POSTTRAUMATICKÝ STRES A POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ V DĚTSKÉ ONKOLOGII

ALENA SLEZÁČKOVÁ[1], MARTIN LOUČKA[2], KATEŘINA BARTOŠOVÁ[1]
[1] *Psychologický ústav AV ČR, Brno*
[2] *International Observatory on End-of-Life Care, Lancaster University, Lancaster, UK*

ABSTRACT

Posttraumatic stress and posttraumatic growth in pediatric oncology

A. Slezáčková, M. Loučka, K. Bartošová

Both the posttraumatic stress and the posttraumatic growth are often cited in relation to cancer. The aim of this paper is to give a review of current research in this field and briefly outline new perspective on possible connections between these concepts. The integrative approach has been presented in this review as well as new challenges and directions for future research. The basic information about ongoing QOLOP study on posttraumatic stress and growth in pediatric oncology patients and their families is provided in a nutshell at the end.

key words:

postttraumatic stress,
posttraumatic growth,
childhood cancer

klíčová slova:

postttraumatický stres,
posttraumatický rozvoj,
dětské onkologické onemocnění

Obsahem přehledové práce jsou aktuální témata současné psychologie – posttraumatický rozvoj osobnosti *(posttraumatic growth, PTG*) a posttraumatická stresová porucha (*posttraumatic stress disorder, PTSD*), jež reflektují posun od donedávna izolovaného studia negativních vlivů traumatu ke komplexnějšímu pojetí a zachycení i event. pozitivních důsledků náročných životních situací. Konkrétně se zaměříme na problematiku posttraumatického stresu a posttraumatického rozvoje osobnosti u dětských onkologických pacientů a jejich rodin.

V obecné rovině je již výzkumné téma posttraumatické stresové poruchy poměrně důkladně zmapováno, v poslední době však rychle přibývá také prací studujících posttraumatický rozvoj u různých vzorků populace. Výzkum posttraumatického rozvoje se v souladu se zahraničními trendy slibně rozvíjí i u nás (Krutiš, Mareš, Ježek, 2011; Mareš a kol., 2007; Preiss, 2009; Slezáčková et al., 2009b; Vančura, 2006).

Cílem této práce, jež rozšiřujícím způsobem navazuje na základní přehledové práce Mareše (2007, 2008, 2009), je představit integrativní přístup k problematice posttraumatického stresu a posttraumatického rozvoje a ilustrovat účelnost tohoto celostního pohledu na příkladu studia psychosociálních zisků a ztrát dětských pacientů onkologického onemocnění a členů jejich rodin. Vycházíme ze současné relevantní odborné literatury a z inspirace výsledky pilotní studie věnované odhalení klíčových oblastí života rodin, jež byly onkologickým onemocněním dítěte a jeho léčbou zasaženy (Slezáčková, 2009). Výsledky této studie ve shodě se závěry Konradové (Konrad, 2006) naznačují, že rodiče onkologicky nemocných dětí žijí v dualitě přínosů a ztrát, naděje i zklamání, negativních důsledků dlouhodobého stresu i pozitivně hodnocených životních změn.

Došlo: 24. 6. 2011; A. S., Psychologický ústav AV ČR, Veveří 97, 602 00 Brno; e-mail: alena@psu.cas.cz
Studie vznikla s podporou GA ČR, výzkumný projekt číslo 407/11/2421.

POJETÍ TRAUMATU

V pojetí autorů konceptu posttraumatického rozvoje (Calhoun, Tedeschi, 1999) se za traumatickou považuje každá negativně hodnocená událost, která v sobě nese potenciál významné změny v jedincově životním systému. Mezi hlavní charakteristiky traumatické události patří (volně podle Calhoun, Tedeschi, 1999):
– událost je nečekaná, objevuje se náhle, nepředvídatelně,
– jedinec ji vnímá jako neovlivnitelnou, jako záležitost, která se děje mimo jeho kontrolu,
– daný člověk obvykle není viníkem dané situace,
– hrozí mu fyzická či psychická újma (stav ohrožení) anebo přímo zažívá konkrétní dopady ohrožující situace (úraz, úmrtí blízké osoby, hmotná ztráta),
– okolnosti, které se v souvislosti s danou událostí objevily, jsou pro danou osobu neobvyklé, mimořádné a v mnoha ohledech výjimečné,
– událost přináší člověku dlouhodobé a mnohdy nezvratné těžkosti a problémy.

Extrémně stresující zážitek nebo dlouhotrvající stresující situace, vytvářející v člověku pocit bezmocnosti nebo znamenající bezprostřední ohrožení jeho života (či života blízkých osob), může vést k následnému rozvinutí posttraumatické stresové poruchy. Konkrétní šíře a hloubka dopadu traumatu jsou individuálně podmíněny. Záleží na tom, jak daný člověk hodnotí úroveň nebezpečnosti situace a jak posuzuje míru svých schopností se s traumatickou událostí vyrovnat. Pro posouzení závažnosti traumatu bývá používána metafora zemětřesení (Tedeschi, Calhoun, 2004): kritériem závažnosti události je právě její „seismický stupeň", který určuje míru dopadu na dosavadní a předvídatelný svět jedince. Změna kognitivních procesů a následné restrukturování osobnosti po prožitém traumatu jsou srovnatelné s přestavbou a rekonstrukcí budovy narušené zemětřesením. Podrobněji o koncepci posttraumatického rozvoje, fázích jeho procesu a dalších souvislostech pojednal ve svých přehledových studiích Mareš (2007, 2008, 2009), proto se jimi na tomto místě nebudeme zabývat.

ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ V RODINĚ JAKO TRAUMATICKÁ ZKUŠENOST

Onkologické onemocnění jednotlivce představuje pro celou rodinu krajně náročnou životní zkušenost, která v mnohém naplňuje základní charakteristiky traumatu - naruší stabilitu vnitřního i vztahového světa jejích členů a v nesčetných důsledcích ovlivní kvalitu jejich života. V souvislosti s holistickým přístupem ke kvalitě života dětských onkologických pacientů se nyní více uvažuje o vlivu nemoci na členy jeho rodiny (Kreitler, Weyl Ben Arush, 2004).

Významnými moderujícími faktory míry stresu rodičů a ostatních rodinných příslušníků (sourozenců, prarodičů) jsou nejen typ onkologického onemocnění dítěte a stupeň jeho závažnosti, s nimiž úzce souvisí také míra rizika rozvoje pozdních následků protinádorové léčby, ale svou roli sehrává také aktuální životní situace rodičů, jako jsou dostatečná sociální opora, ekonomická stabilita rodiny, vlastní zdravotní stav i event. dřívější zkušenosti s vážným onemocněním v rodině. Psychický stav rodičů, jejich způsob vyrovnávání se s traumatem vážného onemocnění dítěte a celková rodinná atmosféra výrazně ovlivňují aktuální prožívání dětského pacienta i jeho další psychický vývoj po ukončení léčby. Postoje a reakce rodičů i ostatních členů rodiny mohou mít značný vliv na formování postojů dítěte ke zdraví a k nemoci, na jeho sebedůvěru a pocit bezpečí i na volbu vlastních copingových strategií pro zvládání náročných situací (Slezáčková et al., 2009b).

