol* 2006; 74: 841-850.
 37. Milam J.E, Ritt-Olson A, Unger J. Posttraumatic growth among adolescents. *J Adolescent Res* 2004; 19: 192-204.
 38. Meyerson D, Grant K, Smith-Carter J, Kilmer R. Posttraumatic growth among children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 949-964.
 39. Vishnevsky T, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Demakis GJ. Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly* 2010; 34: 110-120.