

Wzrost osobowy u młodzieży zmagającej się z chorobą nowotworową – charakterystyka zjawiska

Personal growth in adolescents struggling with cancer – the characteristic of phenomenon

Mariusz Cieślak, Mariola Bidzan

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Psychoonkologia 2015, 4: 152–160

DOI: 10.5114/pson.2015.57495

Adres do korespondencji:

prof. Mariola Bidzan
Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 4
80-309 Gdańsk
e-mail: mariola.bidzan@ug.edu.pl

Streszczenie

Zdiagnozowanie choroby nowotworowej u dzieci i młodzieży jest niezwykle trudnym i traumatyzującym doświadczeniem zarówno dla nich samych, jak i ich bliskich. Szacuje się, że nowotwory w tej grupie stanowią 1–2% wszystkich rozpoznawanych nowotworów oraz są przyczyną zgonów w ok. 8% przypadków. Najczęściej u dzieci i młodzieży diagnozuje się białaczkę, guzy mózgu, nowotwory układu współczulnego, retinoblastomę, nowotwory nerek i wątroby. Większość dotychczasowych badań dotyczyła psychopatologicznych reakcji na chorobę nowotworową, takich jak lęk, gniew czy depresja. Jednak w ostatnich latach badacze zaczęli skupiać uwagę także na pozytywnych aspektach doświadczeń traumatycznych wynikających m.in. z choroby nowotworowej. Zaczęto poszukiwać uwarunkowań potraumatycznego rozwoju nie tylko u osób dorosłych, lecz także w grupie dzieci i młodzieży. W niniejszej pracy przedstawiono specyfikę wzrostu potraumatycznego w grupie nieletnich oraz jego uwarunkowań. Zaprezentowano główne koncepcje dotyczące tego zjawiska w odniesieniu do dzieci i młodzieży oraz podjęto próbę przedstawienia aktualnego stanu badań nad wzrostem potraumatycznym wśród nieletnich zmagających się z chorobą nowotworową.

Abstract

The diagnosis of cancer in children and adolescents is a very difficult and traumatizing experience both for them and their family. It is estimated that cancers in this age group represent 1-2% of all cancers and cause death in approximately 8% of cases. Children and adolescents are the most frequently diagnosed with leukemia, neuroblastoma, retinoblastoma, renal cell carcinoma and hepatic cancer. Previous research projects were devoted to psychopathological reactions to disease diagnosis, such as anger or depression. However, in recent years scientists have been focusing also on positive aspects of traumatic experiences related to cancer. They began to identify conditions of posttraumatic growth not only among adults, but also children and adolescents. In this paper the authors presented the specificity of posttraumatic growth in the group of adolescents, along with its conditions. The main concepts of this phenomenon with reference to children and adolescents were highlighted. In addition, it was attempted to review the current studies on posttraumatic growth among minors struggling with cancer.

Słowa kluczowe: onkologia, rak, nastolatki, trauma, potraumatyczny wzrost.

Key words: oncology, cancer, adolescents, trauma, posttraumatic growth.

[...] Życie to taki dziwny prezent. Na początku się je przecenia: sądzi się, że dostało się życie wieczne. Potem się go nie docenia, uważa się, że jest do chrzantu, za krótkie, chciałoby się niemal je odrzucić. W końcu kojarzy się, że to nie był prezent, ale jedynie pożyczka. I próbuje się na nie zasłużyć. Ja, który mam sto lat, dobrze wiem, o czym mówię. Im bardziej się człowiek starzeje, tym większym smakiem musi się wykazać, żeby docenić życie. Musi być wyrafinowany, stać się po trosze artystą [...].

Éric-Emmanuel Schmitt [1], *Oskar i pani Róża*

Wstęp

Choroby nowotworowe zarówno w Polsce, jak i na świecie występują niezależnie od wieku, rasy czy płci. W ciągu ostatnich 40 lat liczba nowych zachorowań oraz zgonów z ich powodu gwałtownie wzrosła [2]. Szacuje się, że w przypadku dzieci i młodzieży (0–19 lat) stanowią one ok. 1–2% wszystkich rozpoznawanych nowotworów i są przyczyną zgonów w ok. 8% przypadków [3]. W Polsce liczbę nowych zachorowań na choroby nowotworowe wśród nieletnich szacuje się na poziomie ok. 1100–1200 przypadków rocznie. Dane Głównego Urzędu Statystycznego [4] wskazują, że najczęściej u dzieci i młodzieży rozpoznaje się nowotwór tkanki limfatycznej i krwiotwórczej (433 przypadki w ciągu roku, w tym 174 u dzieci w wieku do 9 lat oraz 259 nowych zachorowań w przedziale wiekowym 10–19 lat), następnie nowotwory oka i mózgu (139 przypadków u dzieci w wieku do 9 lat i 127 nowych zachorowań w przedziale wiekowym 10–19 lat). Szczyt zachorowań na choroby nowotworowe u dzieci przypada na okres od narodzin do 10. roku życia, kiedy to stwierdza się przede wszystkim wysoką zapadalność na ostrą białaczkę limfoblastyczną [5].

Według wskaźników procentowych, jakie przytacza Balcerska [6], w Polsce 28,7% przypadków poszczególnych typów nowotworów dziecięcych stanowią białaczki (33,5% w Europie, 30% w Ameryce), 16,3% – guzy mózgu (22,6% w Europie, 19% w Ameryce), 14,3% – chłoniaki (9,9% w Europie, 13% w Ameryce). Stosunkowo często diagnozowane są także nowotwory układu współczulnego, retinoblastoma, jak również nowotwór nerki i wątroby [3, 6]. Analiza danych epidemiologicznych wskazuje, iż w populacji dzieci i młodych dorosłych wzrasta częstość występowania tzw. guzów rzadkich, czyli guzów pierwotnych o budowie histologicznej typowej dla wieku dorosłego, takich jak raki i inne nowotwory pochodzenia nabłonkowego. Ocenia się, że stanowią one mniej niż 10% wszystkich przypadków zaliczanych do określonej grupy klinicznej, wyróżnionej w klasyfikacji *International Classification of Childhood Cancer* (ICCC) [6].