V kontextu předmětu naší studie vycházíme z ověřeného předpokladu, že sdělení onkologické diagnózy dítěte, zvlášť je-li zcela nečekaná a náhlá, znamená pro většinu rodičů výraznou traumatickou událost (Slezáčková, 2009). I když ošetřující lékaři informují rodiče o diagnóze s maximální citlivostí a ohleduplností, má tato zpráva většinou zdrcující dopad na jejich psychiku. Jejich reakce často sledují fáze reakcí na ztrátu podle Kübler-Rossové (1993) - od počátečního šoku a popření, přes projevy zlosti (často spojené s hledáním viníka), až k fázi smlouvání a období deprese. Jednotlivé fáze reakce samozřejmě neprobíhají nutně v tomto pořadí, jedinec spíše osciluje mezi jednotlivými fázemi, přičemž může zároveň vykazovat známky i vícero z nich současně (Maciejewski et al., 2007). V optimálním případě vyústí tento proces v akceptaci skutečnosti, aktivní zapojení do spolupráce s lékaři a ošetřujícím personálem lékařského zařízení a později popř. také - v souladu s konceptem spirále krize podle Schuchardtové (2005) - v rozvoj solidarity s podobně postiženými lidmi.

POSTTRAUMATICKÝ STRES U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ A JEJICH RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Výsledky některých studií (Landolt et al., 2003; Wolmer et al., 2000) naznačují, že onkologické onemocnění dítěte má mnohdy větší bezprostřední dopad na rodiče než na samotné dětské pacienty, a že rodiče jsou sdělením onkologické diagnózy dítěte více traumatizováni a vykazují více symptomatologie posttraumatické stresové poruchy než samotní dětští pacienti.

Posttraumatickou stresovou poruchou se podle MKN-10 rozumí opožděná reakce na traumatickou událost, která se projevuje četnými změnami na fyzické, emoční i sociální rovině. Posttraumatická stresová porucha (F43.1) se v MKN-10 řadí do skupiny duševních poruch F43 (reakce na závažný stres a poruchy adaptace). Mezi hlavní symptomy traumatu patří nadměrné vzrušení, intruzivní příznaky a konstrikce, stažení se. Tyto příznaky postihují vědomí, myšlení, paměť i spontánní aktivitu a iniciativu jedince, a ve svém důsledku vedou k výrazné inhibici aktivity, impulzivity a emočního prožívání a k vyhýbavému chování (Praško a kol., 2003). Uvedené příznaky významně zasahují do osobního, společenského i pracovního/školního života postiženého.

Traumatizace však nemusí být pouze přímá (primární), kdy je daná osoba sama cílem ohrožení. Výzkumný zájem se zaměřuje nejen na primární traumatizaci samotného dětského onkologického pacienta, ale také na míru sekundární traumatizace jeho rodičů. Vzhledem k tomu, že je posttraumatický rozvoj typicky zkoumán s časovým odstupem, sledovány jsou spíše příznaky chronické PTSD nebo PTSD s odloženým začátkem.

Barakatová a kol. (1997) porovnávaly míru symptomatologie PTSD u rodin s onkologicky nemocným dítětem a rodin se zdravými dětmi. Výsledkem bylo zjištění, že u matek a otců dětí, které přežily nádorové onemocnění, byla v porovnání s rodiči zdravých dětí prokázána významně vyšší míra posttraumatického stresu. Sami dětští onkologičtí pacienti se v míře PTSD nelišili od zdravých dětí. Další studie (Alderfer et al., 2005) potvrdily, že ve většině rodin s onkologicky nemocným dítětem trpěl alespoň jeden z rodičů mírnými až závažnými příznaky PTSD. Podle Bruce a kol. (2011) se závažné příznaky posttraumatického stresu objevují u jedné třetiny pacientů a až 29 % rodičů. Také u rodičů dětí, které přežily rakovinové onemocnění, se v porovnání s rodiči dětí s diabetes mellitus typu 1 v častější míře objevovaly příznaky PTSD a obecného distresu (Fuemmeler et al., 2005). Z novějších studií, jejichž výsledky jsou naopak poněkud v rozporu s existující literaturou, jmenujme např. výzkum Jurbergse

a kol. (2009), podle něhož nebyla u rodičů dětí, které prožily rakovinové onemocnění, v porovnání s běžnou populací zjištěna zvýšená symptomatika PTSD. Zvýšené riziko rozvoje PTSD bylo shledáno pouze u rodičů dětí, u nichž se vyskytl relaps onemocnění.

V posledních letech zaznamenáváme také rostoucí snahy o pochopení příčin vzniku posttraumatické stresové poruchy a posttraumatického stresu u dětí, které samy prožily rakovinové onemocnění (Bruce, 2006). Bylo prokázáno, že tito pacienti vykazují (v porovnání s kontrolní skupinou) ještě 5 let po doléčení zvýšenou míru posttraumatické symptomatologie, úzkosti a deprese (Seitz a kol., 2010). Některé studie uvádějí prevalenci posttraumatické stresové poruchy v této populaci kolem 30 % (Bruce a kol., 2011; DeKeyser Ganz a kol., 2010), přičemž v běžné populaci dosahuje prevalence 10,4 – 12,3 % žen a 5,0 – 6,0 % mužů (Höschl a kol., 2002). I další aktuální výzkumy (Ya-Ling et al., 2009) naznačují, že prevalence PTSD v populaci adolescentů a mladých dospělých, kteří prodělali rakovinové onemocnění, je vyšší než v běžné populaci (1 – 14 %). Symptomy charakteristické pro PTSD u dětských a adolescentních pacientů, kteří prošli rakovinovým onemocněním a léčbou, byly opakovaně nalezeny i ve studiích Bushe (2009), Kamibeppua (2010) či Ya-Ling a Judge (2007).

Na důležitou skutečnost, a to že přítomnost symptomů PTSD u adolescentů, kteří přežili rakovinové onemocnění, je významně ovlivňována kvalitou rodinného soužití, upozornili Alderfer, Navsaria a Kazak (2009). Výskyt klinicky významných projevů PTSD jak u dětských pacientů, kteří přežili rakovinové onemocnění, tak i u jejich rodičů, potvrdili již Kazak a kol. (2001). Význam rodinných prediktorů (zejména míry počátečního distresu rodičů), jež mají vliv na prožívaný distres u dospívajících, kteří byli léčeni pro nádorové onemocnění, studovali také Robinson a kol. (2009).

POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ OSOBNOSTI

Posttraumatický rozvoj je chápán jako výsledek schopnosti člověka využít tragickou nebo neobyčejně náročnou životní situaci k dosažení pozitivní životní změny, jež se může realizovat v kognitivní, emoční, sociální, spirituální i konativní oblasti (Calhoun, Tedeschi, 2006). Koncept posttraumatického rozvoje nevybízí k popírání či znevažování negativních důsledků a vlivů traumatických událostí, ale nabízí rozšířený a doplněný pohled na problematiku dopadu traumatu na psychiku jedince (Linley, Joseph, 2005).

K pěti základním doménám posttraumatického rozvoje podle Calhouna a Tedeschiho (2006), mezi něž patří změny v sebepercepci, uvědomění si nových možností, změna v interpersonálních vztazích, větší úcta k životu a změny v hodnotovém systému, změny ve spiritualitě, lze doplnit i šestou doménu: míru zdraví podporujícího chování (*health behaviour*), která je typická pro jedince, u nichž je traumatická zkušenost spojena s přímým ohrožením jejich zdraví či života anebo zdraví jim blízkých osob (Sears et al., 2003). Podobnou otázkou se výzkumně zabývali např. Ya-Ling a kol. (2009) nebo Slezáčková a kol. (2009a). Význam této dimenze podporují také výsledky Morrise, Shakespeare-Finche a Scotta (2011).

