

# Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi

*The role of personal resources in posttraumatic growth in people struggling with cancer*

Nina Ogińska-Bulik

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

*Psychoonkologia* 2015, 3: 88–96

DOI: 10.5114/pson.2015.57168

## Adres do korespondencji:

prof. Nina Ogińska-Bulik  
Instytut Psychologii  
Uniwersytet Łódzki  
ul. Smugowa 10/12  
91-433 Łódź  
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

## Streszczenie

Badania prowadzone w ostatnich latach wskazują, że efektem traumy wynikającej z doświadczenia choroby nowotworowej mogą być nie tylko negatywne, lecz także pozytywne zmiany ujawniane w postaci potraumatycznego wzrostu. Ich wystąpienie zależy od wielu czynników, w tym od zasobów osobistych jednostki. W artykule przedstawiono rolę zasobów osobistych istotnych w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych wynikających z doświadczenia choroby nowotworowej, obejmujących cechy osobowości jednostki, jak również jej przekonania i oczekiwania, takie jak optymizm życiowy, poczucie własnej wartości i skuteczności, nadzieja, duchowość. Uwzględniono także zasoby związane z funkcjonowaniem poznawczym jednostki, w tym posiadane schematy poznawcze, ich podatność na zmiany oraz ruminacje. Przedstawiono ponadto możliwości stymulowania potraumatycznego wzrostu u chorych onkologicznie.

## Abstract

The studies carried out recent years indicate that the effects of the trauma resulting from the experience of cancer may not only be negative as well as positive changes, revealed in posttraumatic growth. Their occurrence depends of several factors, among them personal resources. The article presents the role of personal resources important in a process of emergence of positive changes resulting from the experience of cancer, including personality traits of the individual, attitudes and expectations such as optimism, self-esteem, self-efficacy, hope, spirituality. The resources related to cognitive functioning, such as cognitive schemata, their vulnerability to change and ruminations were also taken into account. Possibility to promote posttraumatic growth in cancer patients was also presented.

**Słowa kluczowe:** wzrost po traumie, zasoby osobiste, choroba nowotworowa.

**Key words:** posttraumatic growth, personal resources, cancer.

---

## Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej

Nie ulega wątpliwości, że doświadczenie choroby nowotworowej jest dla jednostki niezwykle silnym stresem. Świadczą o tym nie tylko przeżywane negatywne emocje, lecz także objawy stresu porażowego, których częstość występowania u chorych onkologicznie szacuje się na 15–80% [1].

Doświadczenie choroby nowotworowej może jednak, oprócz wielu negatywnych skutków, pociągać za sobą występowanie pozytywnych zmian psychologicznych, które określa się mianem potraumatycznego rozwoju/wzrostu (*posttraumatic growth* – PTG). Termin ten odnosi się do opisu pozytywnych zmian, które pojawiają się w wyniku podejmowanych prób poradzenia sobie z następ-

stwami traumatycznych wydarzeń [2, 3]. Obejmują one zmiany w percepcji siebie, relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej<sup>1</sup>.

Potraumatyczny rozwój jest czymś więcej niż tylko powrotem do stanu równowagi po doświadczonym przeżyciu traumatycznym. Zjawisko to wskazuje, że jednostka w wyniku przeżytej sytuacji przechodzi pewnego rodzaju transformację i uzyskuje wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania. Tedeschi i Calhoun [2, 3] identyfikują swoją koncepcję z założeniami psychologii poznawczej i zakładają, że u podstaw rozwoju po traumie leżą te same procesy psychologiczne, które warunkują występowanie negatywnych skutków doświadczenia traumatycznego. Odwołując się do podejścia egzystencjalnego, autorzy przyjmują, że rozwój zachodzi w sytuacji, gdy u człowieka następują zmiany w sposobie widzenia siebie i świata, polegające na ich głębszym rozumieniu i zdolności do nadawania znaczenia. W efekcie doświadczona strata poprzez doznanie cierpienia zostaje przekształcona w istotną dla człowieka wartość. Co więcej, to pogłębione rozumienie siebie i otaczającej rzeczywistości buduje przekonanie o własnych zdolnościach do przetrwania i pozwala człowiekowi na bardziej skuteczne radzenie sobie z przeciwnościami losu.

Wiele badań wskazuje na występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z chorobą nowotworową. Szacuje się, że występują one u 30–90% pacjentów [4]. Te pozytywne zmiany przejawiają się przede wszystkim poprawą relacji z innymi, zwiększonym docenieniem życia, a także duchową przemianą [4, 5]. Rozwój po traumie jest obserwowany na różnych etapach zmagania się z chorobą, ale najwięcej zmian pojawia się we wczesnych etapach procesu diagnozowania i leczenia raka. Poziom pozytywnych zmian wynikających ze zmagania się z chorobą nowotworową jest na ogół wysoki [5].

O tym, czy w wyniku doświadczonej choroby nowotworowej pojawią się pozytywne zmiany potraumatyczne, decyduje wiele czynników, w tym związane z samą chorobą (np. powaga choroby czy stopień zagrożenia życia), otrzymywane wsparcie społeczne, a także podmiotowe właściwości jednostki, obejmujące posiadane przez nią zasoby osobiste. Na ich znaczenie wskazuje model potraumatycznego rozwoju opracowany przez autorów koncepcji<sup>2</sup> [3]. Zakłada on, że indy-

widualne właściwości, jakie jednostka prezentuje przed wydarzeniem traumatycznym, leżą u podstaw całego procesu, którego efektem jest rozwój po traumie.