W ostatnich 20 latach utrzymuje się stała liczba zachorowań na choroby nowotworowe w populacji dzieci i młodzieży, a wyniki terapeutyczne

w tej grupie wiekowej systematycznie się poprawiają, co pozwala przewidywać, że obecnie wśród osób powyżej 20. roku życia 1 na 1000 jest byłym pacjentem onkologicznym [3, 6, 7]. Ocenia się, że w ostatnich latach liczba wyleczeń w populacji dzieci i młodzieży wzrosła do 70–80% [6, 8, 9], jednak w społeczeństwie nadal panuje przekonanie o bardzo wysokiej śmiertelności na skutek choroby nowotworowej. Statystyki pokazują, że choroby nowotworowe są przyczyną śmierci większej liczby dzieci do lat 18 niż inne schorzenia. Nowotwory są bowiem drugą co do częstości występowania przyczyną zgonów w populacji dziecięcej (po wypadkach, urazach i zatruciach) [6, 10].

Choroba nowotworowa jako stresujące wydarzenie życiowe

Choroba nowotworowa w myśl koncepcji systemowej rodziny zawsze dotyka wszystkich jej członków. Nadal jest postrzegana jako najbardziej stresująca spośród wszystkich chorób, ponieważ pociąga za sobą negatywne zmiany zarówno w sferze biologicznej, poznawczej, emocjonalnej, jak i behawioralnej [11]. Na poziomie biologicznym w sytuacji krytycznej związanej z chorobą dochodzi do istotnych zmian na poziomie fizjologii i biochemii mózgu – najczęściej są to zmiany funkcjonalne w wyniku wydzielania hormonów stresu (adrenalina, kortyzol, endorfiny), które służą maksymalnej mobilizacji organizmu i adaptacji do nadzwyczajnej sytuacji. Zmiany zachodzące w sferze poznawczej dotyczą przede wszystkim naruszenia, a nawet burzenia przekonania na temat świata, zagrożenia samooceny oraz relacji z innymi [12]. Zmiany w sferze emocjonalnej obejmują przede wszystkim częstsze niż dotąd występowanie depresji i negatywnych emocji, takich jak lęk (przed bólem, cierpieniem, nawrotem choroby, śmiercią itp.), a nawet panika, gniew, złość, agresja. Często występują też labilność emocjonalna i wstyd. Mogą się jednak również pojawiać pozytywne emocje, takie jak nadzieja. Natomiast zmiany behawioralne mogą przybierać formę np. spowolnienia ruchowego czy zmiany postawy ciała (przygarbienie, spuszczone oczy). U pacjenta może występować niepokój, podniecenie psychoruchowe, osłupienie, drżenie rąk itp.

Niemожność kontroli i poczucie zagrożenia wymuszają rewizję poglądów na temat tego, kim jestem (na ogół pojawia się spostrzeganie i definiowanie siebie jako osoby chorej, z nowotworem, „z rakiem”), jacy są ludzie wokół mnie, w jakim świecie żyję, co może przynieść mi przyszłość (często: przedwczesną śmierć) [13].

Rodzice, partnerzy i dzieci chorych konfrontują się z niepełnosprawnością i śmiertelnością i także muszą przededefiniować swoje cele oraz plany życiowe [14, 15]. Szczególnie silny stres doświadczany jest w przypadku wystąpienia choroby nowotworowej u dotychczas zdrowego dziecka [16].

Większość badań dotyczących psychoonkologii skoncentrowana była na psychopatologicznych objawach osób z chorobą nowotworową. Wynika z nich, że znaczna część chorych odczuwa lęk, gniew oraz doświadcza fizycznych objawów, które wynikają z choroby lub są skutkiem jej leczenia [17]. Diagnoza choroby zazwyczaj jest nagła i nieoczekiwana, nierzadko stanowi zagrożenie dla życia, co zwiększa poczucie lęku i niepewności o dalszą przyszłość [18]. Skutki chorób nowotworowych, zwłaszcza negatywne, w grupie dzieci i młodzieży są często silniejsze niż u dorosłych. Ma to niewątpliwie związek z tym, że dzieci od 11. do 12. roku życia swoją chorobę wyjaśniają przez funkcjonowanie fizjologiczne i psychofizjologiczne. U dzieci w tym przedziale wiekowym pojawia się lęk, głównie przed zniekształceniem ciała. Reakcje emocjonalne charakteryzują się dużą zmiennością. Nastolatki chcą żyć jak dotąd, normalnie, tak długo, jak się da. Psikusy, wszelkiego rodzaju żarty pomagają im przetrwać te trudne chwile oraz są ich sposobem radzenia sobie z chorobą. Chcą również brać czynny udział w podejmowaniu decyzji związanych z ich leczeniem [16].

U młodzieży z chorobą nowotworową w wieku 12–15 lat reakcje emocjonalne przybierają na sile. Częściej niż w poprzednim okresie pojawia się bunt lub przeciwnie – uległość, egoizm lub altruizm oraz sprzeciw lub bierność. Za swoją chorobę młodzież w tym wieku zazwyczaj winą obarcza osoby dorosłe. Najtrudniejsze w tym okresie dla nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową jest zaakceptowanie faktu utraty poczucia kontroli, oznaczające dla nich uzależnienie i/lub nieumiejętność radzenia sobie [16].

Młodzież w wieku od 15. do 18. roku życia zazwyczaj jest świadoma skutków choroby, która skłania ich do myślenia o końcu życia. Chorzy w tym wieku chcą być włączeni w proces leczenia. Znamienne często pojawiają się u nich stany depresyjne, lęk oraz zgorzknienie. Zmiany w wyglądzie zewnętrznym pogłębiają frustrację. Pojawiają się trudności w funkcjonowaniu poznawczym

(przejawiające się m.in. trudnościami z koncentracją uwagi) oraz emocjonalnym (np. zmiany nastroju). Niektóre dolegliwości, szczególnie te związane z negatywnymi skutkami leczenia, przewyższają zdolności radzenia sobie z chorobą, prowadząc do załamania psychicznego oraz obniżenia motywacji do dalszej walki, a czasami i życia [16, 19].

