

# Zastosowanie koncepcji stresu traumatycznego w badaniach dzieci z chorobami nowotworowymi i ich rodziców

*Application of the conception of traumatic stress in research on children with cancer and their parents*

Joanna Baran

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Psychoonkologia 2009, 1–2: 28–32

## Adres do korespondencji:

Joanna Baran,  
Zakład Psychologii Zdrowia,  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa,  
Wydział Nauk o Zdrowiu,  
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum,  
ul. Na Błonie 11a/100, 30-147 Kraków,  
tel.: +48 12 636 64 04, 503 691 778

## Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie psychologicznej problematyki choroby nowotworowej jako wydarzenia traumatycznego. Umożliwia to opis odległych psychologicznych i psychopatologicznych następstw choroby nowotworowej u osób, które same przeszły leczenie, ale także członków ich rodzin. Praca oparta jest na przeglądzie światowej literatury z dziedziny psychoonkologii z ostatniego dziesięciolecia. Przedstawiono rozpowszechnienie PTSD i PTSS w populacji osób, które w dzieciństwie leczyły się z powodu choroby onkologicznej i wśród członków ich rodzin. Pomimo iż liczba przypadków pełnoobjawowego zespołu stresu pourazowego nie jest wyższa niż przeciętna w populacji, uwagę zwraca częste występowanie subklinicznej formy tego zespołu.

## Abstract

The goal of this article is to present the psychological issue of cancer as a traumatic event. It makes it possible for survivors of cancer and their relatives to describe psychological and psychopathological effects. This study is based on a survey of the word literature of psycho-oncology from the last 10 years. Rates of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms (PTSS) in survivors of childhood cancer and their mothers and fathers are presented. Although the number of cases of post-traumatic stress disorder is not higher than the number in the whole population, it is interesting to note the high frequency of appearance of post-traumatic stress symptoms.

**Słowa kluczowe:** zespół stresu pourazowego, choroba nowotworowa u dziecka, rodzina.

**Key words:** post-traumatic stress disorder, childhood cancer, family.

---

## Wstęp

W literaturze psychologicznej problematyka chorób nowotworowych przedstawiana jest w różnych aspektach, począwszy od ujmowania choroby jako konsekwencji silnie stresowych sytuacji w przeszłości [1, 2], poprzez próbę odnalezienia zmiennych pośredniczących między stresem a wystąpieniem choroby

[3–5], wyodrębnienie czynników osobowościowych i sytuacyjnych wpływających na przebieg leczenia i długość życia osób z chorobą nowotworową [1], do badania sposobów radzenia sobie z konsekwencjami choroby [6–9]. W tych ostatnich opracowaniach choroba nowotworowa wyraźnie jest ujmowana jako wydarzenie krytyczne, zmieniające tok dotychczasowego życia, któremu towarzyszą silne negatywne emo-

cje. Z psychologicznego punktu widzenia urazowość choroby nowotworowej wynika z realnego zagrożenia życia, jakie ze sobą niesie, z utraty poczucia wpływu i kontroli, w tym także doświadczania nieprzewidywalności wydarzeń. Szeroka i coraz bardziej pogłębiona wiedza na temat zdrowotnych i psychicznych następstw różnych wydarzeń traumatycznych stworzyła nową możliwość konceptualizacji reakcji psychicznych osób z chorobami nowotworowymi i ich bliskich. Poniżej przedstawiono najważniejsze wyniki badań nad rozpowszechnieniem zaburzeń potraumatycznych wśród dzieci z chorobami nowotworowymi i ich bliskich.

### **Choroba nowotworowa jako wydarzenie traumatyczne**

W latach 90. XX w. w badaniach psychoonkologicznych zaczęto wykorzystywać koncepcję stresu traumatycznego do opisu odległych psychologicznych i psychopatologicznych następstw choroby nowotworowej, obserwowanych u pacjentów oraz u członków ich rodzin. Wiedza z zakresu stresu traumatycznego pozwoliła ująć w spójne ramy diagnostyczne szereg objawów często występujących w tej grupie pacjentów, takich jak: intruzywne myśli dotyczące choroby, postawy i zachowania unikowe, silne pobudzenie psychovegetatywne z zaburzeniami snu i koncentracji uwagi.

