

mgr Grażyna Domanowska
dr hab. Elżbieta Greszta, prof. UKSW
mgr Anna Ćwiklińska-Zaborowicz
Wydział Filozofii Chrześcijańskiej
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Odkrywanie wartości życia w chorobie nowotworowej

Wprowadzenie

Życie ludzkie jest najwyższą wartością, którą wszelkimi możliwymi sposobami i z największym poświęceniem należy chronić, poprzez działania zapewniające jednostce optymalne bezpieczeństwo w chorobie, szczególnie w takiej, jaką jest choroba onkologiczna. Nowotwór nieodłącznie kojarzy się ze śmiercią, stanowiąc w ten sposób wydarzenie traumatyczne, którego istotą jest bezpośrednie zagrożenie życia. Choroba konfrontująca z zagrożeniem życia wywołuje szeroki zakres reakcji psychicznych, ma istotny wpływ na powstawanie objawów negatywnych: lęku, depresji czy agresji, będących reakcją na zagrożenie (Gallager i in., 2002; Kubacka-Jasiecka, 1999; Kopczyńska-Tyszko, 1999; Osmańska i in., 2010). Negatywne reakcje psychiczne na chorobę onkologiczną utrudniają procesy adaptacyjne w zmaganiu się z nią. Diagnoza raka, poza negatywnymi skutkami klinicznymi, wywierając wpływ na sferę emocjonalną jednostki, może mieć również charakter pozytywny. Może przyczynić się do korzystnych zmian w życiu jednostki, która się z nią zmierza. Walka i radzenie sobie z doświadczaniem raka może prowadzić do pozytywnych zmian w poglądach dotyczących siebie, świata czy związków z innymi ludźmi.

Wiele osób, które doświadczyły choroby nowotworowej, przypisuje tej chorobie osiągnięcie nowego spojrzenia na życie i większe docenienie wartości życia (Fromm i in. 1996, Salmon, Manzi i Valori, 1996). Okazuje się, że traumatyczność doświadczanych zdarzeń może stanowić potencjał do osobistego wzrostu i transformacji (McMillen, Smith i Fisher, 1997).

1. Psychologiczne konsekwencje choroby nowotworowej

Diagnoza nowotworu jest jedną z najbardziej stresujących i niepokojących wiadomości, jaką może otrzymać pacjent. Niesie ze sobą silne reakcje emocjonalne, takie jak niepewność, strach, a nawet przerażenie, złość, poczucie winy, a także uczucie bezradności i poczucie beznadziei (Watson i in., 1999). Jest to przeżycie traumatyczne i istnieje znacząca literatura, dokumentująca występowanie PTSD, związane z rakiem (p. przegląd Kangas, Henry i Bryant, 2002).

Pacjenci z chorobą nowotworową stają w obliczu wielu poważnych problemów i wyzwań. Odczuwają silny niepokój o swoje rodziny, zmagają się z lękiem o swoją przyszłość i doświadczają dojmującego lęku związanego z zagrożeniem własnego życia (Deadman, i in. 1989). Muszą również radzić sobie z reakcjami emocjonalnymi bliskich, które są dla tych chorych dodatkowym brzemieniem (Roos, 2003). Ponadto, pacjenci chorzy na raka doświadczają lub przewidują wiele negatywnych zmian w swoim życiu, w odniesieniu do obrazu własnego ciała (lęk przed oszpecceniem lub inwalidztwem), czy do pogorszenia zdolności poznawczych i fizycznych. Choroba uderza w ich poczucie własnej wartości. Pacjenci obawiają się drastycznych zmian w obszarze własnej kariery zawodowej, w rekonstrukcji rodziny (zmiany ról w rodzinie), relacji międzyludzkich, życia społecznego (Hopwood i Stephens, 2000, Ramsey i wsp., 2000).

Pomimo dużego stresu i niepokoju wywołanego chorobą nowotworową, wielu pacjentów z rakiem postrzega pewne aspekty ich doświadczenia jako pozytywne lub korzystne. Niektórzy pacjenci z nowotworami, zgłaszają poprawę w zakresie zasobów osobistych, poczucia celu i sensu życia, wzrostu duchowości, poprawy relacji międzyludzkich i pozytywnych zmian w priorytetach życiowych (Carver i Antoni, 2004, Fromm, Andrykowski i Hunt, 1996, Greszta i Siemińska, 2011). W jednym z retrospektywnych badań, większość osób, które przeżyły raka, zgłosiło, że ich związki małżeńskie uległy w tym czasie poprawie (Lichtman, Taylor i Wood, 1987). W badaniach Tempelaara i in. (1989) pacjenci z nowotworami zgłaszali więcej pozytywnych oraz mniej negatywnych doświadczeń społecznych niż grupa zdrowych osób z grupy kontrolnej. Collins, Taylor i Skokan (1990) obserwowali chorych na raka przez 5 lat po rozpoznaniu nowotworu (lub nawrocie) i obserwowali znaczące pozytywne zmiany w ich relacjach międzyludzkich, jak