Pojęcie wzrostu potraumatycznego w grupie dzieci i młodzieży

W psychologii i psychiatrii za doświadczenia traumatyczne uznaje się te związane z zagrożeniem życia i zdrowia własnego bądź swoich bliskich [13], którym często towarzyszą ból i cierpienie. Mogą one powodować występowanie patologicznych reakcji i prowadzić do licznych problemów zdrowotnych. Jednak zdarzenia o charakterze traumy dają również szansę zmiany obecnego życia, odkrycia nowej tożsamości oraz mogą umacniać sens życia i prowadzić do wzrostu i własnego rozwoju [20]. Definicję potraumatycznego wzrostu czy rozwoju do literatury wprowadzili dwaj amerykańscy uczeni R. Tedeschi i L. Calhoun [21]. Pojęcie to, jak wskazują sami badacze, jest związane z pozytywnymi zmianami, jakie występują u ludzi w odpowiedzi na podejmowane przez nich próby poradzenia sobie z wydarzeniami traumatycznymi. Polegają one m.in. na odkryciu nieznanych dotąd aspektów własnego *Ja* i relacji z innymi, prowadząc do tworzenia nowej wizji siebie i świata, jak również budowania poglądów i przekonań dostosowanych do rzeczywistości zmienionej chorobą [22]. Potraumatyczny wzrost, rozwój obejmuje pozytywne zmiany pojawiające się w wyniku podejmowania prób poradzenia sobie z następstwami traumatycznych wydarzeń, jak wzrost dojrzałości przyczyniającej się do aktywizowania zadaniowych strategii radzenia sobie z problemem, w tym skorzystania z oferty specjalistycznej nie tylko w minimalnym, lecz także maksymalnym zakresie [20, 23–25].

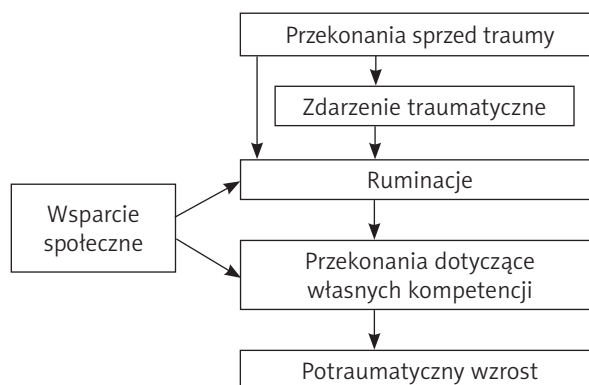
W dostępnej literaturze można znaleźć wiele innych terminów, które odnoszą się do tego zjawiska. Tedeschi i Calhoun [21] uważają jednak, że nie ujmują one dokładnie istoty tego fenomenu. Przytaczając za powyższymi badaczami, są to m.in.: mozolna przemiana (Finkel), pozytywne zmiany psychologiczne (Yalom, Liberman), postrzegane lub wytworzone korzyści (Calhoun, Tedeschi), wzrost związany ze stresem (Park, Cohen, Murk), odkrycie znaczenia (Bower i wsp.), emocje pozytywne (Folman, Moskowitz), rozkwit (Ryff, Singer) oraz bujny rozwój (O’Leary, Ickovics) [21]. Termin wzrostu potraumatycznego zaproponowany przez Tedeschiego i Calhouna należy rozumieć szeroko, nie skupiając uwagi tylko na wydarzeniach o charakterze traumy.

Wzrost potraumatyczny może wystąpić również w wyniku sytuacji, które będą wymagały od jednostki ponownego przystosowania się [20, 26].

Proces wzrostu potraumatycznego jest rozciągany w czasie. Zjawisko to nie występuje tylko na skutek przeżywania traumy, lecz jest także efektem strategii zaradczych podejmowanych przez jednostkę w jej wyniku [21]. Helgeson i wsp. [27] wskazują, że na występowanie wzrostu potraumatycznego składają się aktualne zmiany życiowe, techniki radzenia sobie, jakie jednostka stosuje w obliczu tego wydarzenia, oraz manipulacja poznawcza rozumiana jako pozytywna iluzja, która pozwala jednostce przetrwać w ciężkich chwilach [28].

W procesie potraumatycznego wzrostu można dostrzec pewną etapowość. Pierwszy etap to etap poznawczego zaangażowania jednostki. Prowadzi on do uruchomienia procesów zaradczych, dzięki którym jednostka obniża poziom dystresu [21]. Po jego obniżeniu jednostka może rozpocząć proces nadawania sensu temu, co się wydarzyło [28]. Kolejnym etapem procesu wzrostu jest otwieranie się na innych. Jednostka, która jest gotowa do ujawnienia tego, co czuje, może się spotkać z dwojaką reakcją: wspierającą postawą ze strony innych oraz zachęcaniem do ujawniania lub postawą odrzucenia, co może spowodować zamknięcie się i prowadzić do zahamowania wzrostu potraumatycznego [21].