Současné výzkumy naznačují (Tedeschi, Calhoun, 2006), že stupeň zátěže a náročnosti prožité traumatické události souvisí s dosaženou úrovní posttraumatického rozvoje (a do značné míry ji predikuje). Čím více jsou zasaženy původní struktury života jedince, tím více je nucen je rekonstruovat a přetvářet, což může vést k posttraumatickému rozvoji jeho osobnosti. Potvrzena byla také souvislost typu stresové situace s mírou rozvoje (Záhorová, Halama, 2010). Linley a Joseph (2005) podotýkají, že pozitivní a negativní důsledky traumatické zkušenosti nelze chápat jako opačné

póly jednoho kontinua, neboť podle výsledků empirických studií se jedná spíše o dvě nezávislé dimenze. Jak však s dávkou zdravého skepticismu upozorňují někteří autoři (Nolen-Hoeksema, Davis, 2002), ne každé zprávy o vnímaných pozitivních životních změnách musí být nutně projevem rozvoje či pozitivní přeměny self. Tato tvrzení mohou stejně tak vyjadřovat i obranné postoje anebo působit ve službách ochrany vlastní sebeúcty.

O výsledcích podrobnější meta-analýzy výzkumů věnovaných faktorům posttraumatického rozvoje, v níž Helgesonová a kol. (2006) zpracovali 87 vybraných studií za posledních 20 let, referuje Mareš (2009). V kontextu naší studie považujeme za vhodné připomenout alespoň ty výsledky, jež naznačují souvislost míry posttraumatického rozvoje s nižší mírou deprese a větší osobní pohodou (*well-being*), a naopak nepotvrzení vztahu PTG s úzkostí, globální kvalitou života a subjektivně vnímaným zdravotním stavem (Helgeson et al., 2006). Tedeschi a Calhoun (2004) však již dříve upozornili na to, že posttraumatický rozvoj je třeba chápat jako vícerozměrný proces podmíněný mnoha faktory, který může probíhat u jednotlivců různými způsoby. Posttraumatický rozvoj může v určitých fázích procesu koexistovat s prožívaným distresem, což ovšem nesnižuje jeho význam.

Jak upozornili Tennen a Affleck (2002), v procesu posttraumatického rozvoje hraje významnou roli časová dimenze. Časový průběh posttraumatického procesu je zcela individuální, nelze jej jednoznačně předvídat či násilně urychlovat. V období krátce po traumatu se osoba přirozeně zaobírá spíše jeho negativními vlivy a důsledky, avšak postupně může objevovat i některé pozitivní stránky (Tedeschi, Calhoun, 2006). Ve většině výzkumů je proto posttraumatický rozvoj zjišťován v období několika let po prožité traumatické události, tedy poté, co došlo k postupnému vyrovnání se jedince s traumatickou situací (Park, Lechner, 2006). Výzvou pro longitudinální sledování PTG i symptomů PTSD je zejména otázka, zda lze v dlouhodobější dimenzi uvažovat v souladu s konceptem dynamického ekvilibria spíše o návratu k původnímu stavu, anebo zda mohou mít dosažené změny trvalejší charakter.

STRUČNÉ KRITICKÉ ZHODNOCENÍ KONCEPTU PTG

Někteří autoři upozorňují na to, že onkologické onemocnění je svou podstatou specifickým stresorem, pro nějž neplatí „standardní" trajektorie posttraumatického rozvoje. Například Sumalla, Ochoa a Blanco (2009) upozorňují na to, že oproti jiným traumatům je u onkologického onemocnění přítomna interní příčina události (nikdo jiný za mou nemoc nemůže), vícenásobné stresory (jedinec se musí najednou vyrovnávat s různorodými ztrátami), chronická povaha ohrožení (onemocnění nemá jasné časové ohraničení) nebo jiná úroveň kontroly nad situací (oproti „akutním", nárazovým událostem).

Metodologické diskuse se nevyhýbají ani posttraumatickému rozvoji jako takovému (např. Nolen-Hoeksema, Davis, 2004; Smith, Cook, 2004), stejně jako nejpoužívanější metodě pro jeho měření, dotazníku PTGI (Sheikh, Marotta, 2005). Zpochybňováno je i dnes už klasické zjištění Tedeschiho a kol. (1998), že míra negativní reakce je do určité míry prediktorem pozitivních změn. Ve světle posledních výzkumů se ukazuje, že tomu tak nemusí být vždy (Schroevers, Kraaij, Garnefski, 2011) a že důležitou roli hraje způsob, jakým je událost zpracovávána na kognitivní úrovni, v rámci procesu tzv. ruminace – přemítání (Stockton, Hunt, Joseph, 2011). Také se objevuje kritika výhradně pozitivní orientace těchto výzkumů, které sice nepopírají přítomnost negativního prožívání, ale přesto jej nechávají stranou (Wittmann, Büchi, 2010).

POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ A JEJICH RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ

Oproti některým jednorázovým způsobům traumatizace (dopravní nehoda, přepadení apod.) se v případě onkologické nemoci dítěte jedná o specifické trauma. Traumatizace rodičů má svůj počátek nejčastěji ve sdělení onkologické diagnózy dítěte, avšak pokračuje i v průběhu léčby dětského pacienta a může přetrvávat i v období jeho rekonvalescence. V případě, že se u dítěte časem rozvinou závažné pozdní následky protinádorové léčby anebo se objeví sekundární malignity, se může jednat o prožitek opakovaného traumatu, jenž s sebou nese zvýšené riziko vzniku symptomů posttraumatické stresové poruchy. Jak však naznačují výsledky výzkumů zaměřených na studium způsobů zvládání onkologického onemocnění, u onkologických pacientů a jejich rodinných příslušníků se můžeme setkat i s posttraumatickým rozvojem.

V současné době přibývá výzkumů PTG a PTSD u populace dětských onkologických pacientů a jejich rodičů, avšak zatím převládá spíše izolovaný pohled na negativní, resp. pozitivní důsledky zvládání náročné životní situace.

Některé výzkumy se zaměřují na studium posttraumatického rozvoje přímo u populace dětských a adolescentních onkologických pacientů (Barakat, Alderfer, Kazak, 2006; Currier, Hermes, Phipps, 2009; Devine et al., 2010; Love, Sabiston, 2011; Michel et al. 2010; Orbuch et al. 2005; Phipps et al., 2007; Yaskowich, 2002) – viz tab. 1.

Existují také výzkumy posttraumatického rozvoje u partnerů a manželů onkologicky nemocných osob (Manne et al., 2004; Moore et al., 2011; Zwahlen et al., 2010) nebo jejich dětí (Kissil et al., 2010; Mosher et al., 2006; Wong et al., 2009). Výpovědi matek dětí po transplantaci kmenových buněk a jimi udávané benefity související s touto zkušeností podrobněji analyzovali Rini a kol. (2004). Přehled dřívějších publikací věnovaných studiu posttraumatického rozvoje a „benefit-finding" strategií zvládání (mezi nimiž autoři terminologicky nečiní rozdíly) u onkologicky nemocných podává Stantonová a kol. (2006).

Studií, které by se konkrétně věnovaly zachycení pozitivních důsledků a změn v životě rodičů vyrovnávajících se s náročnou situací nádorového onemocnění dítěte, zatím není mnoho (Barakat et al., 2006; Best et al., 2001; Jutras et al., 2008; Kennedy, 2010; Konrad, 2006; Michel et al., 2010; Orbuch et al., 2005; Slezáčková, 2009; Stuber, 2006) – viz tab. 2.

Tematice hodnocení psychologických zisků u rodičů i jejich onkologicky nemocných dětí se dlouhodobě věnuje tým kanadské psycholožky Jutrasové (Jutras et al., 2008), jenž uvažuje o možných benefitech v souvislostech konceptu silných stránek charakteru a ctností (Peterson, Seligman, 2004). Rodiče, samotní dětští pacienti a již dospělé osoby, které v dětství také prošly protinádorovou léčbou, uváděli jako pozitivní změny v důsledku zkušenosti s nemocí zejména zvýšení míry lidskosti (láska, laskavost, sociální inteligence). Rodiče a dospělí po onkologické léčbě uváděli také vyšší míru transcendence (vděčnost, naděje, spiritualita, smysl pro krásu) a změny v hodnotovém systému. Obě skupiny s přímou zkušeností s nemocí zmiňovaly také změny v úrovni poznání a moudrosti (otevřenost mysli, vhled, zvídavost a tvořivost). Skupina dětských pacientů jako zvláštní přínos uvedla sociální oporu poskytovanou druhými lidmi, což lze chápat v souvislosti s jejich aktuálními zkušenostmi získanými v průběhu léčby.

