

Iść w stronę słońca – opis przypadku wzrostu potraumatycznego u pacjenta z nowotworem prostaty

Going towards the sun – a case study of posttraumatic growth in a patient with prostate cancer

Anna Ćwiklińska, Grażyna Domanowska, Elżbieta Greszta

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

Psychoonkologia 2018, 22 (2): 68–75

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2018.82622>

Adres do korespondencji:

Anna Ćwiklińska
Uniwersytet Kardynała Stefana
Wyszyńskiego
ul. Wóycickiego 1/3
01-815 Warszawa
e-mail: ac.zaborowicz@gmail.com

Streszczenie

Artykuł zawiera opis przypadku pacjenta z nowotworem prostaty od momentu diagnozy do czasu kolejnego rzutu choroby. Celem pracy jest przedstawienie pozytywnych zmian zachodzących w człowieku w sytuacjach kryzysowych, jakimi są choroby nowotworowe. Autorki wskazują szeroki zakres pozytywnych zmian, które zaszły w osobowości i w życiu pacjenta po traumie wynikającej z konfrontacji z chorobą nowotworową. Opis ukazuje dynamikę zmian w przebiegu choroby nowotworowej i tłumaczy poszczególne zjawiska. Zwrócono także uwagę na trudności związane z nazewnictwem i rozumieniem mechanizmów tych zmian. Przeprowadzono krótką analizę obserwowanego zjawiska, traktowanego zarówno jako wynik wzrostu potraumatycznego, jak i jako efekt strategii radzenia sobie ze stresem lub poznawczej adaptacji do choroby. Do badań psychologicznych zastosowano kwestionariusze KOS, PTGI, Mini-MAC, AIS, STAI, BDI, IZZ, SWLS.

Abstract

The article contains a description of a case of a patient with prostate cancer from the time of diagnosis until the next cancer spread. The aim is to show positive changes in people in critical situation, such as cancer. The authors show a wide range of positive changes in personality as well as the patient's life after traumatic confrontation with cancer illness. The case report shows the dynamics of changes in the process of malignant disease and explains individual phenomena. It also brings up the difficulties with naming and understanding of the mechanism of these changes. A short analysis was made, treated both as a result of posttraumatic growth and as a result of strategies for coping with stress or cognitive adaptation to the illness. For the psychological research the following questionnaires were used: KOS, PTGI, Mini-MAC, AIS, STAI, BDI, IZZ, SWLS.

Słowa kluczowe: wzrost potraumatyczny, radzenie sobie ze stresem oparte na znaczeniu, adaptacja poznawcza do choroby.
Key words: posttraumatic growth, cognitive stress-based coping, cognitive adaptation to disease.

Wprowadzenie

Pomysł, że ludzie doświadczają pozytywnych zmian w wyniku zmagania się z przeciwnościami losu, jest bardzo stary. Jednak dopiero od niedawna idea ta kieruje powszechną uwagę badaczy w stronę rozwoju osobistego pacjentów pod wpływem choroby oraz – być może – pomimo choroby. Poszerza się problematyka radzenia sobie w pozytywny sposób z traumatycznymi konsekwencjami wydarzeń życiowych. Najszerzej cytowane są opracowania z lat 90. [1, 2], które wprowadzają określenie „wzrost potraumatyczny” (*posttraumatic growth* – PTG) dla nazwania szeregu pozytywnych zmian zauważanych u osób, które doświadczyły traumy. Przez traumę autorzy rozumieją katastrofy, wypadki, akty terrorystyczne, przestępstwa o charakterze seksualnym, a także takie doświadczenia, jak choroba przewlekła lub bezpośrednio zagrażająca życiu, np. choroba nowotworowa czy zawał serca [3]. W obliczu choroby zagrażającej życiu pacjent zmienia postrzeganie otaczającego świata, nadając większe znaczenie przeżywanym wydarzeniom. W ten sposób następuje przekształcenie doznanego cierpienia i straty w pozytywną wartość. Wiele badań wskazuje na fakt odnajdywania przez pacjentów korzyści w postaci pozytywnych zmian, jakie choroba wnosi do ich życia [4–6]. Wzrost potraumatyczny można obserwować po ciężkich chorobach, takich jak rak [7–10].