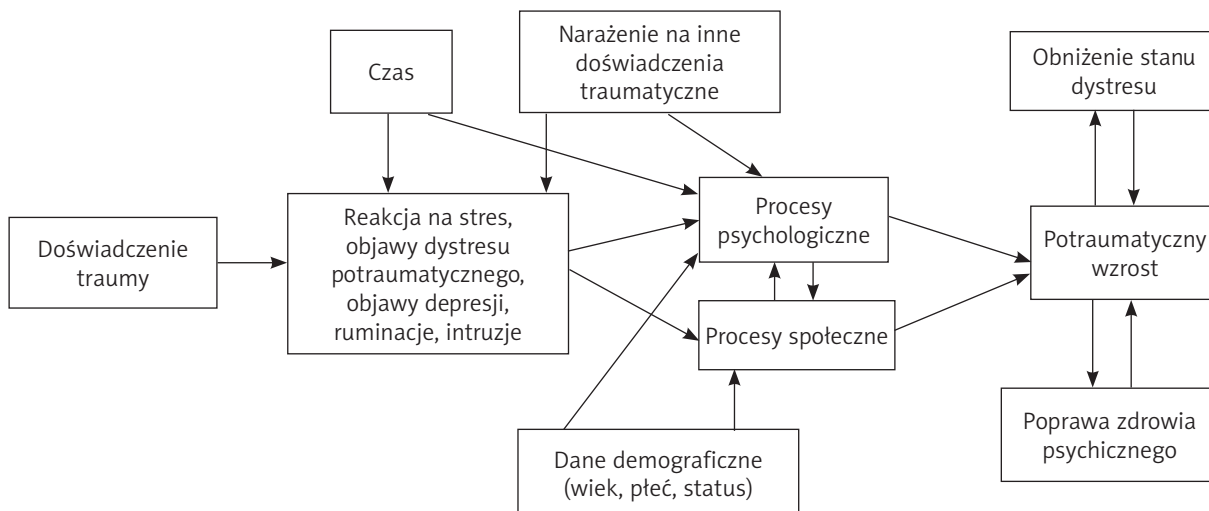
Badania nad psychologicznymi aspektami doświadczeń traumatycznych wśród młodzieży i dzieci są obecnie przedmiotem zainteresowania wielu autorów. Częstość występowania doświadczeń o charakterze traumy wśród nieletnich szacuje się na 15–84% [29]. Zjawisko wzrostu potraumatycznego wśród nieletnich można dostrzec w zmianach ich filozofii życiowej, kontaktach in-



Rycina 1. Model wzrostu po traumie u dzieci. Źródło: Cryder i wsp. [31] w oparciu o model wzrostu potraumatycznego Tedeschi i Calhouna [26]

Figure 1. Posttraumatic growth model in children. Source: Cryder et al. [31] based on the posttraumatic growth model by Tedeschi and Calhoun [26]

terpersonalnych oraz zmianach w samoocenie [30], zwiększeniu odporności psychicznej, emocjonalnej dojrzałości, znacznym wzroście współczucia, empatii dla innych oraz głębszym rozumieniu sensu własnego życia [24]. Sposoby jego rozumienia i wyjaśniania są podobne do mechanizmu objaśniającego sposób jego powstawania u osób dorosłych. Cryder i wsp. [31], opierając się na modelu wzrostu potraumatycznego Tedeschi i Calhouna, zaproponowali model wzrostu po traumie dzieci i młodzieży (ryc. 1.). Autorzy zwrócili szczególną uwagę na przekonania, jakimi dysponują nieletni przed wystąpieniem traumatycznego wydarzenia, oraz wskazali na istotną rolę ruminacji poznawczych, wsparcia społecznego oraz kompetencji, jakimi dysponuje jednostka.



Rycina 2. Model wzrostu po traumie u dzieci i młodzieży. Źródło: Meyerson i wsp. [20, 32]

Figure 2. Posttraumatic growth model in children and adolescents. Source: Meyerson et al. [20, 32]

Meyerson i wsp. [32] na podstawie przeprowadzonych metaanaliz wyników badań zaproponowali model wzrostu po doświadczeniach traumatycznych wśród dzieci i młodzieży (ryc. 2.).

Według Meyersona i wsp. [32] czynnikiem inicjującym wzrost potraumatyczny jest doświadczenie wydarzenia o charakterze traumatycznym. Wydarzenie to prowadzi do wystąpienia u jednostki silnego, przedłużającego się stresu oraz może prowadzić do wystąpienia depresji. Dla tego etapu charakterystyczne są również występujące ruminacje poznawcze oraz intruzje. Ruminacje mogą przybierać dwie formy: mieć charakter negatywny i automatyczny związany z intruzją lub być pozytywne i celowe, świadczące o przepracowywaniu traumy. Wszystkie wyżej wymienione procesy są zależne od czasu, jaki upłynął od doświadczenia traumy, oraz podatności jednostki na występowanie podobnych zdarzeń. Wydarzenia traumatyczne uruchamiają u jednostek pewne psychologiczne procesy, m.in. aktywne radzenie sobie czy akceptację, a także poszukiwanie wsparcia ze strony innych osób. Ważną rolę odgrywają także zmienne demograficzne, np. płeć, ponieważ to kobiety częściej są skłonne korzystać ze wsparcia społecznego [20, 32].

Badacze zwracają również uwagę na ogromne znaczenie procesów poznawczych w występowaniu zmian wzrostowych u nieletnich, w szczególności zdolności do przetwarzania informacji. Osoba, która mierzy się z traumą, doświadcza nie tylko negatywnych emocji, lecz także odczuwa myśli, rozważa je i nadaje im nowe znaczenie. Ten niezwykle trudny i bolesny etap może prowadzić do odkrycia nowego siebie i poprawy relacji z innymi. Etap ten jest często nazywany procesem przebudowy własnego życia [20]. Dlatego potraumatyczny rozwój u dzieci i młodzieży nie jest tylko prostym następstwem doświadczonego wydarzenia o charakterze traumy, lecz także skomplikowanym procesem rozłożonym w czasie. Warto dodać, że proces ten wydaje się u nich nieco trudniejszy niż u osób dorosłych, chociażby ze względu na kształtowanie się wielu struktur psychicznych oraz osobowości dzieci. Wzrost osobowy wymaga pewnej świadomości o samym sobie oraz innych, jednak patrząc na to z drugiej strony, brak pełnego ukształtowania struktur psychicznych u dzieci może ułatwiać im przyswajanie nowych treści i budowanie nowej rzeczywistości [20]. Niższy wzrost może być też spowodowany aktywizowaniem mniej dojrzałych strategii zaradczych w porównaniu z osobami dorosłymi. Jak pisze Ogińska-Bulik [20], wątpliwości nie budzi również fakt, iż pewne zmiany, które występują u młodych ludzi czy to w ich filozofii życiowej, czy to percepcji

siebie, mogą wynikać głównie z realizacji przez nich zadań rozwojowych związanych z okresem dojrzewania, a nie są konsekwencjami przeżytej traumy. Jednak badania Alisic i wsp. [29] wskazały, że nastolatki, które doświadczyły negatywnych wydarzeń życiowych, charakteryzują się wyższym poziomem zmian wzrostowych niż osoby, które takiego wydarzenia nie doświadczyły.