również w ich obrazie siebie. Badania Andrykowskiego, Brady'ego i Hunta (1993) wykazały, że poglądy pacjentów onkologicznych na życie i ich relacje międzyludzkie uległy poprawie oraz uzyskali oni większą satysfakcję z życia religijnego. Thornton (2002) na podstawie obszernej metaanalizy, zidentyfikowała trzy obszary, w których osoby, które doświadczyły raka, często zgłaszają korzyści. Są to: (1) lepsza perspektywa ujmowania wartości własnego życia; (2) polepszenie relacji interpersonalne oraz (3) pogłębienie jaźni. Belec (1992) wykazał, że aż 90% osób po przeszczepieniu szpiku kostnego, powiązało doświadczenia z rakiem z pozytywną (ponowną) oceną swoich priorytetów życiowych i cenionych wartości w ich życiu. Andrykowski i in. (1993) oraz Arman i Rehnsfeldt (2003) podkreślili rolę zmiany systemu wartości w procesie zmagania się z rakiem. Twierdzą oni, że akceptacja diagnozy raka jest często postrzegana jako transformacja psychospołeczna, które prowadzi jednostki do restrukturyzacji swoich wartości. Zjawisko to można wyjaśnić w ten sposób, że stan nierównowagi, odczuwany przez pacjentów onkologicznych, głównie związany z poczuciem zagrożenia życia, może dać szansę na ponowne przemyślenie wyboru swoich podstawowych wartości życiowych (p. Cordova i wsp. 2007).

Janoff-Bulman (2004) podkreślał potencjał traumy dla "roztrzaskanych założeń", które ludzie mają w odniesieniu do siebie, przyszłości i świata. Teorie radzenia sobie i przystosowania się do przeciwności losu i kryzysu zakładają, że jednostki posiadają fundamentalnie pozytywne, adaptacyjne założenia dotyczące świata i ich miejsca w nim. Wierzą, że życie jest znaczące, uporządkowane, celowe, postrzegają siebie jako osoby wartościowe i uważają, że świat jest w zasadzie sprawiedliwy i przewidywalny (p. Thornton, 2002). Kiedy jednak takie przekonania są kwestionowane lub zakłócone przez traumatyczne lub stresujące zdarzenia, jednostka stara się odbudować ten „roztrzaskany” świat (Janoff-Bulman, 1989). Podsumowując, można przyjąć założenie, że doświadczane przez pacjentów zmiany są konsekwencją przeżywanej traumy i adaptacji do niej - poprzez potraumatyczny wzrost.

2. Trauma, adaptacja i zjawisko wzrostu potraumatycznego w chorobie nowotworowej

Choroba onkologiczna mieści się w psychospołecznym lub biomedycznym modelu traumy. Biorąc pod uwagę szczególną złożoność funkcjonowania pacjenta w

chorobie nowotworowej, bardzo trudno jest określić dokładny stresor lub grupę stresorów, które przyspieszają rozwój pourazowy pacjentów, w zmaganiu się z rakiem. W czasie choroby onkologicznej, stresory mogą być związane zarówno z rozpoznaniem raka, jego nasileniem, jak i rokowaniami, agresywnością zabiegów medycznych, zmianami w obrazie ciała, spadkiem autonomii lub zmianą roli społecznej chorego.

Pozytywne zjawiska, doświadczane przez osoby zmagające się z rakiem, rozpatrywane są m.in. w ramach teorii wzrostu potraumatycznego. Badania nad wzrostem/rozwojem potraumatycznym/pourazowym (PTG), wśród pacjentów dotkniętych chorobą nowotworową pojawiły się na skutek włączenia poważnych chorób, takich jak nowotwór, do zdarzeń, które mogą prowadzić do zespołu stresu pourazowego (PTSD), a także w wyniku rozwoju psychologii pozytywnej, koncentrującej się na zdolności jednostki do walki z przeciwnościami losu. Dopiero w wydanej czwartej edycji DSM-IV (American Psychiatry Association, APA, 1994), rak został wyraźnie potraktowany jako stresor, który może powodować PTSD. Pozytywne zmiany związane z traumatycznymi przeżyciami zostały określone jako wzrost pourazowy (PTG), choć nie wyłącznie tak. Termin "pourazowy" wskazuje, że wzrost następuje w wyniku skonfrontowania się z ekstremalnym wydarzeniem i nie jest spowodowany przez inne czynniki stresogenne, ani nie stanowi części naturalnego procesu rozwoju osobistego (Zoellner, Maercker, 2006). Wzrost pourazowy odnosi się do pozytywnych zmian wynikających z walki z traumatycznym wydarzeniem, ale nie do zmian spowodowanych przez samo wydarzenie (Tedeschi i Calhoun, 1996, 2004).

Wzrost czy rozwój po traumie bywa określany jako: wzrost związany ze stresem (*stres-related growth*), transformacyjne radzenie sobie (*transformative coping*), rozkwitanie (*thriving, flourishing*), rozwój wynikający z przeciwności, dostrzeganie korzyści (Tedeschi, Calhoun, 1996), czy autotransformacja (Carpenter, 1999). Tedeschi i Calhoun (1996, 2004) ukuli jednak najpowszechniej używany termin, pourazowy wzrost, aby odnieść się do spektrum pozytywnych zmian, jakich jednostka może doświadczyć w swoim zmaganiu się z traumatycznym zdarzeniem.