## Zasoby osobiste a rozwój po traumie

Badania wykazują, że posiadane zasoby osobiste, obejmujące zarówno względnie stałe właściwości osobowości człowieka, utożsamiane z cechami osobowości, jak i bardziej podatne na zmiany oczekiwania i przekonania dotyczące świata zewnętrznego i własnej osoby, pełnią istotną funkcję w radzeniu sobie z traumą. Ich rola polega zarówno na zmniejszaniu negatywnych skutków traumy, jak również na sprzyjaniu występowaniu zmian wzrostowych. Jackson [6] sugeruje, że zasoby osobiste mogą mieć większe znaczenie w procesie zmian potraumatycznych niż doświadczane wydarzenia.

## Osobowość

Wśród wymiarów osobowości, które uwzględnił model Wielkiej Piątki, największe znaczenie w procesie pojawiania się pozytywnych zmian po traumie przypisuje się ekstrawersji oraz otwartości na nowe doświadczenia, a także – choć w nieco mniejszym stopniu – ugodowości. Przeprowadzone dotychczas badania wśród chorych onkologicznie potwierdzają istnienie związku między wymiarami osobowości a występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Wskazują one przede wszystkim na rolę otwartości na doświadczenia. Pozytywny związek między tym wymiarem osobowości a potraumatycznym rozwojem wykazano u pacjentów onkologicznych zmagających się z rakiem jelita [7], a także w grupie kobiet chorych na raka piersi, które zostały wyleczone [8]. Podobnie w badaniach duńskich obejmujących chorych z różnymi rodzajami nowotworów stwierdzono, że otwartość na doświadczenia pozwala na przewidywanie wyższego poziomu pozytywnych zmian potraumatycznych, szczególnie w zakresie nowych możliwości [9]. W badaniach osób zmagających się z chorobą nowotworową nie odnotowano związku między neurotycznością a występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych [9, 10].

Z występowaniem pozytywnych zmian po traumie związana jest **prężność psychiczna**. Kon-

<sup>1</sup>Zmiany te zostały szerzej opisane w książkach N. Ogińskiej-Bulik *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły* i *Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*.

<sup>2</sup>Model ten został opisany w książce N. Ogińskiej-Bulik *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*.

strukt prężności może być rozumiany jako proces (*resilience*) oraz jako właściwość osobowości czy zasób jednostki (*resiliency*). Prężność<sup>3</sup> oznacza zdolność jednostki do oderwania się od przykrych wydarzeń życiowych i pozwala na bardziej skuteczne radzenie sobie ze stresem i negatywnymi emocjami. Sprzyja ona wytrwałości i elastycznemu przystosowaniu się do wymagań życiowych, ułatwia mobilizację do podejmowania działań zaradczych w trudnych sytuacjach, a także zwiększa tolerancję negatywnych emocji i niepowodzeń. Ponadto osoby odznaczające się wysokim poziomem prężności są bardziej pozytywnie nastawione do życia, mają wyższe poczucie własnej wartości i skuteczności. Prężna jednostka charakteryzuje się stabilnością emocjonalną, napotkane trudności postrzega częściej jako szansę na zdobycie nowych doświadczeń, a siebie skłonna jest uważać za osobę mającą wpływ na podejmowanie decyzji [11].

Związek między prężnością a rozwojem potraumatycznym nie jest jednoznaczny. Wiąże się to przede wszystkim z różnym rozumieniem prężności (proces, właściwość osobowości). Niektórzy autorzy utożsamiają te dwa pojęcia [12], inni zakładają, że rozwój po traumie jest pewną formą *resiliency* [13], jeszcze inni, że potraumatyczny rozwój jest czymś więcej niż prężność i że pełni wobec niej funkcję nadrzędną [14].

Autorzy konstrukt, jakim jest potraumatyczny rozwój [2], wyraźnie różnicują go od *resiliency*, podkreślając, że rozwój wynika z transformacji i może się pojawić nagle i niespodziewanie. Z kolei prężność, traktowana jako właściwość osobowości, ma raczej charakter względnie stały i jest wynikiem kumulowania się wielu doświadczeń jednostki. Co więcej, autorzy podkreślają, że prężne osoby mogą nie doświadczać pozytywnych zmian w wyniku przeżytej traumy, ponieważ traumatyczne wydarzenie może nie stanowić dla nich wystarczająco silnego wyzwania.

Prowadzone badania wskazują na dodatni związek prężności traktowanej jako zasób jednostki z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Wykazano go m.in. w grupie pacjentów chorych kardiologicznie, którzy zostali poddani zabiegowi kardiochirurgicznemu [15]. Przeprowadzono niewiele badań nad związkiem między zmiennymi w grupie chorych onkologicznie. Dodatkowo powiązania między prężnością a czerpaniem korzyści z traumy wykazano u kobiet z ra-

kiem piersi poddanych zabiegowi mastektomii [16]. Prężność wiązała się z trzema wymiarami potraumatycznego rozwoju, tj. zmianami w percepcji siebie, relacjach z innymi i docenianiem życia. Zasadniczą rolę w przewidywaniu pozytywnych następstw traumy związanej z doświadczoną chorobą odgrywał czynnik prężności, jakim jest tolerancja wobec niepowodzeń i traktowanie życia jako wyzwania.