Výzkumu posttraumatického rozvoje u adolescentů po onkologické léčbě i u jejich rodičů se věnovaly Barakatová a kol. (2006). Autorky zjistily, že alespoň jeden pozitivní důsledek onkologického onemocnění uvedlo 85 % ze zkoumaných 150 adolescentů, 90 % ze všech 146 matek a 80 % ze 107 otců. Čtyři a více pozitivní důsled-

Tab. 1. Studie zabývající se posttraumatickým rozvojem dětských a adolescentních onkologických pacientů

Název článku	Autoři	Téma	Rok vydání	Soubor	Věk	Metody
Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers	Barakat, L. P., Alderfer, M. A., Kazak, A. E.	PTG/PTSD	2006	děti N = 150, matky N = 146, otcové N = 107	11 – 19	PCS, demografický dotazník, posouzení intenzity léčby, ALTTIQ, IES-R, polostrukturovaný rozhovor
Brief report: Children's response to serious illness: Perceptions of benefit and burden in a pediatric cancer population	Currier, J. M., Hermes, S., Phipps, S.	PTG/PTSD	2009	děti N = 78, rodiče N = 78	8 – 18	Metody BBSC, YLOS, PANAS-C, STAIC,CSD.
Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach	Devine, K. A., Reed-Knight, B., Loiselle, K. A., Fenton, N., Blount, R. L.	PTG	2010	N = 60	Průměrný věk 20,2 let (*SD* = 2.55)	Information Sheet, PTGI, IES-R, Impact of Childhood Experiences Questionnaire
Exploring the links between physical activity and posttraumatic growth in young adult cancer survivors	Love, C., Sabiston, C. M.	PTG	2011	N = 64	20 – 39	Metody SPS, PSS, PTGI, GLTEQ
Benefit finding in survivors of childhood cancer and their parents: Further empirical support for the Benefit Finding Scale for Children	Michel, G., Taylor, N., Absolom, K., Eiser, C.	PTG	2010	děti N = 41, rodiče N = 45	12 – 15,9	BFSC, The Kidscreen 27, PTSD Reaction Index, YLOT, Acorn-index,
Parent-child relationships and quality of life: Resilience among childhood cancer survivors	Orbuch, T., L., Parry, C., Chesler, M., Fritz, J., Repetto, P.	PTG	2005	N = 190	16 – 28	Sebeposuzovací dotazník, lékařské záznamy, QOL-CS
Benefit Finding Scale for Children: Preliminary finding from a childhood cancer population	Phipps, S., Long, A. M., Ogden, J.	PTG	2007	N = 199	7 – 18	BFSC, měření adaptivního stylu, optimismu/ pesimismu, symptomů PTSD, dotazník H-R QoL
Posttraumatic growth in children and adolescents with cancer	Yaskowich, K. M	PTG	2002	děti N = 54, rodiče N = 54	8 – 25	PTGI, Harter's Social Support Scale for Children, PSE-R, demografické informace, polostrukturovaný rozhovor

Tab.2. Studie zabývající se posttraumatickým rozvojem rodičů onkologických pacientů

Název článku	Autoři	Téma	Rok vydání	Vzorek	Věk	Metody
Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers	Barakat, L. P., Alderfer, M. A., Kazak, A. E.	PTG/PTSD	2006	děti N = 150, matky N = 146, otcové N = 107	11 – 19	PCS, demografický dotazník, posouzení intenzity léčby, ALTTIQ, IES-R polostrukturovaný dotazník
Parental distress during pediatric leukemia and parental posttraumatic stress symptoms after treatment ends	Best, M., Streisand, R., Catania, L., Kazak, A.	PTSD	2001	N = 113	neuveden	Metody Langner Symptom Checklist, PPQ, STAI, SRNDAT, IES-R, PTGI, PAAS, CHOP-SES
Benefits of peadiatric cancer experience: Perceptions of survivors and family	Jutras, S., Tougas, A.M., Lauriault, C.	PTG	2008	děti N = 52, matky N = 37, otcové N = 10	děti 7-11, 12-17	Otevřené otázky
Personal growth in couples caring for a child with a life-threatening illness	Kennedy, K.	PTG	2010	34 rodičovských párů	neuveden	PTGI, demografické údaje
Posttraumatic growth in mothers of children with acquired disabilities	Konrad, S. C.	PTG	2006	N = 11	neuveden	Fenomenologický rozhovor, otevřené otázky
Benefit finding in survivors of childhood cancer and their parents: Further empirical support for the Benefit Finding Scale for Children	Michel, G., Taylor, N., Absolom K., Eiser, C.	PTG	2010	děti N = 41, rodiče N = 45	12 – 15,9	BFSC, The Kidscreen 27, PTSD Reaction Index, YLOT, Acorn-index,
Parent-child relationships and quality of life: Resilience among childhood cancer survivors	Orbuch, T., L., Parry, C., Chesler, M., Fritz, J., Repetto, P.	PTG	2005	N = 190	16 – 28	Sebeposuzovací dotazníky, lékařské záznamy, QOL-CS
Posttraumatický rozvoj u rodičů onkologicky nemocných dětí v kontextu pozitivní psychologie	Slezáčková, A.	PTG	2009	N = 120	28 – 55	Metoda strukturovaného otevřeného dotazování
Posttraumatic stress and posttraumatic growth in childhood cancer survivors and their parents	Stuber, M. L.	PTG/PTSD	2006	přehledová studie		

ky a změny uvedlo 32 % adolescentů po léčbě, 45 % matek a 25 % otců. Celkem 86 % matek a 62 % otců uvedlo, že zkušenost onkologického onemocnění jejich dítěte mělo kladný vliv na to, jakým způsobem uvažují o svém životě, 58 % matek a 50 % otců vypovědělo o příznivém efektu na to, jak se nyní chovají k druhým lidem. Oproti očekávání bylo zjištěno, že posttraumatický rozvoj a posttraumatická stresová porucha spolu u souboru adolescentních pacientů korelovaly, ale u jejich rodičů nikoli. U všech skupin byl nalezen pozitivní vztah mezi mírou PTG a subjektivně hodnocenou obtížností léčby a stupněm vnímaného ohrožení života, ale nikoli s objektivní závažností onemocnění, věkem adolescentů či objektivní závažností léčby.

U nás vznikly na obdobné téma parciální studie výzkumného projektu QOLOP (Slezáčková, 2009; Slezáčková et al., 2009b), jejichž výsledky podávají plastický obraz o tom, jak rodiče onkologicky nemocných dětí zpětně hodnotí prožitou situaci nemoci a léčby dítěte, v čem spatřují hlavní rizika a ztráty, a které důsledky a změny hodnotí naopak kladně. Na základě analýzy písemných výpovědí rodičů, v nichž se vyjadřovali k pozitivním a negativním dopadům prožité situace na hlavní oblasti jejich života, se ukázalo, že nemoc a léčba dítěte zanechala nejvýraznější vliv na oblasti mezilidských vztahů respondentů, významně ovlivnila také jejich celkový postoj k životu a k využití času a zanechala následky na jejich psychickém i somatickém zdraví. Výrazně ovlivnila také hierarchii hodnot respondentů a u některých z nich přispěla k osobnostnímu rozvoji. Pozitivní důsledky a změny alespoň v jedné doméně posttraumatického rozvoje uvedlo 91 % osob, což je v souladu s výsledky obdobné studie Barakatové a kol. (2006).