U dzieci i młodzieży uwarunkowań wzrostu potraumatycznego poszukuje się w rodzaju wydarzenia, czasie od jego wystąpienia oraz uwarunkowaniach podmiotowych, do których można zaliczyć zmienne socjodemograficzne, zasoby osobiste i strategie radzenia sobie, takie jak akceptacja, pozytywne przewartościowanie, radzenie sobie skoncentrowane na zadaniu i oparte na religii [20, 33].

Zjawisko wzrostu osobowego w chorobie nowotworowej i jego uwarunkowania

Choroba nowotworowa sama w sobie jest bardzo traumatyzującym doświadczeniem zarówno dla osób dorosłych, jak i nieletnich. Oprócz negatywnych stanów emocjonalnych i emocjonalnego dystresu w wyniku zmagania się z nią jednostki mogą ujawniać pozytywne zmiany w postaci wzrostu potraumatycznego. W przypadku osób dorosłych z chorobą nowotworową dość powszechnie występuje wzrost potraumatyczny [11, 20, 23, 34], pozytywne zmiany w wyniku diagnozy choroby nowotworowej zachodzą u 30–90% pacjentów [11, 20, 24, 35].

Jak wskazuje Badura-Madej [13], najczęściej opisywane zmiany pozytywne, jakie relacjonują osoby z bolesnymi doświadczeniami, obejmują: zwiększone poczucie własnych zdolności do przetrwania i zwycięstwa, co autorka uważa za ważne w odniesieniu do pierwotnych odczuć bezbronności w sytuacji doświadczenia traumy, kiedy nie mogły albo nie potrafiły kontrolować sytuacji i własnych reakcji; zmianę obrazu innych – odkrywanie w innych tego, co najgorsze, jak i tego, co najlepsze, jest to okazja do rewizji poglądów, na kogo mogą liczyć, kto jest ich przyjacielem, czyja postawa (szczególnie, gdy chodzi o bliskich) przyniosła rozczarowanie, a kto z kolei zaskoczył ich swoim zachowaniem, mówią też o większym współczuciu dla tych, którzy przeżywają trudności życiowe; poznawcze zaangażowanie w problematykę egzystencjalną, czyli przede wszystkim „nadawanie sensu aktualnym okolicznościom i bardziej fundamentalnym sprawom, które pojawiły się w związku z sytuacją, jak sens życia, postawy wobec śmierci, przywiązanie większej wagi do drobnych codziennych spraw, umniejszenie znaczenia pozornie wielkich spraw życiowych, rozwój duchowy” [13, s. 21].

To sprawia, że jednostki mają większe poczucie siły oraz zdolność do przetrwania i zwycięstwa. W wyniku przewyciężenia sytuacji trudnych w filozofii życiowej tych osób dokonują się zmiany, dzięki którym staje się ona bardziej dojrzała i zadowolona [21, 26].

Osoby z chorobą nowotworową mogą doznawać potraumatycznego wzrostu związanego z rozwojem osobistym, wzmocnieniem bliskich relacji i zmianą życiowych priorytetów [21]. Istotnym czynnikiem odgrywającym rolę w przystosowaniu do choroby jest duchowość [36, 37], postrzegana jako szerszy koncept reprezentujący transcendentne przekonania i wartości, które mogą, ale nie muszą mieć związku z żadną instytucją religijną. Podstawą orientacji duchowości jest jej wymiar transcendentny (wzrost ponad „ja” realne), przez który jednostka postrzega siebie, innych, jak i życie. Wiele osób wyraża swoją duchowość poprzez praktyki religijne, ale trzeba pamiętać, że religijność nie zawsze jest przejawem duchowości, a czasami może ją nawet utrudniać [37, 38].

Wzrost duchowości jest jednym z częściej wskazywanych czynników związanych z potraumatycznym wzrostem. Wiara i religijność mogą być silnym predyktorem przystosowania się do choroby i wzrostu oceny jakości życia. Ludziom, którzy nadają znaczenie cierpieniu, łatwiej jest sprostać wymaganiom stawianym przez chorobę niż tym, którzy tego nie robią. Religia może nadać sens cierpieniom wtedy, kiedy nie można mieć nad nimi kontroli i im zapobiec [39, 40].

Badania przeprowadzone przez Cordovę i wsp. [41] wskazały, że kobiety zmagające się z nowotworem piersi ujawniły pozytywne zmiany potraumatyczne głównie w obszarze doceniania życia i duchowości. Polskie badania przeprowadzone z udziałem kobiet po mastektomii wskazały, że 50% z nich ujawniła wysoki stopień potraumatycznego wzrostu, 25% – średni, a 25% – niski. Większe zmiany zaobserwowano w relacjach z innymi i docenianiu życia [23]. Również badania Ogińskiej-Bulik [42], przeprowadzone w grupie osób chorych onkologicznie, wskazały na występowanie pozytywnych zmian wzrostowych. Większe zmiany zaobserwowano w relacjach z innymi i docenianiu życia, co zdaniem Dobrowolskiej [43] może świadczyć o skutecznym radzeniu sobie z chorobą. Mniejsze zmiany natomiast widoczne były w percepcji siebie i sferze duchowej. Badania Mazurkiewicz i wsp. [44] dotyczące potraumatycznego wzrostu u kobiet po radioterapii wykazały, że u 25% z nich odnotowano wysoki poziom zmian, u 35% – przeciętny, natomiast u 40% – niski. Najwięcej zmian pojawiło się w większym docenianiu życia oraz w zakresie relacji z innymi.

Zdolność do odnalezienia korzyści w zachowaniu jest jednym z ważniejszych mechanizmów wpływających na proces radzenia sobie z chorobą [15].

Badacze, odnosząc się do wzrostu potraumatycznego w różnych chorobach przewlekłych o charakterze traumy, np. niepłodności czy stwardnieniu rozsianym, zwracają uwagę na to, że różnego rodzaju wsparcie społeczne – emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, duchowe, poczucie własnej skuteczności i wartości, samoocena, optymizm, poczucie koherencji – zrozumiałość, sterowalność, sensowność, przekonanie o sprawowaniu osobistej kontroli, konstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem, dojrzałe mechanizmy obronne osobowości, inteligencja, wiedza, ekspresja emocji, racjonalne myślenie, zdrowy styl życia, prężność, twardość, duchowość, wiara sprzyjają wzrostowi potraumatycznemu [15, 40, 45].