Warto podkreślić, że prężności przypisuje się rolę bufora, który chroni przed negatywnymi skutkami stresu, co nie oznacza, że jest czynnikiem sprzyjającym zmianom wzrostowym. Ponadto rola prężności w procesie przystosowania się może słabnąć wraz z upływem czasu, pozostawiając po sobie negatywne skutki traumy.

## Przekonania i oczekiwania

Jednym z istotnych zasobów przyczyniających się do rozwoju po traumie jest  **optymizm życiowy**. Konstrukcja ten wyraża skłonności jednostki do spostrzegania i wartościowania świata w kategoriach pozytywnych lub też do oczekiwania raczej pomyślnych niż niepomyślnych zdarzeń w przyszłości. Wiele badań wskazuje na pozytywną rolę optymizmu w procesie wzrostu po traumie, także u chorych onkologicznie. Dodatni związek optymizmu z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych stwierdzono u kobiet zmagających się z rakiem piersi [8, 17–19], u osób po przeszczepie szpiku kostnego [20], u chorych na raka jamy ustnej [21], raka wątroby [22] czy zmagających się z chorobą nowotworową będących w stanie terminalnym [23]. Należy jednak podkreślić, że dostępne są wyniki badań, w których nie stwierdzono związku między optymizmem a rozwojem po traumie. Przykładem są badania przeprowadzone w grupie kobiet z rakiem piersi [24].

**Poczucie własnej skuteczności** (kompetencji) jest zasobem, który również odgrywa istotną rolę w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych. Odnosi się on do przekonania jednostki, że jest zdolna do osiągnięcia zamierzonego celu w określonej sytuacji. Poczucie własnej skuteczności wpływa przede wszystkim na sposoby radzenia sobie ze stresem, a zwłaszcza dobór strategii, długotrwałość podejmowanych wysiłków, stopień zaangażowania w proces radzenia sobie. Przekonania dotyczące własnej skuteczno-

<sup>3</sup>Konstrukcja prężności została szerzej omówiona w książce *Osobowość, stres a zdrowie* oraz w artykule *Skala pomiaru prężności – SPP-25* autorstwa N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego.

ści wpływają także na ocenę innych osobistych zasobów zaangażowanych w sytuacji stresowej. Im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawia sobie jednostka i tym silniejsze jest jej zaangażowanie w podjętą aktywność, nawet w obliczu piętrzących się trudności. Wiara w swoje możliwości, powiązana z rzeczywistymi możliwościami człowieka, wyzwała dodatkową energię i sprzyja osiągnięciu sukcesu [11].

Pozytywną rolę poczucia własnej skuteczności w pojawianiu się zmian wzrostowych wykazano w grupie osób zmagających się z przewlekłymi chorobami [25], zarażonych HIV czy osób, które przeżyły huragan Katrina w Stanach Zjednoczonych [26]. Wykazano ją również u chorych onkologicznie. Dodatkłą zależność między poczuciem własnej skuteczności a rozwojem po traumie wykazano w grupie pacjentów zmagających się z różnymi rodzajami raka w badaniach greckich [4], chińskich [27] i irańskich [28]. Pozytywny związek między poczuciem własnej skuteczności a występowaniem korzyści wynikających z choroby nowotworowej stwierdzono także w badaniach niemieckich [29]. Wykazano w nich, że wpływ poczucia własnej skuteczności na znajdowanie korzyści w chorobie był mediowany przez stosowanie tzw. asymilacyjnych strategii radzenia sobie, obejmujących przede wszystkim aktywne radzenie sobie i planowanie. Nie znaleziono polskich badań dotyczących związku między poczuciem własnej skuteczności a rozwojem po traumie.

Podobną rolę jak optymizm i poczucie własnej skuteczności zdaje się odgrywać **poczucie własnej wartości**. Odnosi się ono do oceny samego siebie, a przede wszystkim własnego znaczenia, kompetencji i sukcesu. Wysokie, lecz adekwatne do możliwości, poczucie własnej wartości sprzyja podejmowaniu skutecznych sposobów radzenia sobie z trudnościami życiowymi. Jest także źródłem pozytywnych emocji i dobrego samopoczucia.

Niewiele badań poświęcono roli poczucia własnej wartości w pojawianiu się pozytywnych zmian po traumie związanej z doświadczeniem choroby. Pozytywny związek między poczuciem własnej wartości a potraumatycznym wzrostem stwierdzono w grupie osób, które zmagaly się z przewlekłymi chorobami somatycznymi [25]. Dodatkowo powiązania poczucia własnej wartości z rozwojem po traumie ujawniono w badaniach kobiet zmagających się z rakiem piersi [30, 31]. Znaczenie tego zasobu w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych wykazano także w polskich badaniach przeprowadzonych wśród młodzieży [32].