Twórcy teorii humanistycznych, głównie Frankl, Tedeschi i Calhoun [3, 11] zauważyli, że doświadczenie przeżycia traumy może stanowić początek pozytywnych zmian w jednostce. Zmiany te mogą dotyczyć trzech obszarów: percepcji siebie, relacji interpersonalnych oraz filozofii życiowej. Zmiany w percepcji siebie dotyczą postrzegania swoich umiejętności i własnej wartości – poczucia bycia lepszą osobą, większego poczucia własnej wartości i skuteczności, większego zaufania do swoich możliwości, wiary w umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, stawiania sobie nowych, wyższych celów, pozytywnego spojrzenia na własne możliwości w odniesieniu do przyszłości. Zmiany w relacjach interpersonalnych polegają na większym otwarciu na innych, podniesieniu poziomu empatii i wrażliwości na sprawy innych osób, zwiększenia zaufania wobec osób bliskich. Ludzie zmieniają również swoją filozofię życiową, przyglądają się swojemu dotychczasowemu życiu, wyciągają wnioski i chcą je zmieniać na lepsze, zaczynają z dystansem patrzeć na swoje doświadczenia i aktualne problemy, z większym zaangażowaniem i zrozumieniem przeżywają doświadczenia religijne i egzystencjalne.

Proces zmian można podzielić na kilka etapów: 1) rewizja dotychczasowych założeń na temat siebie, otaczającego świata i przyszłości; 2) próba odbudowania swojej wizji świata i schematów poznawczych; 3) otwieranie się na innych, czyli ujawnianie procesu innym; 4) zmiana sposobu rozumienia siebie i swojego świata.

Zarówno opisywane zjawisko PTG, jak i narzędzia stosowane do jego pomiaru są mocno krytykowane. Liczne pytania dotyczą tego, czy na PTG ma wpływ liczba traum (czy przeżycie kilku traumatycznych zdarzeń pociąga za sobą tak samo pozytywne zmiany w jednostce jak przeżycie jednego takiego zdarzenia?), rodzaj traumy (czy wydarzenie oceniane jako trauma o dużej intensywności powoduje takie same zmiany jak trauma o mniejszej intensywności?) oraz czas, jaki upłynął od traumy (czy pozytywne zmiany są bardziej widoczne bezpośrednio po zdarzeniu czy po jakimś czasie od niego? kiedy najlepiej badać PTG?). Pomimo wielu wątpliwości dotyczących tego zjawiska pozostaje ono obecnie jedną z najczęściej badanych pozytywnych reakcji na zdarzenia traumatyczne. Polskie badania nad PTG prowadziła i szeroko opisała Ogińska-Bulik [6, 12–14].

Ważną kwestią jest to, czy PTG jest wynikiem procesu, czy raczej mechanizmem radzenia sobie ze stresem. Czy podawane subiektywnie przez osoby badane pozytywne zmiany zachodzą w wyniku doświadczenia traumatycznego, czy są to mechanizmy poznawcze związane z adaptacją do stresora i obniżaniem poziomu stresu?

Wiadomo, że PTG pozytywnie koreluje z takimi sposobami radzenia sobie ze stresem, jak: skoncentrowanie na rozwiązaniu problemu, pozytywna reinterpretacja i pozytywne religijne radzenie sobie, radzenie sobie skoncentrowane na emocjach, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Czy PTG należy zatem postrzegać jako oddzielny sposób radzenia sobie czy jako połączenie różnych sposobów radzenia sobie ze stresem? Podobne pytania stawiają znawcy tematu pozytywnych zmian po traumie [15]. W kontekście społecznym choroby można się zastanawiać, czy zmiany nie są wynikiem oczekiwań społecznych i tendencji do prezentowania się w lepszym świetle.

Aktualne doniesienia wskazują na ważną rolę poznawczego przetwarzania traumy, w tym ruminowania o doświadczonym zdarzeniu. Chorzy przeżywają dystres, negatywne emocje związane z chorobą, ale również stopniowo nadają nowe znaczenie przeżytym doświadczeniom i wspomnieniom. Osoba, która doświadczyła traumy diagnozy i/lub leczenia raka, zmierza do poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją poprzez proces poznawczego zaangażowania oraz odbudowy czy zre-

konstruowania zaburzonych schematów poznawczych, co przejawia się stawianiem sobie nowych celów, zmianą priorytetów życiowych. Jak podaje Ogińska-Bulik, główną rolę w procesie poznawczego przetwarzania traumy odgrywają ruminalcje. Zazwyczaj w przypadku stresu potraumatycznego ruminalcje są negatywne, natrętne, polegają na odtwarzaniu traumatycznego wydarzenia. Jednakże w przypadku zjawiska PTG mogą pojawiać się ruminalcje refleksyjne, celowe i konstruktywne. Wówczas traktowane są jako czynnik sprzyjający przepracowaniu traumy i pozytywnym zmianom wzrostowym [12].

Obecnie nie ma możliwości jednoznacznego określenia, jaki jest mechanizm zmian pozytywnych w wyniku doświadczonej traumy. Dostępne wyniki badań sugerują, że u podłoża pozytywnych następstw wydarzeń traumatycznych znajdują się ruminalcje będące mechanizmami poznawczymi. Prezentowane studium przypadku ma na celu pokazanie przebiegu potraumatycznego rozwoju u osoby z chorobą nowotworową.