Najbardziej popularnym podejściem teoretycznym i jednocześnie w największym stopniu empirycznie eksplorowanym, jest teoria wzrostu potraumatycznego Tedeschi'ego i Calhouna (2007). W odniesieniu do założeń tej teorii przewiduje się, że zdarzenia przełomowe burzące dotychczasowy porządek przekonań na temat świata, życia, własnej osoby, są czynnikami w największym

stopniu facylitującymi wystąpienie wzrostu (Tedeschi, Calhoun, 2007). Według tych autorów zrost potraumatyczny (*posttraumatic growth*, PTG) jest zjawiskiem pozytywnym, którego efektem są pozytywne zmiany w zakresie własnego funkcjonowania, dotyczące: percepcji siebie, relacji interpersonalnych, filozofii życiowej (Tedeschi, Calhoun, 1996).

Dotychczas prowadzone badania potwierdzają, iż zdarzenia zagrażające zdrowiu i życiu, prowadzące do bezpośredniego skonfrontowania się ze śmiercią oraz generujące wysoki poziom stresu mogą uruchamiać zmiany sprzyjające pojawieniu się wzrostu. Osoba chora zmienia wówczas postrzeganie otaczającego świata, nadając większe znaczenie i głębiej interpretując przeżywaną rzeczywistość. Dochodzi do przekształcenia doznawanego cierpienia i straty - w istotną, pozytywną dla osoby wartość. Konfrontacja z perspektywą skończoności życia uruchamia docieranie do świadomości głębokich wartości. Wizja utraty pozwala dostrzec, co jest naprawdę ważne. Może dojść do: (1) refleksji nad wartościami, którymi chorzy kierowali się dotychczas i którym nadal hołdują; (2) rozważenia, czy są one tymi, które aktualnie wybraliby świadomie; (3) wyboru wartości, które mogą nadać sens życiu choremu onkologicznie, który może teraz skupić swoje życie na wartościach szczególnie istotnych.

Różne postawy mogą prowadzić do psychologicznego przepracowania choroby w procesie pozytywnej adaptacji i przewartościowania systemu wartości oraz rozwoju potraumatycznego (zmiana adaptacyjna), bądź też – do poczucia nieodwracalnej utraty dotychczasowych celów i wartości (zmiana dezadaptacyjna) w procesie zmagania się z chorobą nowotworową; w konsekwencji - mogą prowadzić do rozwinięcia nadmiernego zaabsorbowania lękowego czy depresji.

W polskiej literaturze wyróżniane są cztery podstawowe typy procesów adaptacyjnych: (1) walka - aktywne próby usunięcia choroby onkologicznej, stosowanie się do zaleceń i wprowadzanie własnych sposobów radzenia sobie (np. dieta, zmiana stylu życia itd.); (2) zaprzeczanie - utwierdzanie się w przekonaniu, że choroba nie dotyczy danego pacjenta, że zniknie; pomniejszanie wagi choroby, zaprzeczanie jej istnieniu częściowo lub całkowicie; podejmowanie prób o niemyśleniu o chorobie; (3) stoicyzm - realne postrzeganie choroby, pogodzenie się z faktem własnej choroby i przekonanie, że każdego czeka śmierć; (4) przewartościowanie - zmiana sposobu patrzenia na dotychczasowe życie, zmiana w zakresie celów dotychczasowych i przyszłych, zmiana w zakresie relacji z innymi i z samym sobą (de Walden-Gałaszko, 2011).

Zgodnie z teorią Tedeschi'ego i Calhouna (2004) potraumatyczny wzrost wyraża się w pozytywnych psychologicznych zmianach doświadczanych w rezultacie skutecznego zmagania się z traumatycznym wydarzeniem, burzącym dotychczasowy ład osoby i jej przekonania na temat świata i swego miejsca w nim. Według psychologa społecznego Janoff-Bulmana (1992), pozytywne zmiany powiązane są z emocjonalnymi lub poznawczymi odniesieniami do traumy oraz z podstawowymi przekonaniem, głównymi założeniami dotyczącymi sposobu, w jaki osoba postrzega świat, swoje relacje z innymi oraz swoją tożsamość. Psychologiczny brak równowagi, który jest skutkiem traumy, wynika z załamania się podstawowych przekonań - że świat jest sprawiedliwy i życzliwy, a jednostka jest osobą wartościową i znaczącą.

W podejściu teoretycznym do PTG, Janoff-Bulman (1992), uzasadnia, iż różnice w reakcjach ofiar traumy psychicznej wynikają częściowo z charakteru traumatycznego zdarzenia, w zależności od konkretnych założeń, które najprawdopodobniej są wówczas u pacjenta zagrożone. W ujęciu tego autora, traumatyczne zjawisko można zdefiniować jako „niszczenie” podstawowych przekonań lub założeń, które prowadzą do zmiany tożsamości. Janoff-Bulman twierdzi, że podstawowe przekonania powstają w trakcie ludzkiego doświadczenia, na podstawie schematów lub stabilnych reprezentacji wewnętrznych, które pozwalają jednostce klasyfikować i przewidywać przyszłe wydarzenia, w celu zaspokojenia swoich potrzeb i celów. Stwierdza on ponadto, że podstawowe przekonania odnoszą się do pozytywnych założeń o dobroci ludzi i świata oraz nadawania im indywidualnej wartości. Obecność zdarzenia traumatycznego, jak na przykład diagnoza raka, może doprowadzić do zmiany lub zniszczenia ukształtowanych pozytywnych schematów dotyczących swojej wartości, tego, że świat jest bezpiecznym, kontrolowalnym miejscem i spowodować, że jednostka zastanawia się, czy ludzie wokół są dobrzy, i czy stanowią źródło wsparcia. Tedeschi, Park i Calhoun (1998) twierdzą, że wraz ze zniknięciem tych przekonań, w następstwie traumatycznego wydarzenia, jednostka rozpoczyna automatyczną ruminacyjną aktywność, generując ją w sposób natrętny, co jest typowe dla zespołu stresu pourazowego.