Míru pozitivních životních změn u dětí, které prožily rakovinu, i u jejich rodičů, zjišťovali Michel a kol. (2010) pomocí metody *Benefit Finding Scale for Children* (BFSC). Souvislost mezi nacházením pozitivních změn u dětí a PTG jejich rodičů však nebyla nalezena. Specifickým nástrojem pro měření posttraumatického rozvoje u dětí je hojně využívaný *Posttraumatic Growth Inventory for Children* (PTGI-C), který vytvořil tým autorů původního konceptu posttraumatického rozvoje (Cryder et al., 2006). Tento inventář se však jen málo odlišoval od varianty pro dospělé a autoři se jej proto rozhodli upravit, a to hlavně se záměrem metodu ještě více zjednodušit a umožnit tak její efektivnější administraci. Revidovanou verzi (PTGI-C-R) poté ověřili při výzkumu s dětmi, které prožily hurikán Katrina (Kilmer et al., 2009). Výsledný inventář obsahuje deset výroků, popisujících konkrétní změny (např. Umím se teď lépe vypořádat s velkými problémy), se kterými děti vyjadřují souhlas na 4bodové škále, míra souhlasu je pro lepší představu vyjádřena i graficky. Vedle toho jsou přidány dvě otevřené otázky, jež mají umožnit zachycení dalších změn, které si dítě uvědomuje. O dalších nástrojích pro měření posttraumatického rozvoje u dětí informují ve své přehledové práci Clay, Knibbs a Joseph (2009).

V uvedených studiích se setkáváme s různými termíny, kterými se autoři snaží fenomén posttraumatického rozvoje uchopit, a také s různými metodami, jež používají pro jeho měření. Důležité však je, že všechny tyto přístupy vedou k pozitivním výsledkům. Jedná se tedy svým způsobem o potvrzení existence tohoto jevu, i když z metodologického hlediska by bylo nesporně výhodné, pokud by se ve výzkumech používaly pouze jedna nebo dvě ověřené metody, jež by skýtaly také lepší možnost porovnání výsledků.

Závěrem této pasáže věnujme ještě pozornost otázkám, nakolik míru posttraumatického rozvoje ovlivňuje věk, druh onkologického onemocnění a nebo doba uplynulá od stanovení diagnózy, délka trvání samotné léčby či doba od ukončení aktivní léčby.

Je nasnadě, že uvědomění posttraumatického rozvoje vyžaduje určitou úroveň kognitivní zralosti, v literatuře tudíž můžeme najít diskusi nad tím, zda je možné tako-

vouto reflexi požadovat od dětí. Výsledky současných studií, pokoušejících se určit věkovou hranici, od níž jsou děti schopny rozpoznat a popsat vlastní proces posttraumatického rozvoje, hovoří o dvou milnících. Děti, které zažily traumatickou událost (stanovení diagnózy, léčbu) ve věku 5-7 let, jsou schopny popsat průměrně více projevů posttraumatického rozvoje než mladší děti. Další významné prohloubení je patrné u dětí, jimž bylo v době traumatické události alespoň 12 let. Výsledky naznačují, že nehraje roli, jak dlouhá doba od oné události uběhla, i když některé studie zjistily mezi touto proměnnou a mírou posttraumatického rozvoje negativní korelaci (např. Phipps et al., 2007).

Vztah mezi typem onkologického onemocnění nebo konkrétní diagnózou a mírou posttraumatického rozvoje u dětí dosud nebyl jednoznačně prokázán. Výzkum u dospělé populace prokázal vyšší míru posttraumatického rozvoje u pacientů s rakovinou prostaty a prsu oproti pacientům s kolorektálním karcinomem nebo hematoonkologickým onemocněním. Obecně se dá říci, že nezáleží ani tak na typu stresoru, ale spíše na subjektivním vnímání toho, jak je daná událost (respektive nemoc) ohrožující. Tato proměnná pak významně ovlivňuje míru posttraumatického rozvoje jak u dětí, tak u dospělých.

Vztah mezi mírou posttraumatického rozvoje a tzv. objektivními faktory nemoci, jako jsou počet dnů strávených v nemocnici nebo délka léčby, nebyl potvrzen (Devine et al., 2010). Podle Taku et al. (2008) spíše závisí na povaze procesu ruminace a copingové strategii, kterou jedinec volí. U dětí pak můžeme uvažovat o významu toho, jak situaci zvládá celá rodina, neboť děti mají často tendenci přejímat zvládací strategie dospělých ve svém okolí.

POSTTRAUMATICKÝ STRES A POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ – INTEGRATIVNÍ PŘÍSTUP

Na možnou souvislost mezi posttraumatickým rozvojem a symptomy posttraumatické stresové poruchy upozornili již Tedeschi a kol. (1998). Na základě zjištění, že zkoumané osoby, které splňovaly všechna kritéria pro PTSD podle DSM-IV, významně častěji vykazovaly také přítomnost posttraumatického rozvoje než lidé, u nichž nebyly shledány symptomy posttraumatického stresu, usuzují, že určitá míra distresu může být pro rozvoj PTG nutná. Posttraumatický stres i posttraumatický rozvoj rodičů studovaly Bestová a kol. (2001). Zjistily, že zvýšená úzkost u matek dětí léčených na onkologické onemocnění je významným prediktorem symptomů PTSD. Projevy vyhýbavého chování souvisely nejen s úzkostí, ale také se self-efficacy, délkou doby od ukončení léčby a posttraumatickým rozvojem. Současný výskyt negativních i pozitivních vlivů prožitého náročné životní situace sledovala u rodičů onkologicky nemocných dětí i Slezáčková (2009).

Souhrnný pohled na problematiku posttraumatického stresu a posttraumatického rozvoje u onkologických pacientů a jejich blízkých přináší v přehledové studie Stuberová (Stuber, 2006). Upozorňuje, že pro odhad hloubky a šíře skutečného dopadu onkologické diagnózy a léčby na jednotlivce a členy rodiny je nutno přihlížet k jejich individuálnímu zhodnocení míry ohrožení a náročnosti léčby. Právě to hraje klíčovou roli ve vývoji symptomů posttraumatické stresové poruchy anebo znaků posttraumatického rozvoje.

Aktuální integrativní pohled na problematiku posttraumatického rozvoje následujícího po prožité ohrožující události (*growth following adversity*) nabízejí také Joseph a Linley (2008). Poukazují na to, že termín posttraumatický rozvoj sice mohl zpočátku dobře sloužit k praktickému rozlišení výzkumného zájmu badatelů zajímajících se

o posttraumatický stres a těch, kteří studovali rozvoj. V současné době je však potřeba spíše integrativního pohledu na adaptaci po traumatické události, jenž by přinesl syntézu dosavadních poznatků o posttraumatickém stresu i posttraumatickém rozvoji. Cílem dalších studií by tedy mělo být vytvoření teoretického rámce integrujícího veškeré poznatky o posttraumatickém stresu a posttraumatickém rozvoji. Otázka, zda taková náročná situace, jakou onkologické onemocnění dítěte bezpochyby je, může vést i k některým pozitivním důsledkům a změnám, se v žádném případě nevylučuje se současným zvážením negativních vlivů události.