W odpowiedzi na traumatyczne wydarzenie pojawiają się naturalne reakcje organizmu, mające na celu ochronę osoby i jej równowagi psychicznej. W sytuacjach traumatycznych u wszystkich osób, niezależnie od doświadczenia i cech osobowości, pierwsze reakcje psychiczne na zagrożenie są podobne, gdyż mają te same podstawy neurobiologiczne i pełnią funkcje adaptacyjne. Ostry stan dystresu uważany jest za normalną reakcję w odpowiedzi na horror, bezradność i strach, które są krytycznymi elementami traumatycznego doświadczenia. U części osób w następstwie takich doświadczeń rozwija się zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) jako wynik niemożności poradzenia sobie z utrzymującymi się objawami potraumatycznymi.

Nir [10] i Pot-Mees [11] pierwsi zastosowali model stresu traumatycznego i związanych z nim zaburzeń do opisu stanu psychicznego dzieci z chorobą nowotworową. Stuber i wsp. [12] opublikowali dane z badań na temat reakcji potraumatycznej u dzieci po przeszczepie szpiku kostnego. Te pierwsze badania dostarczyły empirycznych dowodów, dzięki którym choroby zagrażające życiu, takie jak choroba nowotworowa, zaczęto traktować jako stresory traumatyczne, wywołujące objawy zaburzeń potraumatycznych, diagnozowanych zgodnie z wytycznymi zawartymi w klasyfikacji zaburzeń psychicznych, tzw. DSM-IV 1994 [13]. Według tej klasyfikacji stresor traumatyczny to

zdarzenie związane z zagrożeniem życia lub fizycznej integralności własnej lub osób bliskich, podczas którego dana osoba przeżywa intensywny lęk, poczucie bezradności lub przerażenie. W tejże klasyfikacji w 6-stopniowej skali stresorów psychospołecznych rozpoznanie poważnej choroby somatycznej jest oceniane jako skrajne – 5 punktów [14]. Na zespół stresu pourazowego składają się trzy grupy objawów: pierwsza to objawy związane z ponownym odtwarzaniem traumy w postaci m.in. powtarzających się, natarczowych wspomnień, koszmarów sennych; druga – związana z uporczywym unikaniem i zmniejszeniem ogólnej reaktywności, m.in. unikanie myśli, uczuć i rozmów dotyczących traumy, zmniejszone zainteresowanie i uczestnictwo w istotnych aktywnościach; trzecia grupa obejmuje objawy wynikające z utrzymującego się pobudzenia psychofizjologicznego, np. trudności z zasypianiem lub snem, drażliwość, wybuchy gniewu [15]. W literaturze przedmiotu zwrócono uwagę, że wśród ofiar różnych wydarzeń traumatycznych nie zawsze występuje pełen zestaw objawów. Mogą występować tylko pojedyncze objawy potraumatyczne, które nie pozwalają na diagnozę zespołu stresu pourazowego. Objawy potraumatyczne nie zawsze są też tak nasilone, aby w sposób znaczący pogarszały funkcjonowanie społeczne, zawodowe, rodzinne, co jest jednym z kryteriów diagnostycznych PTSD. W takich przypadkach zaczęto używać terminu subkliniczne symptomy stresu potraumatycznego (*subclinical posttraumatic stress symptoms* – PTSS). Termin PTSS nie jest synonimem PTSD, chociaż są blisko ze sobą związane – PTSS jest określeniem szerszym i traktowany jest raczej jako normalna reakcja niż psychiatryczna diagnoza zaburzeń stresu traumatycznego. W literaturze przedmiotu jest definiowany jako zestaw psychologicznych i fizjologicznych odpowiedzi dziecka i jego bliskich na ból, uszkodzenie ciała, poważne choroby somatyczne, medyczne inwazyjne procedury lecznicze. PTSS zawiera intruzywne myśli, pobudzenie fizjologiczne i unikanie sytuacji związanych z leczeniem [16].