Ruminowanie, czyli nieustannie usilne rozważanie czegoś, informuje o procesie poznawczym, który dąży do rekonstrukcji podstawowych schematów zmienionych przez traumę. Początkowo ruminacje są niezamierzone, ale z czasem w oparciu o nadawane im znaczenie, mogą zyskać sens negatywnego doświadczenia.

W ten sposób, jeśli jednostce udaje się rozwinąć nowe struktury spójnych przekonań między własną osobą a traumatycznym wydarzeniem, może wówczas przejść przez kolejne poziomy adaptacji i przyjąć pozytywny sposób rozumienia siebie, świata i ludzi wokół siebie. Natomiast jeśli nie uda jej się pozytywnie dostosować swojego życia do nowej sytuacji, powstałej w wyniku traumatycznego doświadczenia, prawdopodobne jest, że pojawi się symptomatologia afektywna wraz z nowymi negatywnymi podstawowymi przekonaniami, które generują u jednostki pesymizm i rozpacz (Tedeschi, Park i Calhoun, 1998).

Odniesienie do ruminowania przez pacjentów, zmagających się z traumą, odnaleźć można też w polskich badaniach. Okazuje się, że ruminacje wpływają na poziom pozytywnych zmian po traumie (Ogińska-Bulik, 2016). Badacze stwierdzili, że największe znaczenie dla wzrostu mają tzw. ruminacje refleksyjne, które służą poradzeniu sobie z przeżytą sytuacją. Stwierdzono również, że bezpośrednio po zdarzeniu (np. po diagnozie choroby) pojawiają się ruminacje natrętne, które są oznaką tego, że zdarzenie ma znaczący wpływ na jednostkę (Ogińska-Bulik, 2017). Dodatkowo stwierdza się, że wyższy poziom wzrostu potraumatycznego odnotowuje się u kobiet, a nieco niższy u mężczyzn. Natomiast na poziom wzrostu nie mają wpływu wiek badanych oraz czas, jaki upłynął od traumy.

Ciekawym podejściem do adaptacji do choroby jest model tworzenia znaczenia (*Meaning Making Model*), autorstwa Park i Folkman (1997, za: Załuski, 2014). Zgodnie z tym modelem, stres pojawiający się w przebiegu poważnej choroby, np. nowotworowej, jest wynikiem rozbieżności pomiędzy rozumieniem tej choroby i posiadanymi celami życiowymi oraz przekonaniami. W celu poradzenia sobie z tym stresem, człowiek może zastosować strategię radzenia sobie opartą na tworzeniu znaczenia, a efektem końcowym może być pojawienie się transformacji wewnętrznej, czyli wzrostu potraumatycznego. Badania donoszą, że poziom akceptacji choroby koreluje z radzeniem sobie skoncentrowanym na tworzeniu znaczenia, wsparciem społecznym i zmianami rozwojowymi (Załuski, 2014). Radzenie sobie, skoncentrowane na znaczeniu, polega na wprowadzaniu zmian w systemie wartości, rewizji dotychczasowych przekonań i wielokrotnej ocenie rozumienia sytuacji, jaką jest choroba. Efektem jest znalezienie wspólnego mianownika dla dwóch rodzajów rozumienia, zidentyfikowanych przez Park i Folkman (1997, za: Załuski, 2014): rozumienie aktualnej sytuacji i rozumienie sensu życia. Człowiek w sytuacji choroby musi zatem dopasować do siebie te wartości oraz często stworzyć nowe wartości, co obserwujemy w postaci rozwoju osobowego. Natomiast niezakończony proces

nadawania znaczenia skutkuje nasileniem ruminacji natrętnych i zamartwiania się, co powoduje wzrost poziomu stresu i emocji negatywnych.

Czym jest zatem potraumatyczny wzrost u chorych zmagających się z chorobą onkologiczną? Jest on znaczącą, korzystną zmianą w ich poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym życiu. Jest wynikiem walki chorych z traumatyczną sytuacją. Stanowi zmiany umożliwiające rozwój na poziomie wyższym niż w okresie poprzedzającym zdarzenie traumatyczne. Postawa aktywna u chorych onkologicznych charakteryzuje się mobilizacją i podjęciem walki o własne zdrowie i życie. W jej obrębie charakterystyczne są style zachowań: pozytywne przewartościowanie (zmiana nastawienia do życia i docenienie jego wartości w obliczu rozwijającej się choroby) oraz duch walki (postrzeganie choroby jako wyzwania i aktywne działanie, przejawiające się m.in. w poszukiwaniu terapii zastępczych, którymi może być np. aktywność fizyczna; koncentracja na problemie poprzez racjonalne działania, wzięcie odpowiedzialności za własne zdrowie, poszukiwanie wsparcia społecznego oraz wzorowanie się na innych, którzy pokonali chorobę). Na cechy sprzyjające PTG składają się: (1) całościowe spostrzeganie wydarzeń; (2) zdrowie psychiczne przed zachorowaniem; (3) aktywność, ekstrawersja, optymizm; (4) panowanie nad emocjami; (5) otwartość na doświadczenia; (6) wewnątrzsterowność oraz (7) nadzieja.