Metody

Do badań psychologicznych wykorzystano następujące standardowe narzędzia pomiaru:

- STAI – *Inwentarz stanu i cech lęku* (C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch, R.E. Lushene) – polska adaptacja: C.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski (2006) [16]. Narzędzie służy do pomiaru lęku rozumianego jako stan przejściowy, aktualny w chwili badania (X1) oraz lęku rozumianego jako stała dyspozycja (X2), cechuje się zadowalającą rzetelnością i trafnością;
- BDI-II – *Beck Depression Inventory* Aarona Becka z 1961 r. [17]. Brakuje polskich norm, jednakże skala jest szeroko wykorzystywana w badaniach diagnostycznych w psychiatrii, psychologii, psychoterapii. Składa się z 21 pytań, które badają obecność oraz nasilenie poszczególnych objawów depresyjnych. Dla potrzeb tego badania przyjęto następujące normy: 0–15 punktów – brak depresji, 17–19 punktów – epizod depresyjny o łagodnym nasileniu, 20–27 punktów – epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu, powyżej 28 punktów – epizod depresyjny o dużym nasileniu;
- AIS – *Skala akceptacji choroby* (B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen) – polska adaptacja: Z. Juczyński (2011) [16]. Skala stosowana jest do pomiaru stopnia akceptacji choroby, zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Według autorów akceptacja choroby przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Wyniki skali: im większa akceptacja choroby,

tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego;

- Mini-MAC – *Skala przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej* (M. Watson, M. Law, M. dos Santos, S. Greer, J. Baruch i J. Bliss) – polska adaptacja: Z. Juczyński (2011) [18]. Narzędzie samoopisowe, zawierające 29 stwierdzeń, mierzy cztery strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową: zaabsorbowanie lękowe, duch walki, bezradność-bez nadziei, pozytywne przewartościowanie;
- SWLS – *Skala satysfakcji z życia* (E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson, S. Griffin) – polska adaptacja: Z. Juczyński (2011) [18]. Skala zawiera 5 stwierdzeń, które mają ocenić, jak badany odnosi się do dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru jest ogólny wskaźnik zadowolenia z życia, który wyraża się w poczuciu zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków;
- IZZ – *Inwentarz zachowań zdrowotnych* autorstwa Z. Juczyńskiego (2011) [18]. Zawiera 24 stwierdzenia opisujące różnego rodzaju zachowania związane ze zdrowiem (nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne). Wyniki liczbowe są wskaźnikami ogólnego nasilenia zachowań zdrowotnych, a także poszczególnych zachowań zdrowotnych – im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych (na skali stenowej);
- KOS – *Kwestionariusz oceny stresu* (K. Wrześniewski, A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk, 2010) [19]. Służy do pomiaru rodzaju i nasilenia oceny sytuacji stresowej, nazywanej oceną stresu. Umożliwia pomiar oceny aktualnej sytuacji stresowej (określanej jako sytuacyjna ocena stresu) oraz osobowościowych dyspozycji w tym zakresie (określanych jako dyspozycyjna ocena stresu). Składa się z dwóch części: KOS-A (do badania oceny sytuacyjnej) i KOS-B (do badania oceny dyspozycyjnej). Obie części zawierają ten sam zestaw 35 określeń przymiotnikowych stosowanych do opisu sytuacji stresowej. Inwentarz bada czteroczynnikowy model radzenia sobie ze stresem ujmowanym jako: zagrożenie, krzywda/strata, wyzwanie – aktywność, wyzwanie – pasywność. Im wyższy jest wynik w danej podskali, tym wyższy poziom oceny sytuacji stresowej o danym charakterze;
- PTGI – *Inwentarz potraumatycznego rozwoju* (*The Posttraumatic Growth Inventory*, R.G. Tedeschi, L.G. Calhoun) – polska adaptacja: N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński (2010) [13]. Kwestionariusz zawiera 21 stwierdzeń, które mają oceniać pozytywne zmiany pojawiające się w wyniku doświadczania różnych traumatycznych wydarzeń. Analizuje się cztery składowe PTG, które grupują poszczególne stwierdzenia: zmiany w percepcji siebie, zmiany

w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe. Według autorów poziom wzrostu potraumatycznego mierzonego na poszczególnych skalach należy rozważać w kategoriach nasilenia – im wyższy wynik w PTGI, tym większy potraumatyczny rozwój.