### **Rozpowszechnienie PTSD i PTSS w populacji dzieci z chorobami nowotworowymi**

Badania nad rozpowszechnieniem zaburzeń potraumatycznych stały się prężną dziedziną badań naukowych w pediatrii onkologicznej. Badacze skoncentrowali się w pierwszej kolejności na ocenie rozpowszechnienia PTSD i PTSS w populacji dzieci chorych onkologicznie i wśród członków ich rodzin. Wyniki tych badań nie są jednoznaczne, a zarazem trudne do porównywania. Grupy badawcze nie są jednorodne, różnią się bowiem pod względem czasu badania (osoby były badane w trakcie lub w różnym okresie

od zakończenia leczenia), a także kryteriów doboru (grupy kliniczne lub też grupy populacyjne osób chorych). Butler i wsp. [17] odnotowali występowanie PTSD u 7% nastolatków, którzy leczyli się z powodu choroby nowotworowej. Erickson i Steiner [18] stwierdzili PTSD u 10% osób między 12. a 35. rokiem życia badanych po zakończeniu leczenia choroby nowotworowej. Hobbie i wsp. [19] zbadali 78 pacjentów w wieku 18–40 lat, średnio 11 lat od zakończenia terapii. W tej grupie rozpoznano PTSD aż u 20,5% badanych. W badaniach populacyjnych dotyczących młodych osób po zakończonym leczeniu, niepozostających już pod opieką ambulatoryjną, u 15,9% badanych stwierdzono PTSD. Barakat i wsp. [20] zbadali 309 osób między 8. a 20. rokiem życia 6 lat po zakończeniu leczenia i porównali wyniki z grupą kontrolną dzieci zdrowych. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w częstości występowania PTSD między dziećmi chorymi a zdrowymi, a także między dziećmi z różnego rodzaju chorobami nowotworowymi.

Interesujące są też dane dotyczące rodzaju i nasilenia poszczególnych objawów PTSD, niezależnie czy miały one wymiar kliniczny (PTSD), czy też poziom subkliniczny (PTSS). Kazak i wsp. [21] stwierdzili, że 50% chorych, których uznano za wyleczonych, ma objawy z grupy ponownego odtwarzania, a 29% wyczerpuje kryteria objawów z tzw. grupy pobudzenia. W innych badaniach, które przeprowadzili Erickson i Steiner [18], 78% badanych miało przynajmniej jeden z symptomów ponownego odtwarzania traumy, pobudzenia lub unikania na istotnie wysokim poziomie. W badaniach Rourke i wsp. [22] 75,3% badanych wykazywało objawy ponownego odtwarzania i prawie połowa (47,3%) objawy pobudzenia.

Z przytoczonych badań, uznanych za najważniejsze w zakresie problematyki stresu potraumatycznego u chorych somatycznie, można wysnuć kilka wniosków:

- Dzieci leczone z powodu choroby nowotworowej mają mniej objawów PTSD niż dzieci po innych wydarzeniach traumatycznych (katastrofy, wykorzystywanie seksualne, urazy fizyczne po poważnych wypadkach komunikacyjnych).
- Różnic w odpowiedzi na wydarzenia traumatyczne można szukać w zmiennych pośredniczących między wydarzeniem traumatycznym a objawami potraumatycznymi. Jedną z tych zmiennych jest poziom lęku jako cecha osobowa. Okazuje się, że dzieci z niskim poziomem lęku prezentują zazwyczaj niższy poziom objawów potraumatycznych niż dzieci o uprzednio wysokim poziomie lęku [23]. W badaniach osobowości dzieci z chorobami nowotworowymi stwierdzono niższy poziom lęku i częstszy unikowy styl radzenia sobie niż w grupie kontrolnej dzieci zdrowych. Może to tłumaczyć stosunkowo niski procent występowania PTSD u dzieci z choro-