Hobfoll i in. (2007), w swoich badaniach, konceptualizowali prawdziwy wzrost potraumatyczny, nie tylko jako poznawczy proces lub ćwiczenie intelektualne w przeformułowaniu, ale jako salutogenezę poprzez *działanie wzrostowe*, w którym jednostka materializuje swoje iluzje poprzez rzeczywiste działanie.

Istnieje wiele pytań bez odpowiedzi dotyczących PTG. Jednym z nich jest to, jak powszechne są pozytywne zmiany wkrótce po wystąpieniu traumatycznego zdarzenia. Większość danych na temat rozpowszechnienia raka zostało zebranych od pacjentów w perspektywie długoterminowej od powstania traumatycznego doświadczenia (Andrykowski i in., 1993, Taylor, 2000). Takie podejście jest przyjęte, zgodnie z hipotezą, że wzrost następuje po dłuższym procesie przepracowywania traumatycznego doświadczenia. Jest jednak prawdopodobne, że ludzie dokonują pozytywnych zmian w trakcie, a także, zaraz po traumatycznym doświadczeniu. Badania wykazały, że od 20% do 80% ludzi zgłasza pozytywne zmiany wkrótce po traumatycznym wydarzeniu (Frazier i in., 2001).

Według Thornton (2002), należy rozróżnić dwie podstawowe koncepcje: nadawanie sensu jest procesem inicjowanym przez traumatyczne wydarzenie (takim jak rozpoznanie nowotworu), co jest niespójne z przekonaniami jednostki dotyczącymi tego, dlaczego i kiedy coś się dzieje. Jednostka może przyjąć pozytywne wyjaśnienia tego, co się stało, co pozwala jej zrozumieć sens zjawiska straty, łagodzi zagrożenie związane z chorobą, i w ten sposób przyczynia się do zmiany podstawowych przekonań, które są uważane za konstytuujące rozwój osobisty. Obecność nowych znaczeń, które z kolei generują nową wizję siebie, innych i świata, daje z kolei jednostce podstawę do pozytywnych zmian, które są niezbędne do wystąpienia zjawiska potraumatycznego wzrostu. Klucz do procesu odbudowy tożsamości leży w traumatycznych cechach wydarzenia, ponieważ wpływają one na podstawowe przekonania jednostki.

3. Adaptacyjne radzenie sobie w chorobie nowotworowej – przegląd badań

Badania wskazują na powiązania między wzrostem pourazowym a adaptacyjnym radzeniem sobie z traumą choroby nowotworowej. Jednakże wyniki badań nad zjawiskiem wzrostu pourazowego, które zostały przeprowadzone wśród pacjentów z rakiem przynoszą sprzeczne wyniki. Podczas gdy, Cordova i in. (2001), stwierdzają, że - w porównaniu z kobietami, które nie zmagają się z chorobą nowotworową - pacjentki cierpiące na raka piersi wyrażają większy wzrost pourazowy, w takich jego obszarach, jak docenienie życia i relacje z innymi, Andrykowski, Brady i Hunt (1993) konkludują, że wręcz przeciwnie: osoby badane, które nie doświadczyły choroby nowotworowej, w porównaniu z chorymi na raka, odnotowują obecność pozytywnych zmian w trzynastu z dwudziestu czterech skal pourazowego wzrostu. Autorzy zbadali zarówno pozytywną, jak i negatywną zmianę psychospołeczną, fizyczną i funkcjonalną po rozpoznaniu raka w próbie osób z chorobą nowotworową (n = 133), poddawanych ocenie w kierunku przeszczepu szpiku kostnego. Badacze stwierdzili, że rak nie powinien być postrzegany jako stresor o wyłącznie negatywnych wynikach, ale raczej jako przejściowe wydarzenie, które stwarza potencjał zarówno pozytywnej, jak i negatywnej zmiany. Natomiast Cordova i in. (2001), w swoich badaniach, porównywali opisy kobiet cierpiących na raka piersi (n = 70) z depresją, dobrym samopoczuciem i wzrostem potraumatycznym z wynikami zdrowych kobiet, w podeszłym wieku i wykształconych (n = 70) oraz zidentyfikowali korelaty wzrostu pourazowego wśród

kobiet, które przeżyły raka piersi. Grupy nie różniły się pod względem depresji lub dobrego samopoczucia, ale grupa kobiet z rakiem wykazała wzorzec większego wzrostu potraumatycznego, szczególnie w odniesieniu do relacji z innymi, oceny życia i zmiany duchowej.