NOVÉ SMĚRY VÝZKUMU

Poměrně novou výzkumnou oblastí je také tzv. zprostředkovaný posttraumatický rozvoj (*vicarious growth*, Park, Lechner, 2006). Tento termín je zatím častěji používán v souvislosti s osobnostním rozvojem příslušníků pomáhajících profesí, kteří přicházejí do častého a intenzivního kontaktu s oběťmi traumatických událostí (Arnold et al., 2005; Bauwens, Tosone, 2010; Gibbons, Murphy, Joseph, 2011; Splevins et al., 2010). V širším slova smyslu se jím rozumí posttraumatický rozvoj osob, které nebyly přímou obětí traumatické události, ale trauma se týkalo blízkého člověka, například rodinného příslušníka, přítele (Loiselle et al., 2011; McCormack, Hagger, Joseph, 2010; Thombre, Sherman, Simonton, 2010) nebo neznámých lidí. K rozvoji PTG může dojít i u jedince v roli pozorovatele nebo diváka, například při sledování zpravodajství o teroristických útocích (Linley et al., 2003).

Poměrně novým předmětem výzkumu je také téma posttraumatického rozvoje celé rodiny (Berger, Weiss, 2009), reflektující skutečnost, že onkologické onemocnění jednotlivce ovlivňuje celý rodinný systém. Na základě současné literatury se nabízejí dva přístupy k tomuto tématu: První možností je přistupovat k PTG rodiny jako k individuálnímu rozvoji každého člena rodiny, přičemž rozvoj pramení jednak ze zkušenosti náročné péče o nemocného (Manne et al., 2004; Weiss, 2004; Youngmee et al., 2007), ale také ze samotného setkání s utrpením v rámci tzv. zprostředkovaného rozvoje (Arnold et al., 2005). Rozvojový potenciál traumatické události v rodině se tak rozšiřuje z „postiženého" i na jeho blízké (*significant others*, Manne et al., 2004).

Druhý přístup, který představily Bergerová a Weissová (2009), pracuje s myšlenkou posttraumatického rozvoje rodiny jako systému, který stejně jako jedinec v modelu Tedeschiho a Calhouna (1998) má svou prettraumatickou podobu, své hodnoty a identitu, které traumatická událost může zásadním způsobem ovlivnit. Toto téma se zatím ověřovalo hlavně v oblasti partnerského soužití, souvislost mezi PTG rodičů a dětí se ve studii Yaskowichové (2002) neprokázala jako statisticky významná. Vzhledem k četným klinickým zkušenostem s tímto jevem, na které upozorňují Bergerová a Weissová (2009), a dostupným teoretickým zázemím (ekologický model, *family resilience,* Patterson, 2002), *Family SOC* (Sagy, Antonovsky, 1992) se však nabízí i tento směr jako hodný pozornosti.

V rámci naší studie se tak otevírá prostor pro vytvoření modelu, který by mohl být empiricky ověřen (např. pomocí otázek typu „K jakým změnám ve vaší rodině došlo v souvislosti s touto nemocí?", zda a jak se změnily rodinné zvyky apod.), a přinesl by relativně nové poznatky, neboť kromě úvodní studie Bergerové a Weissové (2009) tato myšlenka zatím nebyla více rozpracována. Výzkumná pozornost by však neměla být zaměřena na ověření míry PTG a PTSD jen u dětských onkologických pacientů a jejich rodičů, ale zahrnuto by mělo být i zkoumání zdravých sourozenců onkologicky nemocných dětí, na jejichž zvláštní postavení v rodině upozorňují Kárová a kol. (2009).

ZÁVĚR

Ve studii nabízíme komplexní pohled integrující poznatky o posttraumatickém stresu i posttraumatickém rozvoji u onkologických pacientů a jejich rodinných příslušníků v longitudinální perspektivě. Ve shodě s Josephem a Linleym (2008) se domníváme, že nelze plně porozumět posttraumatickému rozvoji, aniž by nebyla dostatečná pozornost věnovaná studiu distresu, který mu předcházel, a těžko lze plně pochopit proces zotavení se z posttraumatického stresu, aniž by nebyla vzata v úvahu možnost rozvoje osobnosti.

V současné době se na základě získaných poznatků (Blatný et al., 2011; Slezáčková et al., 2009a,b) rozšiřuje brněnský longitudinální projekt QOLOP (www.qolop.eu) o dimenzi sledování posttraumatického rozvoje a posttraumatického stresu nejen u rodičů onkologicky nemocných dětí, ale také u samotných dětských pacientů a jejich sourozenců. Cílem je přiblížit se v longitudinální perspektivě lepšímu porozumění psychologických benefitů i ztrát v kontextu celé rodiny dětského onkologického pacienta.

LITERATURA

Alderfer, M. A., Cnaan, A., Annunziato, R. A., Kazak, A. E. (2005): Patterns of posttraumatic stress symptoms in parents of childhood cancer survivors. Journal of Family Psychology, 19, 3, 430-440.

Alderfer, M. A., Navsaria, N., Kazak, A. E. (2009): Family functioning and posttraumatic stress disorder in adolescent survivors of childhood cancer. Journal of Family Psychology, 23, 5, 717-725.

Arnold, D., Calhoun, L., Tedeschi, R., Cann, A. (2005): Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. Journal of Humanistic Psychology, 45, 2, 239-263.

Barakat, L. P., Kazak, A. E., Meadows, A. T., Casey, R., Meeske, K., Stuber, M. L. (1997): Families surviving childhood cancer: A comparison of posttraumatic stress symptoms with families of healthy children. Journal of Pediatric Psychology. Special issue: Chronic pediatric conditions, 22, 6, 843-859.

Barakat, L. P., Alderfer, M. A., Kazak, A. E. (2006): Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. Journal of Pediatric Psychology, 31, 4, 413-419.

Bauwens, J., Tosone, C. (2010): Professional posttraumatic growth after a shared traumatic experience: Manhattan clinicians' perspectives on post-9/11 practice. Journal of Loss and Trauma, 15, 6, 498-517.

Berger, R., Weiss, T. (2009): The posttraumatic growth model: An expansion to the family system. Traumatology, 15, 1, 63-74.

Best, M., Streisand, R., Catania, L., Kazak, A. (2001): Parental distress during pediatric leukemia and parental posttraumatic stress symptoms after treatment ends. Journal of Pediatric Psychology, 26, 299-307.

Blatný, M., Kepák, T., Vlčková, I., Jelínek, M., Tóthová, K., Pilát, M., Slezáčková, A., Sobotková, V., Bartošová, K., Hrstková, H., Štěrba, J. (2011): Quality of life of childhood cancer survivors: handicaps and benefits. Československá psychologie, 55, 2, 112-125.

Bruce, M. (2006): A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. Clinical Psychology Review, 26, 233-256.

Bruce, M., Gumley, D., Isham, L., Fearon, P., Phipps, K. (2011): Post-traumatic stress symptoms in childhood brain tumour survivors and their parents. Child: Care, Health and Development, 37, 2, 244-251.

Bush, N. J. (2009): Post-traumatic stress disorder related to the cancer experience. Oncology Nursing Forum, 36, 4, 395-400.

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (Eds.) (2006): Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. New York, Lawrence Erlbaum Associates.

Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G. (1999): Facilitating posttraumatic growth. A clinician´s guide. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Clay, R., Knibbs, J., Joseph, S. (2009): Measurement of posttraumatic growth in young people: A review. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14, 3, 411-422.

Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2006): An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. American Journal of Orthopsychiatry, 76, 1, 65-69.