bą nowotworową. Poziom objawów potraumatycznych zależy również od subiektywnej oceny stopnia zagrożenia życia. Dzieci na ogół nie postrzegają choroby jako sytuacji zagrażającej życiu. Ponadto dzieci i adolescenty nie mają poczucia własnej śmiertelności, co niewątpliwie obniża poczucie zagrożenia w wyniku choroby, a więc i objawy potraumatyczne mogą być słabsze niż po innych wydarzeniach traumatycznych.

- U młodych dorosłych, którzy w dzieciństwie leczyli się z powodu choroby nowotworowej, stwierdzono częstsze występowanie PTSD i PTSS niż u osób młodszych wiekiem. Młodzi dorośli po zakończonym leczeniu podejmują role i zadania podobnie jak ich rówieśnicy. Dodatkowo opuszczają oni chroniące ich środowisko rodzinne. Zyskując niezależność, konfrontują się jednak z ograniczeniami wynikającymi z odległych medycznych skutków przebytej choroby i leczenia, np. niepłodnością, zaburzeniami kardiologicznymi, defektami neurologicznymi. Dystres związany z podejmowanymi zadaniami rozwojowymi i własnymi ograniczeniami czyni te osoby bardziej podatnymi na reaktywowanie objawów potraumatycznych.

### **Rozpowszechnienie PTSD i PTSS u bliskich osób z chorobami nowotworowymi**

Rozpoznanie choroby nowotworowej u dziecka jest silnym stresorem traumatycznym dla jego bliskich, zarówno dla rodziców, jak i rodzeństwa. Informacja o diagnozie, nagłość hospitalizacji, obciążające inwazyjne leczenie i jego uboczne efekty, ból dziecka, lęk o jego zdrowie i życie, śmierć innych pacjentów, pogorszenie sytuacji materialnej i funkcjonowania zawodowego, intensywne reakcje emocjonalne własne i innych członków rodziny mają charakter silnie urazowy. Podczas leczenia rodzice dzieci chorych onkologicznie doświadczają wielorakich sytuacji traumatycznych: wiadomość o diagnozie, nagłość hospitalizacji, uboczne efekty leczenia, ból dziecka, śmierć innych pacjentów. W okresie leczenia wiele z tych bodźców stresogennych ma charakter sytuacyjny. Po zakończeniu leczenia stresory mają charakter bardziej psychologiczny. Składają się na nie troska o dalszy prawidłowy rozwój dziecka, lęk przed nawrotem choroby, uporczywe wspomnienia traumatycznych doświadczeń związanych z leczeniem. Objawy pogorszonego samopoczucia związane z wyżej wymienionymi sytuacjami mogą utrudniać leczenie, np. zapominanie o wizytach kontrolnych, a także mogą być przyczyną trudności w przyjmowaniu informacji i stosowaniu się do zaleceń lekarskich.

Większość badań przeprowadzono u rodziców i rodzeństwa już po zakończeniu leczenia. Badania