W swoich badaniach Carboon i in. (2005), oceniając podstawowe przekonania w próbie pacjentów cierpiących na hemofilię, w trakcie i po zakończeniu leczenia, wykazali, że wbrew założeniom teoretycznym niektórych autorów (m.in. Janoff-Bulman, 1992, Tedeschi, 1996), pozytywna zmiana w podstawowych przekonaniach pacjentów nie wydaje się być koniecznym procesem weryfikacji wystąpienia wzrostu potraumatycznego. Zostało to zaproponowane, przynajmniej w początkowej fazie przystosowania pacjentów do choroby nowotworowej, obejmującym asymilację niekorzystnego doświadczenia do istniejących schematów - zamiast zmieniać lub dostosowywać schematy poznawcze do nowej sytuacji. Wzrost potraumatyczny jest więc wynikiem wzajemnego oddziaływania czynników zewnętrznych i czynników wewnętrznych, czyli uwarunkowań podmiotowych.

Polskie badania, biorące pod uwagę czynniki podmiotowe, wskazują na pozytywną korelację twardości psychicznej i wsparcia społecznego w procesie wzrostu potraumatycznego u chorych onkologicznie (Cieślak i in., 2017). Twardość psychiczna z definicji zakłada, że stres jest częścią życia i aby się rozwijać, trzeba się z nim regularnie zmagać. Okazuje się, że osoby chorujące na nowotwory, charakteryzujące się wyższym poziomem twardości psychicznej, miały szansę na wyższy poziom wzrostu potraumatycznego. Z kolei, biorąc pod uwagę wsparcie społeczne, czynnikami zwiększającymi szansę na wzrost potraumatyczny jest poszukiwanie wsparcia i otrzymywane wsparcie informacyjne. Inne rodzaje wsparcia okazały się w tych badaniach nieistotne statystycznie dla poziomu PTG.

Badania Bussell i Naus (2010) potwierdziły kilka przewidywań, dotyczących radzenia sobie i cierpienia podczas chemioterapii (T1) oraz radzenia sobie ze stresem i postrzegania stresu, a następnie wzrostu pourazowego dwa lata później (T2) u kobiet z rakiem piersi. W pierwszej fazie badania (T1), autorzy skoncentrowali się na emocjonalnych strategiach radzenia sobie pacjentek z brakiem zaangażowania, odmową czy obwinianiem się, które były pozytywnie powiązane z ich fizycznym i psychologicznym cierpieniem. Pozytywne przeformułowanie i akceptacja negatywnie odnosiły się do problemów kobiet związanych z chemioterapią, podczas gdy korzystanie ze wsparcia religii było pozytywnie z nimi powiązane. Korzystanie ze wsparcia religii podczas chemioterapii (T1) wiązało się też z większym

potraumatycznym wzrostem w dwuletnim okresie obserwacji pacjentek (T2). Co więcej, w ich dwuletniej obserwacji: (1) korzystanie ze strategii opartych na religii, pozytywnym przeformułowaniu i akceptacji stanowiło 46% wariacji wzrostu pourazowego; (2) pozytywne przeformułowanie związane było bardziej z pourazowym wzrostem; (3) wsparcie instrumentalne i emocjonalne związane było z większym wzrostem potraumatycznym; (4) akceptacja wiązała się z mniejszym; (5) obwinianie siebie wiązało się z wyższym poziomem odczuwanego stresu; oraz (6) wzrost potraumatyczny związany był w niewielkim stopniu z niskim poziomem stresu.

W badaniach Lechner i in. (2003) oceniano przekonanie pacjentów, że chorowanie na raka prowadzi do pozytywnych zmian życiowych lub występowania korzyści (*benefits*, BF), np. poprawy relacji, wzrostu świadomości życia, zwiększonej odporności i samodzielności. Autorzy zbadali zależności między tymi korzyściami (BF), a czynnikami demograficznymi (np. płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, dochód) i zmiennymi związanymi z chorobą (np. stopień zaawansowania choroby lub stadium raka, czas od rozpoznania). Próba składała się z 83 mężczyzn i kobiet z różnymi typami raka, a wszystkie cztery stadia choroby były reprezentowane. Z badanych zmiennych demograficznych młodszy wiek był związany z wyższymi punktami korzyści (BF). Osoby z II stadium choroby miały znacznie wyższą ocenę korzyści (BF), niż osoby z rakiem w stadium IV lub stadium I. Czas od rozpoznania i status leczenia (tj. obecnie w leczeniu, zakończone leczenie, bez leczenia) nie były związane z korzyściami (BF). Autorzy badań zwrócili uwagę na fakt, że stadium choroby nowotworowej stanowi ważny czynnik, który należy wziąć pod uwagę podczas badania pozytywnego postrzegania choroby u osób z rakiem.

Inne doniesienia wskazują, że chorzy, którzy dobrze adaptują się do sytuacji choroby i jej leczenia, bardziej angażują się w proces radzenia sobie z rakiem i stawiania sobie celów życiowych. Odwrotnie, chorzy mający trudności z przystosowaniem do choroby, częściej nie angażują się, wycofują i poddają się (Stanton i in., 2000). Aktywne zmaganie się z chorobą nowotworową wpływa na lepszą jakość życia, dłuższe przeżycie czy występowanie łagodniejszych dolegliwości (Stanton i in., 2005, Bussel i in., 2010, Watson i in., 1994). Aktywne zmaganie się z chorobą nastawione jest zarówno na walkę, jak i poszukiwanie przez pacjentów emocjonalnego i instrumentalnego wsparcia (Lechner i in., 2003). Odpowiedź na raka determinowana jest również, nie tyle przez obiektywne cechy sytuacji i osoby, ale jako subiektywne reakcje na doświadczenie choroby (np.

bezradność, poczucie kontroli, zagrożenie życia itp.) oraz kontekst interpersonalny, w którym podmiot konfrontuje się ze swoją chorobą (Harper i wsp., 2007). Ci co wyzdrowieli, zdaniem Menningera są „bardziej niż zdrowi”, gdyż zdobyli siłę psychiczną, pozytywną koncepcję własnego ja oraz poczucie sprawowania kontroli nad własnym życiem.