Currier, J. M., Hermes, S., Phipps, S. (2009): Brief report: Children's response to serious illness: Perceptions of benefit and

burden in a pediatric cancer population. Journal of Pediatric Psychology, 34, 10, 1129-34.
DeKeyser Ganz, F., Raz, H., Gothelf, D., Yaniv, I., Buchval, I. (2010): Posttraumatic stress disorder in Israeli survivors of childhood cancer. Oncology Nursing Forum, 37, 2, 160-167.
Devine, K. A., Reed-Knight, B., Loiselle, K. A., Fenton, N., Blount, R. L. (2010): Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 1-9.
Fuemmeler, B. F., Mullins, L. L., Pelt, J. V., Carpentier, M. Y, Parkhurst, J. (2005): Posttraumatic stress symptoms and distress among parents of children with cancer. Children's Health Care, 34, 4, 289-303.
Gibbons, S., Murphy, D., Joseph, S. (2011): Countertransference and positive growth in social workers. Journal of Social Work Practice, 25, 1, 17-30.
Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., Tomich, P. L. (2006): A meta-analytic review of benefit finding and growth. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 797-816.
Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2002): Psychiatrie. Praha, Tigis.
Joseph. S., Linley, P. A. (2008): Positive psychological perspectives on posttraumatic stress: An integrative psychosocial framework. In: S. Joseph, P. A. Linley (Eds.): Trauma, recovery and growth. Positive psychological perspectives on posttraumatic stress New Jersey, Hoboken, John Wiley & Sons, 3-20.
Jurbergs, N., Long, A., Ticona, L., Phipps, S. (2009): Symptoms of posttraumatic stress in parents of children with cancer: Are they elevated relative to parents of healthy children? Journal of Pediatric Psychology, 34, 1, 4-13.
Jutras, S., Tougas, A. M., Lauriault, C. (2008): Benefits of peadiatric cancer experience: Perceptions of survivors and family. International Journal of Psychology, 43, 3, 744-745.
Kamibeppu, K., Sato, I., Honda, M., Ozono, S., Sakamoto, N., Iwai, T., Okamura, J., Asami, K., Maeda, N., Inada, H., Kakee, N., Horibe, K., Ishida, Y. (2010): Mental health among young adult survivors of childhood cancer and their siblings including posttraumatic growth. Journal of Cancer Survivorship, 4, 4, 303-312.
Kárová, Š., Blatný, M., Bendová, M. (2009): Psychosociální potřeby zdravých sourozenců onkologicky nemocných dětí aneb „zapomenuté děti". Československá psychologie, 53, 2, 149-157.
Kazak, A. E., Barakat, L. P., Alderfer, M., Rourke, M. T., Meeske, K., Gallagher, P. R., Cnaan, A., Stuber, M. L. (2001): Posttraumatic stress in survivors of childhood cancer and mothers: Development and validation of the Impact of Traumatic Stressors Interview Schedule (ITSIS). Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 8, 4, 307-323.
Kennedy, K. (2010): Personal growth in couples caring for a child with a life-threatening illness. Waterloo, Wilfrid Laurier University.
Kilmer, R. P., Gil Rivas, V., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., Buchanan, T., Taku, K. (2009): Use of the Revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. Journal of Traumatic Stress, 22, 3, 248-253.
Kissil, K., Niño, A., Jacobs, S., Davey, M., Tubbs, C. Y. (2010): "It has been a good growing experience for me": Growth experiences among African American youth coping with parental cancer. Families, Systems, & Health, 28, 3, 274-289.
Konrad, S. C. (2006): Posttraumatic growth in mothers of children with acquired disabilities. Journal of Loss and Trauma, 11, 101-113.
Kreitler, S., Weyl Ben Arush, M. (Eds.) (2004): Psychosocial aspects of pediatric oncology. Chichester, John Wiley & Sons Ltd.
Krutiš, J., Mareš, J., Ježek, S. (2011): Posttraumatický rozvoj u vojáků AČR po návratu ze zahraniční mise. Československá psychologie, 55, 3, 245-256.
Kübler-Ross, E. (1993): O smrti a umírání. Turnov, Arica.
Landolt, M. A., Vollrath, M., Ribi, K., Gnehm, H. E., Sennhauser, F. H. (2003): Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress syndroms in pediatric patiens. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44, 8, 1199-1207.
Linley, P. A., Joseph, S., Cooper, R., Harris, S., Meyer, C. (2003): Positive and negative changes following vicarious exposure to the September 11 terrorist attacks. Journal of Traumatic Stress, 16, 5, 481-485.
Linley, P. A., Joseph, S. (2005): The human capacity for growth through adversity. American Psychologist, 60, 262-264.
Loiselle, K. A., Devine, K. A., Reed-Knight, B., Blount, R. L. (2011): Posttraumatic growth associated with a relative's serious illness. Families, Systems, & Health, 29, 1, 64-72.

Love, C., Sabiston, C. M. (2011): Exploring the links between physical activity and posttraumatic growth in young adult cancer survivors. Psycho-Oncology, 20, 3, 278-286.
Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D., Prigerson, H. G. (2007): An empirical examination of the stage theory of grief. JAMA, 297, 7, 716-724.
Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L., Fox, K., Grana, G. (2004): Posttraumatic growth after breast cancer: Patient, partner, and couple perspectives. Psychosomatic Medicine, 66, 442-454.
Mareš, J., Rybářová, M., Tůmová, Š. (2007): Posttraumatický rozvoj u mediků. In: J. Mareš a kol., Kvalita života u dětí a dospívajících II. Brno, MSD, 225-234.
Mareš, J. (2008): Posttraumatický rozvoj: nové pohledy, nové teorie a modely. Československá psychologie, 52, 6, 567-583.
Mareš, J. (2009): Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. Československá psychologie, 53, 3, 271-290.
Mareš, J. (2007): Posttraumatický rozvoj u dětí a dospívajících. In: J. Mareš a kol., Kvalita života u dětí a dospívajících II. Brno, MSD, 9-34.
McCormack, L., Hagger, M. S., Joseph, S. (2010): Vicarious growth in wives of Vietnam veterans: A phenomenological investigation into decades of „lived" experience. Journal of Humanistic Psychology.
Michel, G., Taylor, N., Absolom, K., Eiser, C. (2010): Benefit finding in survivors of childhood cancer and their parents: Further empirical support for the Benefit Finding Scale for Children. Child Care, Health & Development, 36, 1, 123-129.
Moore, J. (2010): Cancer and posttraumatic growth. Doctoral thesis. Southampton, University of Southampton.
Moore, A. M., Gamblin, T. C., Geller, D. A., Youssef, M. N., Hoffman, K. E., Gemmell, L., Steel, J. L. (2011): A prospective study of posttraumatic growth as assessed by self-report and family caregiver in the context of advanced cancer. Psycho-Oncology, 20, 5, 479-487.
Morris, B., Shakespeare-Finch, J., Scott, J. (2011): Posttraumatic growth after cancer: the importance of health-related benefits and newfound compassion for others. Supportive Care in Cancer, 1-8.
Mosher, C. E., Danoff-Burg, S., Brunker, B. (2006): Posttraumatic growth and psychological adjustment of daughters of breast cancer survivors. Oncology Nursing Forum, 33,3, 543-551.
Nolen-Hoeksema, S., Davis, C. G. (2004): Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. Psychological Inquiry, 15, 1, 60-64.
Orbuch, T., L., Parry, C., Chesler, M., Fritz, J., Repetto, P. (2005): Parent-child relationships and quality of life: Resilience among childhood cancer survivors. Family Relations, 54, 2, 171-183.
Park, C. L., Lechner, S. (2006): Measurement issues in assessing growth following stressful life experiences. In: L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi (Eds.), Handbook of posttraumatic growth. Research and praktice. Mahwah, Erlbaum, 47-67.
Patterson, J. M. (2002): Integrating family resilience and family stress theory. Journal of Marriage and the Family, 64, 349-361.
Peterson, C., Seligman, M. E. P. (2004): Character strengths and virtues. A handbook and classification. New York, Oxford University Press.
Phipps, S., Long, A. M., Ogden, J. (2007): Benefit Finding Scale for Children: Preliminary finding from a childhood cancer population. Journal of Pediatric Psychology, 32, 10, 1264-1271.
Preiss, M. (2009): Trauma a posttraumatický růst. Psychiatrie pro praxi, 10, 1, 12-18.
Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký, M., Záleský, R. (2003): Stop traumatickým vzpomínkám. Praha, Portál.
Rini, C., Manne, S., DuHamel et al. (2004): Mothers´ perception of benefit following pediatric stem cell transplantation: A longitudinal investigation of the role of optimism, medical risk, and sociodemographic resources. Annals of Behavioral Medicine, 28, 132-143.
Robinson, K. E., Gerhardt, C. A., Vannatta, K., Noll R. B. (2009): Survivors of childhood cancer and comparison peers: The influence of early family factors on distress in emerging adulthood. Journal of Family Psychology, 23, 1, 23-31.
Sagy, S., Antonovsky, A. (1992): The family sense of coherence and the retirement transition. Journal of Marriage and Family, 54, 983-993.
Sears, S. R., Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. (2003): The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. Health Psychology, 22, 5, 487-497.
Seitz, D., Besier, T., Debatin K-M., Grabow, D., Dieluweit, U., Hinz, A., Kaatsch, P., Goldbeck, L. (2010): Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in