## Nadzieja i duchowość

**Nadzieja** jest kolejnym czynnikiem rozpatrywanym w kontekście wystąpienia pozytywnych zmian po traumie. Ułatwia ona przystosowanie się do trudnych sytuacji, pozwala odnajdować sens życia i znaczenie traumy. Nadzieja jest traktowana jako struktura poznawcza, w której emocje odgrywają istotną rolę. Takie rozumienie nadziei wiąże się z koncepcją Eriksona, zgodnie z którą nadzieja to przeświadczenie jednostki, że świat jest uporządkowany, sensowny i przychylny ludziom. Tę koncepcję rozwijają Trzebiński i Zięba [33], którzy posługują się terminem nadzieja podstawowa i traktują ją jako konstrukt osobowościowy z wyraźnym komponentem poznawczym. Osoby o wysokim poziomie nadziei zdają się więc czerpać więcej korzyści z doświadczeń traumatycznych w porównaniu z jednostkami charakteryzującymi się jej niskim poziomem. Wiąże się to z faktem, jak podkreśla Zdankiewicz-Ścigała [34], że osoby żywiące silną nadzieję oraz wiarę w sensowność i przychylność świata i innych ludzi szybciej godzą się z utratą starego ładu i szybciej przechodzą do budowania nowego porządku świata. W efekcie takie osoby są bardziej skłonne do nadawania nowego sensu swojemu życiu. Wysoki poziom nadziei podstawowej jest także pomocny w skutecznym radzeniu sobie z traumą i daje poczucie odzyskiwania kontroli w sytuacji zagrożenia życia. Wysoka nadzieja podstawowa wzmaga też noetyczny rozwój – zwrócenie się w stronę religii, transcendencji, Boga, co sprzyja przepracowaniu traumy i zwiększa szanse na potraumatyczny rozwój.

Na znaczenie nadziei podstawowej w procesie pojawiania się pozytywnych zmian po traumie wskazują badania prowadzone przez Trzebińskiego i Ziębę [33]. Wynika z nich, że nadzieja podstawowa wiąże się istotnie z dwoma aspektami potraumatycznego wzrostu, mierzonego *Kwestionariuszem postrzeganych korzyści*, tj. ze wzrostem skuteczności w podejmowanych działaniach i większym poziomem duchowości.

Dodatni związek między nadzieją a potraumatycznym wzrostem ujawniono u chorych na raka jamy ustnej [21], a także wśród rodziców dzieci zmagających się z chorobą nowotworową [35]. W polskich badaniach obejmujących kobiety chore onkologicznie, będące w trakcie leczenia, nadzieja podstawowa nie wiązała się bezpośrednio z postrzeganymi korzyściami wynikającymi z doświadczenia choroby, ale sprzyjała pojawianiu się pozytywnych zmian w powiązaniu z wysokim poczuciem sensu życia [34]. Należy podkreślić, że istnieją także doniesienia niepotwierdzające znaczenia nadziei w pojawianiu się pozytywnych

zmian potraumatycznych. Przykładem są badania przeprowadzone wśród kobiet z rakiem piersi [24].

Istotnym zasobem, który sprzyja rozwojowi po traumie, jest **duchowość**. Jest ona często utożsamiana z religijnością. Są to pojęcia podobne, jednak nie tożsame. Religijność najczęściej sprowadza się do uczestnictwa w praktykach religijnych. Natomiast kategorię duchowości odnosi się do Boga, Siły Wyższej, Rozumu, jako mocno zakotwiczonych wartości, które nadają ludzkiemu życiu sens i znaczenie. Istotną właściwością jest tu transcendencja, rozumiana jako przekraczanie rzeczywistości, poznawanie wykraczające poza zasięg doświadczenia. Duchowość jako konstrukt psychologiczny oznacza więc, zdaniem Juczyńskiego [36], atrybut człowieka, który umożliwia mu podejmowanie aktywności i uświadamianie sobie znaczenia i sensu życia, poczucia wolności i odpowiedzialności. Podobnie duchowość traktuje Heszen [37], która podkreśla, że jest to dyspozycja do transcendencji. Obiekt transcendencji może mieć charakter zewnętrzny (np. Bóg) lub wewnętrzny (np. rozwój osobisty), przy czym ważne jest, aby temu obiektowi nadawać wysoką wartość (znaczenie).

Ludzie, zwłaszcza starsi, z rozbudowanym życiem duchowym lepiej radzą sobie z trudnymi wydarzeniami życiowymi. Wiąże się to m.in. z uznaniem własnej kruchości, przemijalności czy akceptacją śmiertelności. Nie wszystkie wymiary duchowości charakteryzują się dobroczynnym wpływem na funkcjonowanie ludzi w sytuacji doznanej traumy, jednak z pewnością do takich można zaliczyć: samoświadomość, mądrość, metapoznanie, metamotywację i elastyczność. Odnajdywanie korzyści w wydarzeniu o charakterze traumatycznym jest więc pewnym sposobem poszukiwania (nadawania) sensu własnego życia. Juczyński [36] podkreśla, że zmaganie się z cierpieniem związanym z ciężką czy nieuleczalną chorobą rozgrywa się głównie w wymiarze duchowym.

Shaw i wsp. [38] dokonali przeglądu badań dotyczących związku między religijnością/duchowością a wzrostem po traumie i wskazują, że religijność i duchowość pomagają – choć nie zawsze – w radzeniu sobie z traumatycznym wydarzeniem i sprzyjają pojawianiu się zmian wzrostowych. Podkreślają również, że doświadczenia traumatyczne mogą pogłębiać religijność i duchowość jednostki. Rolę duchowości/religijności w procesie pojawiania się pozytywnych zmian po traumie potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych w grupie młodych dorosłych, u których zaobserwowano pozytywny związek między religijnością, wyrażaną przede wszystkim uczestnictwem w aktywnościach religijnych, a potraumatycznym wzrostem [39]. Znaczenie religijności w rozwoju

po traumie potwierdza także jedna z ostatnich metaanaliz wyników badań [40].