Opis przypadku

Osobą badaną jest 58-letni mężczyzna, u którego w grudniu 2014 r. wykryto nowotwór prostaty. Pacjent nie odczuwał żadnych dolegliwości poza drobnymi problemami podczas oddawania moczu, dlatego zgłosił się do urologa w celu wykonania badań kontrolnych. Diagnostyka ujawniła guz nowotworowy (T2c) oraz przerzuty w węzłach chłonnych miednicy (stadium T3).

Pacjent jest żonaty, zawodowo związany z fotografią i malarstwem. Ma dorosłe dzieci i dwoje wnucząt. W ciągu dorosłego życia mocno koncentrował się na pracy, poświęcał jej dużo wolnego czasu, zaniedbując rodzinę. Na pierwszym miejscu na liście priorytetów stawiał karierę zawodową, podporządkowując jej resztę obszarów życia. Małżeństwo z tego powodu wielokrotnie przechodziło kryzys. Żona pracowała dla pacjenta jako jego menedżer i jednocześnie asystentka, zajmowała się również domem. Mężczyzna nie był zaangażowany w wychowywanie dzieci, a później wnuków. Wysoki poziom stresu próbował regulować poprzez spożywanie alkoholu i niktynizm, wielokrotnie sięgał również po środki psychoaktywne.

Pacjent zgłosił się na konsultację psychologiczną tuż przed leczeniem chirurgicznym (planowanym na styczeń 2015 r.), aby zmniejszyć poziom lęku. Wykonano badanie oceniające jego aktualny stan. Wyniki STAI wskazywały na wysoki poziom lęku jako stanu i jako cechy (88 i 91 centyl), objawy depresji o dużym nasileniu (BDI-II = 28), brak akceptacji choroby oraz silne poczucie dyskomfortu (10 punktów w AIS), niską satysfakcję z życia (2 sten w SWLS). W zakresie radzenia sobie z chorobą pacjent był wysoko zaabsorbowany lękowo, miał wysokie poczucie bezradności-bez nadziei, a przy tym niskie wyniki w pozytywnym przewartościowaniu i duchu walki (Mini-MAC). Obserwowano również małe nasilenie zachowań zdrowotnych (2 sten w IZZ), a stres był traktowany jako zagrożenie (KOS-A). Stwierdzono wówczas rozwój potraumatyczny na poziomie 3 stena. W rozmowie pacjent był rozdrażniony sytuacją zdrowotną, relacjonował trudności w pogodzeniu się z chorobą („Nie mam w sobie zgody na to, że będę inwalidą, zawsze byłem samodzielny”). Mówił o złości i innych negatywnych emocjach, miał

duże trudności w pogodzeniu się z faktem, że musi się leczyć i stosować do zaleceń lekarskich. Odbyły się dwie sesje o charakterze interwencji kryzysowej, pacjent nie podjął regularnej psychoterapii.

Po operacji pacjent został poddany radioterapii, w trakcie której jego ogólne samopoczucie znacznie się pogorszyło, co stanowiło podstawę ponownego zgłoszenia się na sesję interwencji kryzysowej (ok. pół roku później, w maju 2015 r.). Uzyskano informację, że poddawał się eksperymentalnym metodom leczenia, takim jak krioterapia i leczenie ultradźwiękami. Nie stosował się do zaleceń lekarskich. Wyniki badań znacznie się poprawiły.

W maju 2016 r. pacjent otrzymał informację od onkologa o wznowie nowotworu. Zaproponowano radioterapię i kontynuowanie hormonoterapii, a w dalszej perspektywie – chemioterapię, na co pacjent wyraził zgodę.

Drugie badanie psychologiczne wykonano w czerwcu 2016 r., gdy pacjent zgłosił się na psychoterapię w celu utrwalenia zauważonych u siebie zmian w zakresie przewartościowania życia. Przeprowadzono badanie tymi samymi narzędziami. Uzyskano znaczącą zmianę wyników testowych: pacjent stres traktował jako wyzwanie – aktywność (KOS), podejmował dużo zachowań zdrowotnych (9 sten w IZZ), nie miał objawów depresji w BDI, lęk jako stan i jako cecha był na poziomie 45 i 58 centyla (STAI), satysfakcja z życia była wysoka (10 sten w SWLS). Mężczyzna uzyskał wysokie wyniki w skalach pozytywnych – pozytywne przewartościowanie i duch walki (Mini-MAC), akceptacja własnego stanu chorobowego (AIS), rozwój potraumatyczny (9 sten w PTGI).