Zakończenie

Z zaprezentowanego przeglądu teorii i badań wynika, że wzrost po traumie w wyniku choroby nowotworowej, można traktować, jako buforujący efekt poznawczej adaptacji oraz pozytywnych psychospołecznych zasobów (za: Taylor, 1983). Modele łączące rozwój pourazowy ze zmianą tożsamości dowodzą, że pozytywna zmiana zachodzi na poziomie podstawowych przekonań i założeń, które wpływają na wizję świata, samego siebie i innych (Janoff-Bulman, 1992). Jak twierdzi Brewin (2000), w niektórych przypadkach traumatyczne wydarzenie jest nie tylko zintegrowane jako część tożsamości jednostki, ale staje się jego centralnym fenomenem.

Wzrost pourazowy uznawany jest za pozytywny, o ile jest związany z funkcjonalnym procesem adaptacji do niekorzystnego zdarzenia. Jeśli pacjenci zgłaszający doświadczanie korzyści podczas zmagania się z rakiem, zgłaszają również lepsze funkcjonowanie psychospołeczne oraz twierdzą, że zoptymalizowali swoje relacje z bliskimi krewnymi, przyjaciółmi i zwiększyli swoje wewnętrzne zasoby, aby stawić czoła trudnościom, wtedy logiczne wydaje się stwierdzenie, że wszystkie one są oznakami dobrej adaptacji psychospołecznej w/po chorobie onkologicznej. Zjawisko to nie ma charakteru uniwersalnego. Nie jest również konieczne zaistnienie szczególnie traumatycznych warunków, by wystąpiły korzystne przeobrażenia rozwojowe (Calhoun i Tedeschi, 2006).

W świetle badań, wystąpienie i nasilenie wzrostu potraumatycznego jest rezultatem aktywnego zaangażowania samej jednostki, która podejmuje działania na rzecz konstruktywnych zmian, zarówno w podstawowych przekonaniach, jak i codziennym funkcjonowaniu, co okazuje się sprzyjać dostrzeganiu pozytywnych zmian w relacjach z innymi oraz większym docenianiu życia. Umacnianie - poprzez tego typu wsparcie - dążeń w kierunku zbudowania nowej wizji życia, zgodnej z obecnymi wymaganiami, może wiązać się z dostrzeganiem wartości innych perspektyw życiowych, dotychczas nie uwzględnianych w życiu (Salick, Auerbach, 2006). Wydaje się więc, że prawdziwy wzrost po traumie odbywa się poprzez

doznanie cierpienia, zderzenie z ekstremalnym, chronicznym stresorem, jakim jest nowotwór. Aspekty relacyjne odgrywają w tym procesie kluczową rolę. Wzrost po traumie obejmuje widzenie siebie w inny sposób, ponieważ nastąpiła także zmiana widzenia innych i świata, co może prowadzić do zmian tożsamości, oznak bliskości wobec znaczących osób, poprawy w komunikacji z nimi czy empatii, zaangażowania we wsparcie dla innych cierpiących.

W procesie ustalania korzyści pacjent może ponownie przypisać wartość dodatnią, wartości zdarzenia traumatycznego, jakim jest choroba nowotworowa. Taki przebieg pomaga przywrócić indywidualną koncepcję osoby, która była zagrożona w konsekwencji traumatycznego doświadczenia. W związku ze stawianiem czoła chorobie, można zatem odkryć pozytywne elementy, takie jak np. możliwość samodoskonalenia czy rozwój osobisty. Ale dopiero pojęcie i kliniczne warunki, jakie spełnia PTG oraz ponowna pozytywna ocena wymagają od pacjenta podejmowania aktywnego, ciągłego i zamierzonego wysiłku.

Na obecnym poziomie badań, prowadzonych nad zjawiskiem PTG, pourazowe procesy wzrostu, wydają się stanowić regułę wśród pacjentów, którzy przeżyli raka, a nie wyjątek. Traumatyczność sytuacji związanej z diagnozą i zmaganiem się z chorobą onkologiczną tworzy warunki „wstrząsowe” radykalnie burzące dotychczasowy porządek przekonań chorego. Wymusza zrewidowanie akceptowanej dotąd wizji świata oraz przyjęcie nowych celów i kryteriów wartościowania. Przywołane odkrycia badawcze potwierdzają obecny model teoretyczny, w którym wzrost pourazowy jest adaptacyjny i wynika z przetwarzania poznawczego traumy, a radzenie sobie z nim może moderować ten wzrost. Proces wzrostu po traumie może pozwolić osobom, które doświadczają choroby nowotworowej, przepracować na poziomie poznawczym, doświadczenie raka i dostrzegać potencjalne korzyści z przeżytej traumy, takie jak poprawę relacji z innymi osobami, nowe możliwości, osobista siła, duchowa zmiana czy wreszcie - docenienie wartości samej istoty życia.