Duchowość i religijność zdają się odgrywać szczególną rolę w radzeniu sobie z traumą spowodowaną doświadczeniem choroby nowotworowej. W badaniach obejmujących osoby, które zmagają się z różnego rodzaju nowotworami i zostały wyleczone, odnotowano występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych, odnoszących się przede wszystkim do rozwoju duchowego. Zmiany te przejawiały się w kilku obszarach i obejmowały m.in. ogólną duchowość, rozwój duchowy, wsparcie duchowe, praktyki duchowe czy duchowe przywiązanie [41].

Związek między religijnością a rozwojem po traumie stwierdzono u osób chorych na raka znajdujących się w stanie terminalnym [23]. W badaniach Bussel i Naus [42], obejmujących kobiety zmagające się z rakiem piersi, wykazano związek religijnego radzenia sobie z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Polskie badania przeprowadzone wśród osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi, w tym nowotworową, potwierdziły znaczenie duchowości w rozwoju potraumatycznym [43]. Predyktorami wzrostu po traumie były dwa wymiary składające się na duchowość, ocenianą za pomocą *Kwestionariusza samopoznania*, tj. wrażliwość etyczna i harmonia.

Warto dodać, że duchowość jest powiązana z innymi zasobami osobistymi człowieka, które są uruchamiane w sytuacji doświadczania kryzysu, przede wszystkim z nadzieją i optymizmem, które także sprzyjają pozytywnym zmianom po doświadczonej traumie. Należy jednak zwrócić uwagę na tzw. negatywną duchowość. Tego rodzaju duchowość/religijność wiąże się z niezadowolaniem z Boga, przypisywaniem Bogu winy czy odpowiedzialności za dane zdarzenie. Taka duchowość może prowadzić do utrzymywania się objawów zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) i zmniejszać prawdopodobieństwo wystąpienia potraumatycznego rozwoju. Wskazują na to badania Wortmann i wsp. [44], w których wykazano, że duchowe zmaganie się (*spiritual struggle*), odnoszące się do negatywnych przekonań związanych z Bogiem, było dodatnio powiązane z nasileniem objawów PTSD.

### Inne zasoby jednostki

Wyniki prowadzonych badań wskazują także na rolę innych zasobów, takich jak poczucie koherencji, poczucie kontroli czy twardość w rozwoju po traumie, ale odnoszą się one głównie do innych krytycznych wydarzeń życiowych człowieka, a nie choroby nowotworowej. Istotną funkcję pełnią też

przeżywane emocje, sposób ich wyrażania oraz podejmowane strategie radzenia sobie. Wskazuje się także na znaczenie procesów poznawczych angażowanych w proces przetwarzania traumy. Mogą one być powiązane ze stylem funkcjonowania poznawczego, wyrażającym względnie stałe przekonania jednostki na temat świata lub też odnosić się do angażowania tych przekonań w związku z doświadczonym negatywnym wydarzeniem życiowym. Jednostki wyposażone w schematy poznawcze wskazujące, że świat jest zrozumiały, sprawiedliwy, a inni ludzie przychylni, są bardziej skłonne do doświadczania wzrostu. Świadczą o tym badania australijskie przeprowadzone wśród chorych onkologicznie [45].

Wśród procesów poznawczych angażowanych w proces przetwarzania traumy szczególną rolę zdają się odgrywać ruminacje, zwłaszcza te o charakterze refleksyjnym, a także zmiana podstawowych przekonań dotyczących otaczającego świata. Dodatni związek między ruminacjami a występowaniem pozytywnych zmian po traumie ujawniono u kobiet zmagających się z chorobą nowotworową [46] i osób chorych na różnego rodzaju nowotwory [47]. W polskich badaniach obejmujących chorych z różnymi rodzajami raka wykazano pozytywne związki obydwu rodzajów ruminacji, tj. natrętnych (zblizonych do pojęcia intruzji) oraz refleksyjnych, ze wzrostem po traumie [48], przy czym silniejsze zależności dotyczyły ruminacji refleksyjnych.

Podobną funkcję w pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych zdaje się pełnić zmiana podstawowych przekonań, która zwykle jest poprzedzona ruminowaniem o doświadczonej sytuacji. W badaniach obejmujących chorych na leukemię wykazano, że skłonność do zmiany przekonań sprzyjała rozwojowi po traumie [49].

### **Promowanie wzrostu po traumie**

Z przedstawionego przeglądu badań wynika, że choroba nowotworowa może być źródłem pewnych korzyści oraz że istotną rolę w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych odgrywają zasoby osobiste jednostki. Wśród nich szczególne znaczenie należy przypisać optymizmowi. W odniesieniu do tego zasobu przeprowadzono najwięcej badań i zdecydowana większość z nich potwierdziła występowanie dodatniego związku z rozwojem po traumie. Dane te korespondują z wynikami wskazującymi na znaczenie optymizmu życiowego w procesie przystosowania się, adaptacji do choroby. Należy jednak zwrócić uwagę, aby nie przeceniać roli optymizmu. Często może on przybierać formę myślenia życzeniowego

(optymizm obronny), co z jednej strony mogłoby się wiązać z niepodejmowaniem przez jednostkę aktywności na rzecz utrzymywania zdrowia, a z drugiej – ze skłonnością do przypisywania sobie pozytywnych zmian, w sytuacji gdy w rzeczywistości nie wystąpiły.