adolescence. European Journal of Cancer, 46, 1596-1606.
Schroevers, M. J., Kraaij, V., Garnefski, N. (2011): Cancer patients' experience of positive and negative changes due to the illness: relationships with psychological well-being, coping, and goal reengagement. Psycho-Oncology, 20, 2, 165-172.
Schuchardt, E. (2005): Why me? Learning to live in crises. Geneva, World Council of Churches WCC.
Sheikh, A. I., Marotta, S. A. (2005): A cross-validation study of the posttraumatic growth inventory. Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 38, 2, 66-77.
Slezáčková, A. (2009): Posttraumatický rozvoj u rodičů onkologicky nemocných dětí kontextu pozitivní psychologie. Disertační práce. Brno, FF MU.
Slezáčková, A., Blatný, M., Jelínek, M., Kepák, T., Vlčková, I., Pilát, M. (2009a): Health behaviour and posttraumatic growth in parents of childhood cancer survivors. Psychology & Health, 24, 1, 366-367.
Slezáčková, A., Blatný, M., Kepák, T., Vlčková, I., Jelínek, M., Piláť, M., Navrátilová, P., Kárová, Š., Štěrba, J. (2009b): Posttraumatický rozvoj osobnosti rodičů onkologicky nemocných dětí. In: Heller, D., Charvát, M., Sobotková, I. (Eds.), Já & my a oni. Sborník z konference Psychologické dny 2008, Brno, FSS MU, 1-7.
Smith, S. G., Cook, S. L. (2004): Are reports of posttraumatic growth positively biased? Journal of Traumatic Stress, 17, 4, 353-358.
Splevins, K. A., Cohen, K., Joseph, S., Murray, C., Bowley, J. (2010): Vicarious posttraumatic growth among interpreters. Qualitative Health Research, 20, 12, 1705-16.
Stanton, A., Bower, J., Low, C. A. (2006): Posttraumatic growth after cancer. In: L. G. Calhoun, R. G. Tedeschi (Eds.), Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. Mahwah, Erlbaum, 138-175.
Stockton, H., Hunt, N., Joseph, S. (2011): Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. Journal of Traumatic Stress, 24, 1, 85-92.
Stuber, M. L. (2006): Posttraumatic stress and posttraumatic growth in childhood cancer survivors and their parents. In: R. T. Brown (Ed.), Comprehensive handbook of childhood cancer and sickle cell disease: A biopsychosocial approach. New York, Oxford University Press, 279-296.
Sumalla, E. C., Ochoa, C., Blanco, I. (2009): Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? Clinical Psychology Review, 29, 24-33.
Taku, K., Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G. (2008): The role of rumination in the coexistence of distress and posttraumatic growth among bereaved Japanese university students. Death Studies, 32, 5, 17.
Tedeschi, R. G., Park, C. L., Calhoun, L. G. (1998): Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2004): A clinical approach to posttraumatic growth. In: P. A. Linley, S. Joseph (Eds.), Positive psychology in practice. New Jersey, John Wiley & Sons, 405-419.
Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (2006): Expert companions: Posttraumatic growth in clinical practice. In: L. G Calhoun, R. G. Tedeschi (Eds.), Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. New York, Lawrence Erlbaum Associates, 291-310.
Tennen, H., Affleck, G. (2002): Benefit-finding and benefit-reminding. In: C. R. Snyder, S. J. Lopez (Eds.), Handbook of positive psychology. New York, Oxford University Press, 584-597.
Thombre, A., Sherman, A. C., Simonton, S. (2010): Religious coping and posttraumatic growth among family caregivers of cancer patients in India. Journal of Psychosocial Oncology, 28, 2, 173-188.
Vančura, J. (2006): Psychologické zisky a ztráty rodičů dětí s mentálním postižením. Disertační práce. Brno, FSS MU.
Weiss, D. S., Marmar, C. R. (1997): The impact of Event Scale-Revised. In: J. P. Wilson, T. M. Keane (Eds.), Assessing psychological trauma and PTSD. New York, Guilford Press.
Weiss, T. (2004): Correlates of posttraumatic growth in husbands of breast cancer survivors. Psycho-Oncology, 13, 260-268.
Wittmann, L., Büchi, S. (2010): Personal transformation in chronic physical disease: Conceptual limitations of the posttraumatic growth construct. Psihologija, 43, 4, 375-388.
Wolmer, L., Laor, N., Gershon, A. et al. (2000): The mother-child dyad facing trauma: A developmental outlook. Journal of Nervous and Mental Disorders, 188, 409-415.
Wong, M. L., Cavanaugh, C. E., MacLeamy, J. B., Sojourner-Nelson, A., Koopman, C. (2009): Posttraumatic growth and adverse long-term effects of parental cancer in children. Families, Systems, & Health, 27, 1, 53-63.
Ya-Ling, L., Judge, S. (2007): Posttraumatic stress in long-term young adult survivors

of childhood cancer: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 44, 1406-1417.
Ya-Ling, L., Bih-Shya, G., Wen-Ming, H., Hsiu-Hao, C. (2009): A model linking uncertainty, post-traumatic stress, and health behaviors in childhood cancer survivors. Oncology Nursing Forum, 36, 1, E20-E30.
Youngmee, K., Schulz, R., Carver, Ch. (2007): Benefit finding in the cancer caregiving experience. Psychosomatic Medicine, 69, 283-291.
Yaskowich, K. M. (2002): Posttraumatic growth in children and adolescents with cancer. Doctoral Dissertation. Calgary, University of Calgary.
Záhorová, S., Halama, P. (2010): Psychometrická analýza a faktorová štruktúra Škály rastu spojeného so stresom. Československá psychologie, 54, 6, 576-590.
Zwahlen, D., Hagenbuch, N., Carley, M. I., Jenewein, J., Buchi, S. (2010): Posttraumatic growth in cancer patients and partners – effects of role, gender and the dyad on couples' posttraumatic growth experience. Psycho Oncology, 19, 1, 12-20.

SOUHRN

Posttraumatický stres a posttraumatický rozvoj osobnosti jsou v souvislosti s rakovinovým onemocněním dva často zmiňované fenomény. Cílem této studie je podat přehledný souhrn vybrané aktuální literatury k tématu a naznačit nově se otevírající pohled na možnost propojení obou jevů. Představujeme nejen integrativní přístup ke studované problematice, ale nastiňujeme i nová témata a směry dalšího výzkumu. Závěrem stručně informujeme o probíhajícím brněnském výzkumném projektu QOLOP, který se studiem obou jevů zabývá na populaci dětských onkologických pacientů a jejich rodin