Na prośbę pacjenta odbyła się również konsultacja z jego żoną. Największe zmiany dostrzegane były przez pacjenta i jego rodzinę na poziomie behawioralnym. Mężczyzna publikował swoje przemyślenia na temat choroby na specjalnym blogu. Zaangażował się w życie rodzinne, zaczął pomagać w wychowywaniu wnuków, zabierał starszego wnuka na wycieczki, przekazywał mu wiedzę na temat sztuki i kultury. Z relacji żony wynikało, że pacjent zmienił się również w roli męża. Stał się bardziej czuły, opiekuńczy i troskliwy, zaczął poszukiwać kontaktu fizycznego z żoną, często trzymał ją za rękę, chociaż jak mówiła, nie robił tego od 30 lat. „Jest teraz moim partnerem, taki idealny układ małżeński, angażuje się we wszystko, zauważa, kiedy jestem zmęczona i podaje mi herbatę. Tego nigdy wcześniej nie było” – stwierdziła żona pacjenta. Mężczyzna rozpoczął porządkowanie swoich spraw finansowych, odnowił relacje ze starymi znajomymi, które zaniedbał w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Wrócił do malarstwa abs-

trakcyjnego i ponownie zaczęło ono sprawiać mu dużą przyjemność. Podjął aktywność fizyczną, nie przyjmował alkoholu i nikotyny, dużo czasu spędzał na świeżym powietrzu.

Zauważone u siebie zmiany relacjonował sam pacjent: „Teraz jestem szczęśliwy, bo wreszcie zrozumiałem, co to jest szczęście. Nie szukam tego, czego nie mam, nie koncentruję się na brakach. Staram się zauważać to, co mam aktualnie. A mam naprawdę dużo”; „Życie jest krótkie, teraz to rozumiem. Moja rodzina jest najważniejsza. Po to się żyje, żeby to zrozumieć”; „Choroba jest moją częścią, jest mną. Umrę z nią. Lekarze są teraz moimi dobrymi znajomymi, znajomymi mojej choroby”. Twierdził, że jest zadowolony ze swojego aktualnego życia i stosuje się do zaleceń lekarskich. Deklarował chęć utrzymania takiego stanu bez względu na wyniki dalszych badań.

Omówienie

Wyniki, które uzyskał pacjent w dwóch pomiarach psychologicznych, zestawiono w tabeli 1.

Analizując powyższe wyniki, można stwierdzić, że pacjent doświadczył podczas zmagania się z rakiem PTG. Zmiany wystąpiły w sposób naturalny, bez psychoterapii. Mężczyzna zaczął postrzegać swoje życie jako wartościowe i piękne pomimo terminalnego charakteru choroby. Nastąpił wyraźny wzrost wyników w kwestionariuszu PTGI. Analiza poszczególnych pozycji wskazuje na zmiany we wszystkich sferach: w zakresie percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i w filozofii życiowej, co jest zgodne z wynikami badań w tym obszarze [20–22]. U pacjenta wystąpiła pozytywna zmiana w postaci większego docenienia życia wyrażająca się w radości z codziennych czynności i dzielenia ich z bliskimi, w koncentracji na bardziej warto-

ściowych aspektach życia. Można stwierdzić, że największe zmiany zaszły u pacjenta w relacjach z innymi i docenianiu życia, mniejsze zaś, choć też widoczne, w percepcji siebie i w sferze duchowej (na podstawie różnicy pomiędzy poszczególnymi średnimi). Podobne wyniki zaobserwowano u pacjentek onkologicznych w niektórych badaniach polskich [14, 23].

Próbując wytłumaczyć zjawisko pozytywnych zmian u pacjenta, można sięgnąć do relacyjnej teorii stresu, według której źródłem stresu jest zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi między wymaganiami wobec jednostki a możliwościami ich spełnienia [24]. Chorzy dokonują, w sposób nieświadomy lub uświadomiony, bilansu choroby. Bilans ten może być dodatni. Choroba powoduje często inwalidyzację życia, konieczność postawienia się w roli pacjenta, czyli osoby zależnej od decyzji lekarskich i możliwości medycyny, konieczność starania się o dostęp do leczenia. Zmienia się również rola w domu – pacjent jest zależny od innych osób, nierzadko potrzebuje ich pomocy. Wpływa to na pierwotną ocenę choroby [25], kiedy może być ona traktowana jako krzywda/strata, zagrożenie lub wyzwanie.

U opisywanego pacjenta obserwowano ocenę poznawczą własnej choroby jako zagrożenia. Wartościami zagrożonymi dla pacjenta były prawdopodobnie samoocena, samodzielność i niezależność. Trudno też było mu się pogodzić z faktem własnej śmiertelności. Zazwyczaj ocenie poznawczej choroby jako zagrożenia towarzyszą negatywne emocje, takie jak lęk, niepokój, przygnębienie, smutek, co u pacjenta wyraźnie pokazały wyniki uzyskane w pierwszym pomiarze.