W badaniach obejmujących chorych onkologicznie podkreśla się, że duchowość sprzyja pozytywnym zmianom towarzyszącym wzrostowi po traumie, który koreluje dodatnio także z poczuciem koherencji [37, 46].

Z innych zasobów psychologicznych, poza poczuciem koherencji, coraz częściej analizowanych w literaturze i mogących mieć związek z potraumatycznym wzrostem jest prężność psychiczna. Osoby z wysokim poziomem prężności po przeżyciu traumy są w stanie powrócić do poprzedniego poziomu funkcjonowania [47] – im wyższy poziom prężności, tym większy rozwój po traumie [48]. W swoich badaniach Ogińska-Bulik i Juczyński [49] analizowali zależność między prężnością a pozytywnymi i negatywnymi skutkami doświadczanej traumy. Nie odnotowano związku prężności z objawami stresu pourazowego, ale stwierdzono jej korelację z konsekwencjami doświadczanej traumy. Podobnie jak w poprzednich badaniach został potwierdzony związek prężności z potraumatycznym wzrostem. W badaniach Ogińskiej-Bulik [50] przeprowadzonych w grupie młodzieży potwierdzony został związek prężności ze wzrostem po traumie. Badaczka stwierdziła, że im wyższy poziom prężności, tym większe nasilenie pozytywnych zmian po doświadczeniu traumatycznym. Zmiany te dotyczyły głównie percepcji siebie i relacji z innymi. U osób młodych najważniejszymi czynnikami wpływającymi na potraumatyczny wzrost były poczucie humoru i otwartość na nowe doświadczenie. Autorka sugeruje, że różne komponenty prężności mogą być wyznacznikami rozwoju po traumie w zależności od badanej populacji. Jak podkreślają Kaczmarek, Sęk i Ziarko [51], osoby prężne częściej doznają pozytywnych uczuć, co wpływa na ich wytrwałość

i radzenie sobie z sytuacjami trudnymi. Doświadczenie emocji pozytywnych pomaga przeżyć te negatywne i w przypadku pojawienia się trudności zmienia sposób patrzenia na świat, pomaga zyskać nadzieję i poszukiwać sposobów na poradzenie sobie z problemową sytuacją. Emocje pozytywne mogą pełnić funkcję bufora, który chroni przed depresją będącą skutkiem przeżywania sytuacji traumatycznej [52].

Prężność ponadto zapobiega negatywnym konsekwencjom doświadczania sytuacji trudnych, zmniejsza objawy stresu pourazowego, chroni przed nieprzystosowaniem i podejmowaniem prób samobójczych [50]. Wpływa ona na zdrowie również poprzez regulowanie funkcji fizjologicznych. Z badań Tugade i Fredrickson [53] wynika, że u osób z wysokim poziomem prężności funkcje fizjologiczne, które uległy podwyższeniu w związku ze zmaganiem się z sytuacją stresową, szybciej wracały do normy [40].

Rzadko badanym zasobem mającym także związek z potraumatycznym wzrostem jest twardość psychiczna – wyzwanie, który odzwierciedla przekonanie, że zmiany nie są dla jednostki zagrożeniem bezpieczeństwa osobistego, ale mogą się stać okazją do rozwoju i wzrostu. Jest to przekonanie, że można korzystać zarówno z porażek, jak i sukcesów. Wyzwaniem może być stawianie sobie pytania: „Co mogę wyciągnąć z tego doświadczenia?” [54]. Wyzwanie łagodzi stresujące wydarzenia od strony percepcyjnej. Dzięki tej dyspozycji są one odbierane jako stymulujące, a nie jako zagrażające. Komponent ten jest związany z oczekiwaniem wzrostu, a nie ochroną siebie. Prowadzi do pojawiania się u jednostki takich cech, jak otwartość i elastyczność [55].

Badacze wskazują, że twardość psychiczna jest bardziej skutecznym zasobem w radzeniu sobie ze stresem, również wynikającym z choroby, niż np. religijność [56]. Wiąże się z otwartością na doświadczenie. Wyniki badań wskazują, że twardość jest wyuczona, a nie wrodzona [57]. Stąd na poziom odporności można wpływać poprzez programy psychoedukacyjne [58, 59]. Szkolenia z zakresu twardości angażują procesy poznawcze, emocje oraz działanie w radzeniu sobie ze stresującymi okolicznościami. U osób, które brały udział w takim treningu, wykazuje się wzrost twardości psychicznej, satysfakcji z nauki, pracy oraz spadek napięcia i mniej objawów choroby [55].

Kolejną istotną cechą przekonania o własnej skuteczności jest udział w procesie poznawczej kontroli bólu, który jest istotnym objawem choroby nowotworowej. Stwierdzono, że wzrostowi poczucia własnej skuteczności towarzyszył wzrost tolerancji na ból. W badaniu eksperymentalnym

osoby, które wierzyły, że są w stanie radzić sobie z bólem, dłużej potrafiły go znieść [60].

Wiele badań wskazuje na występowanie pozytywnych zmian u dzieci i młodzieży w wyniku doświadczenia choroby [61, 62]. Barakat i wsp. [63] podkreślają, że prawie 85% ankietowanych nastolatków wskazało na co najmniej jedną pozytywną zmianę, jaką zauważyli u siebie w wyniku choroby, a ok. 33% z nich wskazało na co najmniej cztery pozytywne zmiany. Ponad połowa respondentów wskazała na pozytywne zmiany w samoocenie oraz w planach na przyszłość. Również Phipps i wsp. [61] zaobserwowali pozytywne zmiany u nastolatków chorych onkologicznie. W ich badaniach wykazano słaby, o dodatnim kierunku związek wzrostu potraumatycznego z optymizmem życiowym i poczuciem własnej wartości, natomiast związek z lękiem miał charakter negatywny. Wyższy poziom zmian wzrostowych zaobserwowano u osób, u których diagnozę postawiono wcześniej.