Bibliografia:

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrykowski, M., Brady, M., Hunt, J. (1993). Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: cancer as a psychosocial transition. *Psychooncology*, 2, 261–76.

- Arman, M., Rehnsfeldt, A. (2003). The hidden suffering among breast cancer patients: A qualitative metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 13, 510-527.
- Belec, R. H. (1992). Quality of life: Perceptions of long-term survivors of bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 19, 31-37.
- Bussel, V., Naus, M. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal Psychosocial Oncoogy*, 28, 61-78.
- Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: an expanded framework. W: L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi (red.). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice*. (s. 1-23). Lawrence Erlbaum, Mahwah.
- Carpenter, J., Brockopp, D., Andrykowski, M. (1999). Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1402-1411.
- Carver, C. S., Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 26, 595-598.
- Cieślak, M., Jakitowicz, K., Kozaka, J., Bidzan, M., Kizewska, A. (2017). Twardość psychiczna i wsparcie społeczne a wzrost pourazowy u chorych z nowotworem - doniesienie wstępne. *Psychoonkologia*, 21, 22-28
- Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*, 8, 263-285.
- Cordova, M. J., Giese-Davis, J., Golant, M., Kronenwetter, C., Chang, V., & Spiegel, D. (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 308-319.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, C.R., Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- de Walden-Gałuszko, K. (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: PZWL.
- Deadman, J. M., Dewey, M. J., Owens, R. G., Leinster, S. J., Slade, P. D. (1989). Threat and loss in breast cancer. *Psychological Medicine*, 19, 677-681.
- Frazier, P.A., Conlon, A., Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048-55.

- Fromm, K., Andrykowski, M. A., Hunt, J. (1996). Positive and negative psychosocial sequelae of bone marrow transplantation: Implications for quality of life assessment. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 221-240.
- Gallagher, J., Parle, M., Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 7, 365-76.
- Greszta E. i Siemińska M.J. (2011). Patient-perceived changes in the system of values after cancer diagnosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, 55-64.
- Harper, F.W.K., Schmidt, J.E., Beacham, A.O., Salsman, J.M., Averill, A.J., Graves, K.D., i in. (2007). The role of social cognitive processing theory and optimism in positive psychosocial and physical behavior change after cancer diagnosis and treatment. *Psycho-Oncology*, 16, 79-91
- Hopwood, P., Stephens, R.J. (2000). Depression in patients with lung cancer: Prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 893-903.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15, 30-34.
- Kangas, M., Henry, J. L., Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499-524.
- Kopczyńska-Tyszko, A. (1999). Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.). *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych* (s. 125-141). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1999). Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową. Psychologia współczesna wobec pacjentów onkologicznych* (s. 143-179). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Lechner, S. C., Zakowski, S.G., Antoni, M. H., Greenhawt, M., Block, K., Block, P. (2003). Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psychooncology*, 12, 491-9.
- Lichtman, R. R., Taylor, S. E., Wood, J. V. (1987). Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 5, 47-74.
- Ogińska-Bulik, N. (2016). Negatywne i pozytywne następstwa doświadczonej traumy- rola ruminacji. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 16, 182-187.
- Ogińska-Bulik, N. (2017). Potraumatyczny wzrost u chorych onkologicznie - rola osobowości i ruminacji. *Psychiatria*, 14, 53-60.
- Osmańska, M., Borkowska, A., Makarewicz, R. (2010). Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie chemioterapii i po zakończonym leczeniu onkologicznym. *Psychiatria Polska*; 44, 543-556.
- Ramsey, S. D., Andersen, M. R., Etzioni, R., Moinpour, C., Potosky, A., Urban, N. (2000). Quality of life in survivors of colorectal carcinoma. *Cancer*, 88, 1294-1303.
- Roos, I. A. G. (2003). Reacting to the diagnosis of prostate cancer: Patient learning in a community of practice. *Patient Education and Counseling*, 49, 219-224.
- Salick, E.C., Auerbach, C.F. (2006). From devastation to integration: Adjusting to and growing from medical trauma. *Qualitative Health Research*, 16, 1021-1037.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., Sworowski, L.A., Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Stanton, A.L., Ganz, P.A., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Krupnick, J.L., Sears, S.R. (2005). Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer*, 104, 2608–2613.
- Taylor, E. (2000). Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27, 781–8.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161–1173.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-8.

- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2007). Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce*, (s. 230-248). Warszawa: PWN.
- Tempelaar, R., de Haes, J. C. J. M., de Ruiter, J. H., Bakker, D., van den Heuvel, W. J. A., van Nieuwenhuijzen, M. G. (1989). The social experiences of cancer patients under treatment: A comparative study. *Social Science and Medicine*, 29, 635–642.
- Thornton A. A. (2002). Perceiving Benefits in the Cancer Experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 153-165.
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J. Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: A population-based cohort study. *Lancet*, 354, 1331-1336.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 33–46.
- Załoski, M. (2014) Radzenie sobie skoncentrowane na tworzeniu znaczenia i adaptacja pacjenta do choroby przewlekłej – doniesienie z badań. *Problemy Pielęgniarstwa*, 22, 209–215.
- Zoellner, T., Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology. A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653.