Kazak i wsp. [24], oparte na ustrukturuowanym wywiadzie klinicznym, pokazały, że u 11% matek można było stwierdzić zespół stresu pourazowego. Manne i wsp. [25] uzyskali podobne wyniki: 6% matek dzieci wyleczonych z choroby nowotworowej miało pełnoobjawowy PTSD. Również w późniejszych badaniach autor ten stwierdził PTSD u 8% badanych matek [26]. Uwagę badaczy zwróciło częstsze występowanie w grupie członków rodziny subklinicznych form zaburzeń potraumatycznych (PTSS) niż pełnoobjawowego PTSD. Dane z badań przy użyciu kwestionariuszy wskazują, że poziom występowania objawów PTSS u obojga rodziców dzieci leczonych z powodu choroby onkologicznej był wyższy w porównaniu z grupą kontrolną rodziców dzieci zdrowych [20]. Kazak i wsp. [21] stwierdzili u prawie wszystkich badanych matek (95%) występowanie objawów z kręgu ponownego odtwarzania traumy, a u połowy (53%) objawy z grupy tzw. pobudzenia. W innych badaniach Kazak i wsp. [24] na temat zgodności występowania PTSD i PTSS u członków tej samej rodziny okazało się, że w 37,6% przynajmniej jeden członek rodziny wyczerpywał kryteria PTSD w jakimś czasie od postawienia diagnozy, a u 22,1% badanych członków rodziny w okresie badania można było stwierdzić PTSD. Prawie we wszystkich rodzinach (98,7%) przynajmniej jedno z rodziców miało objawy ponownego odtwarzania, symptomy pobudzenia stwierdzano w 69,1% rodzin, a symptomy unikania w 40,9% rodzin. Jeżeli włączy się dodatkowo osoby po zakończonym leczeniu, wyniki będą jeszcze wyższe: objawy ponownego odtwarzania traumy można stwierdzić przynajmniej u jednego z członków u 99,3% rodzin, objawy pobudzenia – w 80% rodzin, blisko połowa ma trzy lub więcej objawów unikania. Badacze są zgodni co do faktu częstszego występowania PTSD i PTSS u rodziców niż u dzieci chorych onkologicznie, które przeżyły chorobę nowotworową.

## Wnioski

Koncepcja traumy i zaburzeń po stresie traumatycznym jest obiecująca. Pozwala na bardziej wnikliwy opis odległych psychologicznych skutków choroby nowotworowej i leczenia oraz na podjęcie właściwych interwencji psychologicznych. Liczba rozpoznań pełnoobjawowego PTSD u osób z chorobą nowotworową i ich bliskich nie jest istotnie wyższa niż przeciętna w populacji, natomiast znacząco częściej występują u nich subkliniczne formy zaburzeń stresu pourazowego. Objawy potraumatyczne ze względu na swoją uporczywość pogarszają jakość życia. Ponadto stale podwyższony poziom wydzielania kortyzolu, stojący za uporczywymi objawami potraumatycznymi, obniża sprawność funkcjonowania układu odpornościowego tak istotną w przebiegu chorób nowotworowych.

Obliguje to do wnikliwej oceny stanu psychicznego i jego monitorowania. Diagnozowanie PTSD jest trudne, gdyż wymaga różnicowania pomiędzy zaburzeniami potraumatycznymi a innymi zaburzeniami lękowymi czy depresyjnymi.

W działaniach na rzecz obniżania ryzyka formowania i utrwalania objawów PTSD warto położyć duży nacisk na wczesne interwencje psychologiczne w pierwszym okresie po ujawnieniu choroby i postawieniu diagnozy nowotworu zarówno u chorych, jak i ich bliskich. W interwencjach tych istotnymi elementami są intensywne wsparcie psychiczne, a także psychoedukacja dotycząca specyficznych objawów pourazowych i wypracowywanie funkcjonalnych strategii radzenia sobie z nimi. Przy utrzymujących się objawach wskazane są różne formy psychoterapii obniżające ich poziom, a przy szczególnie nasilonych dolegliwościach wskazane jest leczenie farmakologiczne dobrane do rodzaju objawów.