Badania polskie przeprowadzone przez Ogińską-Bulik [24] wykazały, że adolescenti, którzy doświadczyli choroby nowotworowej, ujawnili występowanie pozytywnych zmian wzrostowych, 35,9% z nich oceniło je jako zmiany pozytywne w stopniu wysokim. Większe zmiany zaobserwowano w percepcji siebie i docenianiu życia, niższe w relacjach z innymi. Badania Ogińskiej-Bulik i Kobylarczyk [64] wykazały również, że 60% nastolatków chorych onkologicznie ujawnia pozytywne zmiany po tym doświadczeniu w stopniu przeciętnym. Również większe zmiany odnotowano w percepcji siebie oraz docenianiu życia niż w relacjach interpersonalnych.

Wskazuje się również, że silniejszy wzrost potraumatyczny zachodzi w sytuacji, gdy choroba staje się poważniejsza i stanowi większe zagrożenie dla życia [24]. Badura-Madej [13] podkreśla, że te pozytywne zmiany na poziomie mentalnym w postaci wzrostu potraumatycznego nie są zawsze związane z większym komfortem psychicznym i poczuciem własnej wartości i wartości życia.

Podsumowanie

Choroba nowotworowa jako bardzo stresujące wydarzenie życiowe, które wiąże się z obciążeniem psychicznym dla jednostki, może prowadzić także do wzrostu. Badania nad wzrostem potraumatycznym pokazują, że nie tylko ludzie dorośli, lecz także dzieci i młodzież, pomimo mniejszej odporności i mniejszych możliwości poznawczych, również go doświadczają. Dlatego warto prowadzić dalsze badania nad wzrostem potraumatycznym w tej grupie badanych. Warto byłoby uwzględnić rolę zasobów osobistych czy społecz-

nych oraz sprawdzić, które z nich sprzyjają wzrostowi osobowemu, jak również ocenić, czy każdy rodzaj nowotworu równie często prowadzi do potraumatycznego wzrostu. Badania takie pozwolą na identyfikację zasobów psychologicznych sprzyjających potraumatycznemu wzrostowi, a tym samym umożliwią tworzenie coraz bardziej skutecznych metod i form pomocy dla osób dotkniętych traumą na skutek choroby nowotworowej.

Oświadczenie

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Schmitt EE. Oskar i pani Róża. Wydawnictwo Znak, Kraków 2004.
- Didkowska J. Epidemiologia nowotworów złośliwych w Polsce. W: Podstawy onkologii klinicznej. Meder J (red.). Wydawnictwo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011; 5-16.
- Balcerska A. Wybrane zagadnienia z hematologii i onkologii wieku rozwojowego. Wydawnictwo AM w Gdańsku, Gdańsk 2004; 7-9.
- Urbańska N. Plany życiowe i hierarchia wartości młodzieży chorej na nowotwór. W: Rozwój poprzez terapię. Bidzan M, Budziński W (red.). Interdyscyplinarne aspekty pedagogiki leczniczej. Wydawnictwo GWSH, Gdańsk 2011; 286-305.
- Zadrożna A. Wpływ wsparcia społecznego na akceptację choroby nowotworowej. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem dr Joanny Kozaki. Instytut Psychologii UG, Gdańsk 2016.
- Balcerska A. Epidemiologia chorób nowotworowych u dzieci. Forum Medycyny Rodzinnej 2009; 3: 61-63.
- Matysiak M. Rola lekarza rodzinnego w opiece nad dzieckiem z chorobą nowotworową. W: Hematologia w praktyce pediatrycznej. Matysiak M (red.). Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2002; 127-128.
- Tuberegen G, Bleyer A. Leukemias. W: Nelson Textbook of Pediatrics. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF (red.). WB Saunders Company, Philadelphia 2007; 2116-2122.
- Radoń-Proskura J. Wybrane aspekty medyczne w pedagogice leczniczej. W: Rozwój poprzez terapię. Interdyscyplinarne aspekty pedagogiki leczniczej. Bidzan M, Budziński W (red.). Wydawnictwo GWSH, Gdańsk 2011; 113-148.
- Zatoński WA, Didkowska J. Epidemiologia złośliwych nowotworów. W: Onkologia kliniczna. Krzakowski M (red.). Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2001; 22-51.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: future directions. W: Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG (red.). Lawrence Erlbaum Publishers, Mahwah, New Jersey 1998; 215-238.
- Heszen-Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Psychologia. Podręcznik akademicki. Strelau J (red.). GWP, Gdańsk 2003; 513-524.
- Badura-Madej W. Czy i jak kryzysy zmieniają nas i nasze życie. W: Człowiek w obliczu kryzysu. Kryzys w perspektywie interdyscyplinarnej. Chyczewska A, Kijowska IM (red.). Wydawnictwo PWSZ, Elbląg 2005; 15-24.
- Pietrzyk A. Ta choroba w rodzinie. Psycholog o raku. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006; 32-150.
- Dymecka J. Radzenie sobie z własną chorobą u osób ze stwardnieniem rozsianym. W: Niepełnosprawność ruchowa w ujęciu biopsychospołecznym. Bidzan M, Bieleninik Ł, Szulman-Wardal A (red.). Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2015; 157-183.
- Rogiewicz M. Problemy psychoonkologiczne dzieci i młodzieży. W: Psychoonkologia. de Walden-Galuszko K (red.). Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, Kraków 2000; 101-115.
- Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: Psychoonkologia. de Walden-Galuszko K (red.). Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP, Kraków 2000; 23-45.
- Gurevich M, Devins GM, Rodin GM. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. Psychosomatics 2002; 43: 259-281.
- Kowalczyk JR, Samardakiewicz M. Dziecko z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
- Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Psychologia pozytywna w praktyce. Linley PA, Joseph S (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007; 230-248.
- Falk R, Gispert M, Baucom DH. Personality factors related to black teenage pregnancy and abortion. Psychology of Women Quarterly 1981; 5: 737-747.
- Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. Pol Forum Psychol 2010; 15: 125-139.
- Ogińska-Bulik N. Osobowy wzrost u nastolatków zmagających się z chorobą nowotworową. Psychoonkologia 2012; 1: 1-8.
- Bidzan M. Nastoletnie rodzicielstwo. Perspektywa psychologiczna. Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry 2004; 15: 1-18.
- Helgeson V, Reynolds K, Tomich P. A meta-analytic review of benefit finding and growth. J Consult Clin Psychol 2006; 74: 797-816.
- Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. Psychiatria 2010; 7: 129-142.
- Alisic E, Van der Schoot T, Van Ginkel J i wsp. Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: Posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. J Clin Psychiatry 2008; 69: 1455-1461.
- Salter E, Stallard P. Posttraumatic growth in child survivors of road traffic accident. J Trauma Stress 2004; 17: 335-340.
- Cryder C, Klimer R, Tedeschi R i wsp. An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. Am J Orthopsychiatry 2006; 76: 65-69.
- Meyerson DA, Grant KE, Smith Carter J i wsp. Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. Clin Psychol Rev 2011; 31: 949-964.
- Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. J Trauma Stress 2004; 17: 11-21.
- Ogińska-Bulik N. The role of social support in posttraumatic growth in people struggling with cancer. Health Psychology Report 2013; 1: 1-8.
- Teo CK, Teo IE, Beng Im-Teo C. Posttraumatic growth in cancer: perspectives of Indo-Malaysian patients. Internet J Fam Pract 2007; 5: 1.
- Kulczycka-Dopiera A. Poczucie koherencji i duchowość – czynniki chroniące przed wypaleniem zawodowym osoby, które zajmują się pomocą medyczną i psychospołeczną pacjentom z chorobami nowotworowymi. Doniesienia wstępne. Psychoonkologia 2014; 2: 59-65.
- Ruszkiewicz M, Eldridge E. Rola duchowości i poczucia koherencji jako czynników chroniących przed wypaleniem zawodowym wśród wolontariuszy opieki paliatywnej. Psychoonkologia 2015; 2: 64-73.