Przedstawione zasoby jednostki mogą sprzyjać wystąpieniu zjawiska potraumatycznego rozwoju zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio, determinując wybór bardziej skutecznych i dostosowanych do przeżywanej sytuacji sposobów radzenia sobie. Należy pamiętać, że na występowanie pozytywnych zmian w wyniku doświadczonej choroby nowotworowej mają też wpływ czynniki sytuacyjne związane z rodzajem nowotworu, czasem trwania choroby, stopniem zagrożenia życia czy otrzymanym wsparciem społecznym. Ponadto doświadczenie rozwoju po traumie może się przyczynić do powiększania zasobów jednostki. Oznacza to, że mogą być one i przyczyną, i skutkiem występowania pozytywnych zmian potraumatycznych.

Kształtowanie i rozwijanie zasobów osobistych u ludzi, którzy doświadczyli traumy w związku z chorobą nowotworową, nie tylko redukuje jej negatywne skutki, lecz może także sprzyjać pojawianiu się pozytywnych zmian potraumatycznych. Dotyczy to przede wszystkim bardziej podatnych na zmianę przekonań i oczekiwań, a w mniejszym stopniu względnie stałych cech składających się na osobowość jednostki.

W celu promowania wzrostu po traumie w ramach pracy z pacjentem onkologicznym powinno się znaleźć miejsce na rozwijanie tych elementów, które sprzyjają przepracowaniu traumy, w tym optymizmu, poczucia własnej wartości, skuteczności, a także prężności psychicznej. W sytuacji kryzysu związanego z chorobą nowotworową niezbędną jest bowiem mobilizacja zasobów jednostki, by sobie z nim poradzić. Na znaczenie mobilizacji zasobów w radzeniu sobie z przewlekłą chorobą somatyczną zwraca uwagę Juczyński [36] w swojej koncepcji mobilizacji osobistych potencjałów zdrowia, stanowiącej próbę wyjaśnienia mechanizmów prowadzących do przyjęcia aktywnej postawy wobec przeciwności losu. Jest to także zgodne z teorią zachowania zasobów Hobfolla [50] wskazującą, że trzeba pomnażać swoje zasoby po to, by móc z nich korzystać w sytuacji kryzysu. To pomnażanie powinno się odbywać w trakcie całego życia jednostki.

Dla stymulowania rozwoju po traumie ważne jest również kształtowanie refleksyjności i budowanie nadziei. Refleksyjność sprzyja aktywnemu przetwarzaniu informacji i poznawczemu angażowaniu się w poszukiwanie sposobów poradzenia sobie z doznaną traumą i wynikającymi z niej emocjami. Refleksje czy ruminacje o charakterze refleksyjnym

(celowym) wydają się wręcz konieczne w procesie odbudowywania zniszczonych w wyniku traumy schematów poznawczych. Dlatego też w procesie terapii, zwłaszcza w pierwszym jej etapie, powinno się zachęcać osoby, które doświadczyły traumy związanej z chorobą, do przywoływania wspomnień, ruminacji dotyczących przeżytej sytuacji, zwłaszcza jej aktywnej formy związanej z poszukiwaniem sposobów rozwiązania problemu. Dopiero w dalszych etapach osoba, która zmaga się z traumą, powinna być zachęcana do stawiania sobie nowych zadań i celów życiowych. W ten sposób poradzenie sobie z negatywnymi skutkami doświadczonych zdarzeń staje się początkiem pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych.

Istotną rolę w procesie wspierania rozwoju po traumie może także odgrywać podejmowanie aktywności duchowej. Trening duchowy może bezpośrednio przyczynić się do nadawania znaczenia i sensu przeżytych sytuacjom, ale także zwiększać nadzieję. Wskazane jest również rozwijanie otwartości na doświadczenia i ekstrawersji. Znaczenie tych wymiarów osobowości łączy się z ich związkiem z afektem pozytywnym, który może niwelować negatywne emocje wynikające z doświadczonej traumy. Obydwa wymiary są istotnymi czynnikami zwiększającymi poczucie dobrostanu. Nie należy także pomijać kształtowania umiejętności radzenia sobie z traumą związaną z chorobą, m.in. poprzez rozwijanie aktywnego radzenia, ale także wykorzystywanie strategii skoncentrowanych na znaczeniu, takich jak pozytywne przetwarzanie czy odwoływanie się do religii.

W procesie radzenia sobie z traumatycznymi wydarzeniami zwraca się uwagę na potrzebę ekspresji emocji, zwłaszcza tych negatywnych. Może temu służyć nie tylko mówienie o doznanej sytuacji, lecz także pisanie o niej (pamiętnik, blog). Pisanie, niezależnie od tego, w jakiej formie jest realizowane, ułatwia rozpoznanie, nazywanie, a także kontrolowanie przeżywanych emocji, porządkuje myśli, pozwala lepiej poznać siebie, inaczej spojrzeć na własną osobę i otaczającą rzeczywistość. Z obserwacji Cordovy i wsp. [5] wynika, że mówienie o swojej chorobie było pozytywnie związane z rozwojem po traumie u kobiet z rakiem piersi.