## Piśmiennictwo

1. Simonton O.C., Henson R., Hampton B. Powrót do zdrowia. Ravi, Łódź 1996.
2. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). Elementy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996.
3. Le Shan L. Psychoterapia a pacjent umierający. W: Pearson L. (red.). Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym. WZWL, Warszawa 1973.
4. Seligman M. Optymizmu można się nauczyć. Media Rodzina, Poznań 1993.
5. Turuk-Nowakowa T. Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych. W: Heszen-Niejodek I. (red.). Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych. PZWL, Warszawa 1990.
6. Taylor S. Przystosowanie do zagrażających wydarzeń. Nowiny Psychologiczne 1984; 4/5: 15-38.
7. Lazarus. R. Paradygmat stresu i radzenia sobie. Nowiny Psychologiczne 1986; 3/4: 2-29.
8. Kübler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Media Rodzina, Poznań 1998.
9. Łosiak W. Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). Zmagając się z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
10. Nir Y. Post-traumatic stress disorder in children with cancer. W: Eth S., Pynoos R. (red.). Post-traumatic Stress Disorder in Children. American Psychiatric Publishing, Inc., 1985.
11. Pot-Mees C. The psychological effect of bone marrow transplantation in children. Eburon, Delft 1989.
12. Stuber M., Nader K., Yasuda P., Pynoos R., Cohe S. Stress responses after pediatric bone marrow transplantation: preliminary results of a prospective longitudinal study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30: 952-957.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington 1994.
14. Rosenhan D., Seligman M. Psychopatologia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1994.
15. National Child Traumatic Stress Network. Definition of Medical Traumatic Stress. Philadelphia 2003.

16. Stuber M., Shemesh E., Saxe G. Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illnesses. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2003; 12: 195-209.
17. Butler R., Rizzi L., Handwerger B. Brief report: the assesment of posstraumatic stress dosorder in pediatric cancer patient and survivors. *J Pediatr Psychol* 1996; 21: 499-504.
18. Erickson S., Steiner H. Trauma and personality correlates in long term pediatric cancer survivors. *Child Psychiatry Hum Dev* 2001; 31: 195-213.
19. Hobbie W.L., Stuber M., Meeske K. i wsp. Symptoms of post-traumatic stress in young adult survivors of childhood cancer. *J Clin Oncol* 2000; 18: 4060-4066.
20. Barakat L.P., Kazak A.E., Meadows A.T. i wsp. Families Surviving childhood cancer: a comparison of posttraumatic stress symptoms with families of healthy children. *J Pediatr Psychol* 1997; 22: 843-859.
21. Kazak A., Barakat L., Alderfer M. i wsp. Posttraumatic stress in survivors of childhood cancer and mothers: Development and validation of the Impact of Traumatic Stressors Interview Schedule (ISTIS). *J Clin Psych in Medical Setting* 2001; 8: 307-321.
22. Rourke M., Hobbie W., Kazak A. Posttraumatic stress in young adult survivors of childhood cancer. Poster presented at the 7<sup>th</sup> International Conference on Long-Term Complications of Treatment of Children and Adolescents for Cancer: Niagara-on-the-Lake, Ontario 2002. W: Kazak A., Alderfer M., Rourke M., Simms S., Streisand R., Grossman J. Posttraumatic stress symptoms (PTSS) and posttraumatic stress disorder (PTSD) in families of adolescent childhood cancer survivors. *J Pediatr Psychol* 2004; 29: 211-219.
23. Phipps S., Larson S., Long A., Rai S. Adaptative style and symptoms of posttraumatic stress in children with cancer and their parents. *J Pediatr Psychol* 2006; 31: 298-309.
24. Kazak A., Alderfer M., Rourke M. i wsp. Posttraumatic stress symptoms (PTSS) and posttraumatic stress disorder (PTSD) in families of adolescent childhood cancer survivors. *J Pediatr Psychol* 2004; 29: 211-219.
25. Manne S., DuHamel K., Gallelli K. i wsp. Posttraumatic stress disorder among mothers of pediatric cancer survivors: diagnosis, comorbidity, and utility of the PTSD checklists as a screening instrument. *J Pediatr Psychology* 1998; 23: 357-366.
26. Manne S., DuHamel K., Nereo N. i wsp. Predictors of PTSD in mothers of children undergoing bone marrow transplantation: the role of cognitive and social processes. *J Pediatr Psychol* 2002; 27: 607-617.