U każdego chorego pojawia się tzw. poznawcza reprezentacja choroby, która wpływa na zachowania podejmowane w związku z chorobą.

Tabela 1. Wyniki poszczególnych kwestionariuszy w dwóch pomiarach

Kwestionariusz	Pomiar pierwszy – grudzień 2014 r.	Pomiar drugi – czerwiec 2016 r.
STAI	X1 – 88 centyl (51 pkt) X2 – 91 centyl (58 pkt)	X1 – 46 centyl (38 pkt) X2 – 58 centyl (46 pkt)
BDI-II	28 pkt	10 pkt
AIS	10 pkt	32 pkt
SWLS	2 sten (10 pkt)	10 sten (32 pkt)
Mini-MAC	styl konstruktywny – 29 pkt (3 sten) styl destrukcyjny – 49 pkt (8 sten)	styl konstruktywny – 51 pkt (8 sten) styl destrukcyjny – 28 pkt (4 sten)
IZZ	2 sten (55 pkt)	9 sten (107 pkt)
KOS-A	stres jako zagrożenie	stres jako wyzwanie
PTGI	3 sten (37 pkt): zmiany w percepcji siebie – 18 pkt (średnia 2) zmiany w relacjach z innymi – 10 pkt (średnia 1,4) większe docenianie życia – 8 pkt (średnia 2,6) zmiany duchowe – 1 pkt (średnia 0,5)	9 sten (90 pkt): zmiany w percepcji siebie – 36 pkt (średnia 4) zmiany w relacjach z innymi – 34 pkt (średnia 4,8) większe docenianie życia – 15 pkt (średnia 5) zmiany duchowe – 5 pkt (średnia 2,5)

Opisywany pacjent zareagował zaprzeczaniem chorobie (*denial*) w początkowym etapie leczenia. Nie chciał się poddawać trudnym zabiegom medycznym, próbował stosować inne metody, nie przyjmował do wiadomości powagi diagnozy lekarskiej. Zaprzeczanie, będące również mechanizmem obronnym, może być formą samooszukiwania się, pomocną w niekontrolowalnych i ważnych sytuacjach życiowych [26]. Początkowemu procesowi zmagania się z chorobą towarzyszył wysoki poziom złości i negatywnych emocji. Podjęte wcześniej leczenie chirurgiczne i zapobiegawcze spowodowały poprawę stanu zdrowia, co utwierdziło pacjenta w przekonaniu, że jego stan nie jest poważny.

Kolejny etap choroby – nawrót, spowodował powtórny konfrontację z przekonaniem na temat choroby nowotworowej. Wówczas pacjent dokonał przewartościowania swoich oczekiwań i przekonania, co jest zbieżne z teorią Folkman i Moskowitz [27] dotyczącą radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu. Autorki przywołanej teorii tłumaczą pojawienie się pozytywnych emocji w trakcie silnego stresu. Emocje pozytywne mogą jednak różnić niezależnie od poziomu emocji negatywnych. Są również doniesienia o tym, że w początkowym etapie radzenia sobie z chorobą nowotworową wzrasta zarówno poziom emocji pozytywnych, jak i negatywnych [6]. Folkman i Moskowitz opisują kilka form radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu, z czego część może wchodzić w skład PTG: urealnianie priorytetów, adaptacyjne przekształcanie celów, znajdowanie korzyści, przypominanie sobie korzyści, nasycanie zwykłych zdarzeń pozytywnym znaczeniem, wzmacnianie pozytywnego afektu. Powyższe formy radzenia sobie mogą być źródłem pozytywnych emocji. U omawianego pacjenta w drugim etapie zmagania się z chorobą zauważono wzrost poziomu emocji pozytywnych, obniżenie poziomu emocji negatywnych, brak objawów depresyjnych i lękowych, wysoki poziom satysfakcji z życia i wysoki poziom zachowań zdrowotnych. Chorobę zaczął on traktować jako wyzwanie – aktywność i prawdopodobnie podjął radzenie sobie z chorobą skoncentrowane na emocjach i na znaczeniu. Rozpoczął również proces odbudowywania zasobów psychologicznych, fizjologicznych i społecznych, których wysoki poziom pomaga w rekonwalescencji. Na tak dużą różnicę wyników w zakresie zachowań zdrowotnych i satysfakcji z życia mogły mieć wpływ także takie czynniki, jak zmienna aprobaty społecznej – być może pacjent chciał się pokazać w lepszym świetle. Po diagnozie wznowy nowotworu pacjent zmienił swoje podejście do poszukiwania wsparcia – stał się bardziej otwar-

ty, zaczął nawiązywać więzi społeczne, co mogło wpłynąć na obniżenie poziomu stresu, zmniejszenie nasilenia depresji i lęku, a zatem wywołać również zmiany behawioralne [28].