38. Hussain D. Spirituality, religion, and health: reflections and issues. *Europe's Journal of Psychology* 2011; 1: 187-197.
39. Makros J, McCabe M. The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment and quality of life among people with multiple sclerosis. *Journal of Religion and Health* 2003; 42: 143-159.
40. Dymecka J. Zasoby psychospołeczne a przystosowanie do choroby i jakość życia osób ze stwardnieniem rozsianym. Niepublikowana praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. M. Bidzan. Instytut Psychologii UG, Gdańsk 2016.
41. Cordova MJ, Cunnigham LC, Carlson CR i wsp. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychol* 2001; 20: 176-185.
42. Ogińska-Bulik N. Rola ruminacji w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia* 2015; 3: 1-8.
43. Dobrowolska M. Wybrane zasoby psychologiczne pacjentek chorych na raka jajnika a stopień nasilenia skutków ubocznych chemioterapii. *Psychoonkologia* 2013; 2: 56-61.
44. Mazurkiewicz A, Otrębski W, Makara-Studzińska M. Posttraumatic growth in case of women treated with irradiation due to cancer. *Oncol Radiother* 2015; 1: 31-40.
45. Bidzan M, Koss J, Rudnik A. Niepłodność – kryzys psychologiczny czy szansa rozwoju? W: Człowiek w obliczu kryzysu. Kryzys w perspektywie interdyscyplinarnej. Chyczewska A, Kijowska IM (red.). Wydawnictwo PWSZ, Elbląg 2015; 57-83.
46. Heszen-Niejodek I. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny* 2004; 47: 15-31.
47. Izdebski P, Suprynowicz M. Rozwój pourazowy a prężność. *Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy Nauki o Edukacji* 2011; 5: 61-69.
48. Ogińska-Bulik N. Strategie radzenia sobie a osobowy wzrost u nastolatków, którzy doświadczyli negatywnych wydarzeń życiowych. *Pol Forum Psychol* 2015; 20: 149-164.
49. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria* 2012; 9: 1-10.
50. Ogińska-Bulik N. Prężność a potraumatyczny rozwój u młodzieży. W: *Zdrowie w cyklu życia człowieka*. Ogińska-Bulik N, Miniszewska J (red.). Wydawnictwo UŁ, Łódź 2012; 75-87.
51. Kaczmarek Ł, Sęk H, Ziarko M. Sprężystość psychiczna i zmienne pośredniczące w jej wpływie na zdrowie. *Przegląd Psychologiczny* 2011; 54: 29-46.
52. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010.
53. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psychol* 2004; 86: 320-333.
54. Maddi SR, Kobasa SC. *The hardy executive: Health under stress*. Dow Jones-Irwin, Homewood 1984.
55. Maddi SR, Kahn S, Maddi KL. The Effectiveness of Hardiness Training. *Consulting Psychology Journal* 1998; 50: 78-86.
56. Maddi SR, Brow M, Khoshaba DM i wsp. Relationship of Hardiness and Religiousness to Depression and Anger. *Consulting Psychology Journal* 2006; 58: 148-161.
57. Maddi SR. Relevance of Hardiness assessment and training to the military context. *Military Psychology* 2007; 19: 61-70.
58. Webster C, Austin W. Health-related hardiness and the effect of psycho-educational group on clients' symptoms. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6: 241-247.
59. Jankowska M. Hardiness jako narzędzie wspomagające radzenie sobie w sytuacji kryzysowej – przegląd badań. *Seria SWSPiZ w Łodzi: Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2010; 11: 149-165.
60. Bandura A, O'Leary A, Taylor CB i wsp. Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53: 563-557.
61. Phipps S, Long A, Ogden J. Benefit finding scale for children: Preliminary findings from a childhood cancer population. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 1264-1271.
62. Devine K, Reed-Knight B, Loisel K i wsp. Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: a mixed-methods approach. *J Clin Psychol Med Settings* 2010; 17: 340-348.
63. 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.
64. Ogińska-Bulik N, Kobylarczyk M. Potraumatyczny wzrost u dzieci chorych onkologicznie i ich rodziców. *Sztuka Leczenia* 2014; 1-2: 91-92.