Podkreśla się także potrzebę kształtowania umiejętności spostrzegania i korzystania ze wsparcia społecznego. Pomoc udzielana osobom, które doświadczyły traumy, zwiększa prawdopodobieństwo rewizji dotychczasowych schematów poznawczych i umożliwia tworzenie innych, zmienionych, dostosowanych do nowej rzeczywistości.

Dotychczas opracowano niewiele programów mających na celu stymulowanie wzrostu po traumie u chorych onkologicznie. Wykorzystuje się w nich

przede wszystkim terapię poznawczo-behawioralną. Uczestnictwo w takiej terapii pozwala osobie, która doświadczyła traumy, zrozumieć, w jaki sposób negatywne myśli dotyczące zdarzenia wpływają na występowanie przykrych emocji w postaci lęku, gniewu czy poczucia winy. Uczy się ona rozpoznawać te myśli, zmieniać swoje przekonania, a co za tym idzie – wynikające z tych przekonań emocje. Jednostka jest wprowadzona w konfrontację z przeszłymi wydarzeniami i towarzyszącymi im negatywnymi odczuciami, co może zwiększać poziom dystresu, ale ten powrót do traumatycznego zdarzenia, pomimo że może być bolesny, jest jednak konieczny. Służy bowiem przepracowaniu traumy i sprzyja wystąpieniu pozytywnych zmian.

Występowanie pozytywnych zmian zaobserwowano w programie dla kobiet z rakiem piersi, który był nastawiony na zwiększanie otwartości [51]. W pisemnych relacjach kobiety ujawniały swoje myśli i odczucia związane z chorobą, co mogło się przyczynić do „przepracowania” przeżytej sytuacji. W podobnym programie przeznaczonym dla kobiet z rakiem piersi [52] stwierdzono, że większe pozytywne zmiany wystąpiły u pacjentek, u których wyjściowy poziom optymizmu był niższy, a ponadto zmiany te pojawiły się w późniejszym okresie. Z kolei u kobiet, u których wyjściowy poziom optymizmu był wyższy, pozytywne zmiany odnotowano na początku programu, ale efekt nie utrzymał się w kolejnych miesiącach. Zachęcanie osób doświadczających wydarzeń traumatycznych do ujawniania swoich odczuć może więc być skutecznym sposobem promowania wzrostu. Jednakże warto pamiętać, że nie zawsze ta metoda przynosi oczekiwane rezultaty. Należy wziąć pod uwagę występowanie różnic indywidualnych między ludźmi.

W kolejnym programie mającym na celu stymulowanie rozwoju po traumie i duchowości u osób z różnymi rodzajami nowotworów, realizowanym w Kanadzie, wykazano znaczenie treningu uważności (*mindfulness-based stress reduction*), a także oddziaływań przez sztukę [53]. Większe zmiany wiązały się z udziałem w treningu uważności. Dotyczyły one przede wszystkim relacji z innymi oraz percepcji siebie, czyli zmian przejawiających się większym dostrzeganiem nowych możliwości i rozpoznawaniem swoich mocnych stron.

## Oświadczenie

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. Clin Psychol Rev 2005; 22: 499-524.

2. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455-471.
3. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004; 15: 1-8.
4. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *Br J Health Psychol* 2008; 13: 633-646.
5. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychol* 2001; 20: 176-185.
6. Jackson CA. Posttraumatic growth: Is there evidence for changing our practice? *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2007-1/jackson.htm> (dostęp: 20.02.2010).
7. Salsman JM, Segerstrom SC, Brechting EH, Carson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3 month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho-Oncology* 2008; 18: 30-41.
8. Kolokotroni P, Tsikkinis A. Psychosocial factors related to post-traumatic growth in breast cancer survivors: A review. *Women Health* 2014; 54: 569-592.
9. Jaarsma T, Pool G, Sanderman R, Ranchor A. Psychometric properties of the Dutch version of the Posttraumatic Growth Inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology* 2006; 15: 911-920.
10. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH, Greenhawt M, Block K, Block P. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology* 2003; 12: 491-499.
11. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Wyd. 2. Wyd. Difin, Warszawa 2010.
12. Westphal M, Bonanno GA. Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology* 2007; 56: 417-427.
13. Johnson RJ, Hobfoll SE, Hall BJ, Canetti-Nisim D, Galea S, Palmieri PA. Posttraumatic growth: Action and reaction. *Applied Psychology* 2007; 56: 428-436.
14. Lepore SJ, Revenson TA. Resiliency and posttraumatic growth recovery, resistance and reconfiguration. W: Calhoun LG, Tedeschi RG (red.). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Mahwah, Lawrence Erlbaum Publishers, New Jersey 2006; 264-290.
15. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczanej sytuacji traumatycznej. *Polskie Forum Psychologiczne* 2012; 17: 395-410.
16. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne* 2010; 15: 125-139.
17. Sears SR, Stanton AL, Danoff-Burg S. The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychol* 2003; 22: 487-496.
18. Stanton AL, Low CA. Toward understanding posttraumatic growth: Commentary on Tedeschi and Calhoun. *Psychol Inq* 2004; 15: 76-80.
19. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychol Health* 2005; 20: 175-192.
20. Tallman B, Shaw K, Schultz J, Altmaier E. Well-being and post-traumatic growth in unrelated donor marrow transplant survivors: a nine-year longitudinal study. *Rehabil Psychol* 2010; 55: 204-210.
21. Ho S, Rajandram RK, Chan N, Samman N, McGrath C, Zwahlen RA. The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncol* 2011; 47: 121-124.
22. Moore AM, Gamblin TC, Geller DA i wsp. A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self-report and family caregiver in the context of advanced cancer. *Psycho-Oncology* 2011; 20: 479-487.
23. Olden ME. Posttraumatic growth in cancer patients at the end of life: An exploration of predictors and outcomes. Dissertation on Fordham University, New York 2009.
24. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol* 2006; 25: 47-56.
25. Abraido-Lanza AF, Guier C, Colon RM. Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *J Soc Issues* 1998; 54: 405-424.
26. Cieslak R, Benight C, Schmidt N i wsp. Predicting posttraumatic growth among Hurricane survivors living with HIV: the role of self-efficacy, social support, and PTSD symptoms. *Anxiety, Stress Coping* 2009; 22: 449-463.
27. Yu Y, Peng L, Tang T, Chen L, Li M, Wang T. Effects of emotion regulation and general self-efficacy on posttraumatic growth in Chinese cancer survivors: assessing the mediating effect of positive affect. *Psycho-Oncology* 2014; 23: 473-478.
28. Lotfi-Kashani F, Vaziri S, Akbari ME, Kazemi-Zanjani N, Shamkoeyan L. Predicting posttraumatic growth based upon self-efficacy and perceived social support in cancer patients. *Iran J Cancer Prev* 2014; 7: 115-123.
29. Luszczynska A, Mohamed NE, Schwarzer R. Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychol Health Med* 2005; 10: 365-375.
30. Carpenter JS, Brockopp DY, Andrykowski MA. Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *J Adv Nurs* 1999; 29: 1402-1411.
31. Lee S, Kim YJ. Posttraumatic growth of patients with breast cancer. *J Korean Acad Nurs* 2012; 42: 907-915.
32. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy tży zamieniają się w perły. Wyd. Difin, Warszawa 2013.
33. Trzebiński J, Zięba M. *Kwestionariusz nadziei podstawowej – BHI-12*. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2003.
34. 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.
35. Hullmann SE, Fedele DA, Molzon ES, Mayes S, Mullins LL. Posttraumatic growth in parents of children with cancer. *J Psychosoc Oncol* 2014; 32: 696-707.
36. Juczyński Z. Co daje człowiekowi siłę do zmagania się z cierpieniem. W: Suchocka L, Sztembis R (red.). *Człowiek i dziecko*. Wyd. KUL, Lublin 2010; 255-268.
37. Heszen I. Duchowość i jej rola w radzeniu sobie ze stresem. W: Suchocka L, Sztembis R (red.). *Człowiek i dziecko*. Wyd. KUL, Lublin 2010; 215-223.
38. Shaw A, Joseph SP, Linley A. Religion, spirituality, and post-traumatic growth: a systematic review. *Men Health Relig Cult* 2005; 8: 1-11.
39. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG, McMillam JA. Correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion and cognitive processing. *J Trauma Stress* 2000; 13: 521-527.
40. Prati G, Pietrantonio L. Optimism, social support and coping strategies contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *J Loss Trauma* 2009; 14: 364-388.
41. Denney RM, Aten JD, Leavell K. Posttraumatic spiritual growth: a phenomenological study of cancer survivors. *Ment Health Relig Cult* 2011; 14: 371-391.
42. Bussel V, Naus M. A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2010; 28: 61-78.

43. Ogińska-Bulik N. Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Psychiatria i Psychoterapia* 2014; 10: 3-16.
44. Wortmann J, Park C, Edmondson D. Trauma and PTSD: Does spiritual struggle mediate the link? *Psychol Trauma* 2011; 3: 442-452.
45. Carboon I, Anderson V, Pollard A, Szer J, Seymour J. Posttraumatic growth following a cancer diagnosis: do world assumptions contribute? *Traumatology* 2005; 11: 269-283.
46. Chan MW, Ho SM, Tedeschi RG, Leung CW. The valence of attentional bias and cancer-related rumination in posttraumatic stress and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2011; 20: 544-552.
47. Morris B, Shakespeare-Finch J. Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modeling with cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2011; 20: 1176-1183.
48. Ogińska-Bulik N. Rola ruminacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia* 2015; DOI:10.5114/pson.2015.55305.
49. Danhauer S, Russel GB, Tedeschi RG i wsp. Longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *J Clin Psychol Med Settings* 2013; 20: 13-24.
50. Hobfoll SE. *Stress, kultura i społeczność*. GWP, Gdańsk 2006.
51. Stanton AL, Danoff-Burg S, Sworowski LA i wsp. Randomized, controlled trial of written expression and benefit finding in breast cancer patients. *J Clin Oncol* 2002; 20: 4160-4168.
52. Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM i wsp. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol* 2001; 20: 20-32.
53. Garland SN, Carlson L, Speca M. A non-randomized comparison of mindfulness-based stress reduction and healing arts programs for facilitating posttraumatic growth and spirituality. *Support Care Cancer* 2007; 15: 949-961.