Powyższe zmiany można również rozważać w kontekście adaptacji poznawczej do choroby wg Taylor [29] lub proaktywnego radzenia sobie Aspinwall i Taylor [30]. Adaptacja przebiega w trzech fazach: 1) poszukiwanie znaczenia przez atrybucję przyczyn oraz przewartościowanie dotychczasowego życia; 2) starania o odzyskanie choćby częściowej kontroli nad sytuacją; 3) starania o odzyskanie poczucia własnej wartości poprzez porównania „w dół” i gromadzenie nowych zasobów. Wymienione etapy są widoczne w opisywanym przypadku. Początkowo pacjent próbował zrozumieć diagnozę i zmierzyć się z jej znaczeniem poprzez zaprzeczenie jej. Następnie wszedł w rolę chorego i rozpoczął leczenie, aby je przerwać i próbować kontrolować sytuację poprzez terapie alternatywne. W ostatnim etapie rozpoczął stałe przewartościowanie życia i dało to początek pełnej akceptacji stanu zdrowia. Wystąpieniu pozytywnych zmian w postaci potraumatycznego wzrostu u omawianego pacjenta sprzyjało aktywne radzenie sobie (walka z chorobą), pozytywne przewartościowanie oraz wsparcie społeczne w postaci poprawy relacji z innymi.

Zmiany obserwowane u pacjenta korespondują z obszarami wskazywanymi w badaniach jako kluczowe dla PTG. Przed procesem wzrostu obszary te charakteryzował brak świadomości potrzeb, a stawianie kolejnych pytań egzystencjalnych spowodowało przebudowę hierarchii wartości. Dlatego też zmiany nie dotyczą tylko jednego aspektu życia, ale wielu jego elementów i ich wzajemnych relacji. To proces refleksji nad tym, co w perspektywie zagrożenia życia jest ważne.

Diagnoza raka to traumatyczne, zakłócające życie zdarzenie, w obliczu którego pacjenci zmuszeni są stawić czoła śmierci i własnej słabości. Stwarza to podstawę do ponownego zbadania podstawowych założeń dotyczących siebie i świata i daje możliwość wystąpienia PTG, co przedstawiono w niniejszym opracowaniu. Wyniki uzyskane w omawianym przypadku sugerują, że niektórzy pacjenci z rakiem mogą doświadczyć wzrostu po traumie lub korzyści ze zmagania się z rakiem. U dużego odsetka (50–90%) osób doświadczających choroby onkologicznej następują pozytywne zmiany w życiu [9]. Coraz częściej pojawiają się dowody na to, że pozytywne zmiany życiowe, takie jak PTG, mogą wynikać z doświadczenia pacjentów w radzeniu sobie z rakiem [9, 31]. Tedschi i wsp. [3] sugerują, że PTG może mieć różne przejawy, w tym zwiększone docenianie życia,

bardziej wypełnione sensem i empatią relacje międzyludzkie, zwiększone poczucie osobistej siły oraz bardziej egzystencjalny lub duchowy pogląd na życie. Wiele badań dotyczących pozytywnych zmian w postrzeganiu swojego życia i siebie samego w wyniku przeżytego kryzysu wskazuje na zjawisko wzrostu potraumatycznego [22], w innych stwierdza się trwały charakter pozytywnych zmian w procesie radzenia sobie z chorobą [32]. Aktualnie duża część prac skupia się na roli ruminacji, szczególnie ruminacji refleksyjnych, ich wpływie na pozytywne zmiany w postrzeganiu zdarzeń o charakterze traumatycznym [12, 23, 33]. Pacjenci przetwarzają poznawczo i interpretują swój stan zdrowia i zdrowienia. Są to ważne obszary badań. Poznawcze przetwarzanie traumy okazuje się jednym z czynników zwiększających występowanie wzrostu potraumatycznego. Pomimo wielu niewiadomych niewątpliwie nastąpiły pozytywne zmiany u prezentowanego pacjenta.

Komentarz

Możliwość wyciągania wniosków ogólnych na podstawie prezentowanego przypadku jest ograniczona, jednak wystąpienie pozytywnych zmian u pacjenta w wyniku doświadczonej traumy jest zgodne z nurtem badań nad PTG w obliczu traumy, jaką jest rak. Zrozumienie złożonych doświadczeń pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową może pomóc poprawić opiekę onkologiczną, psychospołeczną, psychologiczną i psychotherapeutyczną nad nimi.

Niezależnie od nazewnictwa trwają badania nad uzupełnieniem wiedzy dotyczącej wzrostu (rozwoju) po traumie oraz nad uchwyceniem jednoznacznych zmian, które mogłyby być mierzalne dla osób obserwujących. Nie ulega wątpliwości, że u części pacjentów wzrasta na stałe poziom emocji pozytywnych oraz zmienia się osobowość i przede wszystkim wartości życiowe, mimo że przeżyte doświadczenie było tak trudne, że u osoby po traumie można się spodziewać jedynie emocji negatywnych. Zjawisko PTG u osób, które przeżyły raka, wymaga niewątpliwie dalszych badań w różnych sytuacjach, na poziomie społeczno-ekonomicznym, w różnych grupach kulturowych oraz dotyczących możliwych czynników, które sprzyjają rozwojowi po traumie.

Piśmiennictwo

1. Tedeschi RG, Calhoun LG. Trauma and transformation. Growing in the aftermath of suffering. Sage, Thousand Oaks, CA 1995.
2. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Post-traumatic growth: conceptual issues. W: Post-traumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG (red.). Erlbaum, Mahwah, New York 1998; 1-22.
3. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. Psychol Inq 2004; 15: 1-8.
4. Katz RC, Flasher L, Cacciapaglia H, Nelson S. The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. J Behav Med 2001; 24: 561-571.
5. Urcuyo KR, Boyers AE, Carver CS, Antoni MH. Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. Psychological Health 2005; 20: 175-192.
6. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy tży zamieniają się w perły. Difin, Warszawa 2013.
7. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. Health Psychol 2001; 20: 176-185.
8. Morris BA, Shakespeare-Finch J. Cancer diagnostic group differences in posttraumatic growth: Accounting for age, gender, trauma severity, and distress. J Loss Trauma 2011; 16: 229-242.
9. Sumalla EC, Ochoa C, Blanco I. Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? Clin Psychol Rev 2009; 29: 24-33.
10. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology – a critical review and introduction of a two component model. Clin Psychol Rev 2006; 5: 626-653.
11. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress 1996; 9: 455-471.
12. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny wzrost u chorych onkologicznie – rola osobowości i ruminacji. Psychiatria 2017; 14: 53-60.
13. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. Psychiatria 2010; 7: 129-142.
14. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. Polskie Forum Psychologiczne 2010; 15: 125-139.
15. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. J Trauma Stress 2004; 17: 11-21.
16. Spielberger CD, Strelau J, Tysarczyk M, Wrześniewski K. STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2006.
17. Zawadzki B, Popiel A, Pragłowska E. Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka. Psychologia-Etiologia-Genetyka 2009; 19: 71-95.
18. Juczyński Z. NPPPPZ – Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, wyd. II. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
19. Włodarczyk D, Wrześniewski K. Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS). Przegląd Psychologiczny 2010; 53: 479-496.
20. Tedeschi RG, Calhoun LG. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: Psychologia pozytywna w praktyce. Linley PA, Joseph S (red.). PWN, Warszawa 2007; 230-248.
21. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E i wsp. Post-traumatic growth in advanced Cancer patients receiving palliative care. Br J Health Psych 2008; 13: 633-646.
22. Conerty TJ, Knott V. Promoting positive change in the face of adversity: experiences of cancer and post-traumatic growth. Eur J Cancer Care 2013; 22: 334-344.
23. Mazurkiewicz A, Otrębski W, Makara-Studzińska M. Potraumatyczny rozwój u kobiet leczonych napromieniowaniem z powodu choroby nowotworowej. Onkologia i Radioterapia 2015; 1: 31-40.
24. Heszen I. Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.

25. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer, New York 1984.
26. Davey GCL. A comparison of three cognitive appraisal strategies: The role of threat devaluation in problemfocussed coping. *Pers Individ Differ* 1993; 14: 535-546.
27. Folkman S, Moskowitz J. Stress, positive emotion, and coping. *Curr Dir Psychol Sci* 2000; 9: 115-118.
28. Lepore SJ, Helgeson VS. Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *J Soc Clin Psychol* 1998; 17: 89-106.
29. Taylor SE. Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *Am Psychol* 1983; 38: 1161-1173.
30. Aspinwall LG, Taylor SEA. Stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychol Bull* 1997; 121: 417-436.
31. Ochoa C, Castejon V, Sumalla EC, Blanco I. Posttraumatic growth in cancer survivors and their significant others: Vicarious or secondary growth? *Ter Psicol* 2013; 31: 81-92.
32. Andrykowski MA, Bishop MM, Halin EA i wsp. Long-term health-related quality of life, growth, and spiritual well-being after hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2005; 23: 599-608.
33. Załuski M. Radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczenia i adaptacja pacjenta do choroby przewlekłej – doniesienie z badań. *Probl Pielęg* 2014; 22: 209-215.