



## Potraumatyczny rozwój u dzieci i młodzieży – perspektywy badawcze

### *Posttraumatic growth in children and adolescents – research perspectives*

PAULINA KWARTA<sup>1</sup>, JOANNA GRZELIŃSKA<sup>2</sup>, TADEUSZ PIETRAS<sup>3</sup>

1. Fundacja Pomocy Dzieciom „Jaś i Małgosia”, Łódź
2. Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
3. Klinika Pneumonologii i Alergologii Instytutu Medycyny Wewnętrznej Uniwersytetu Medycznego, Łódź

#### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem artykułu jest przedstawienie obecnego stanu badań nad zjawiskiem potraumatycznego rozwoju u dzieci i młodzieży.

**Poglądy.** Jednym z obszarów badań i praktyki klinicznej prac dotyczących potraumatycznego rozwoju jest obok oceny stresu pourazowego również zwrócenie uwagi na pozytywne konsekwencje traumy. W artykule przedstawione zostały najnowsze kierunki badań w zakresie potraumatycznego rozwoju u dzieci i młodzieży.

**Wnioski.** Przegląd piśmiennictwa wskazuje na podejmowanie nowych perspektyw badań w obszarze potraumatycznego rozwoju u dzieci i młodzieży.

#### SUMMARY

**Objectives.** To present the state-of-the-art in research on the phenomenon of posttraumatic growth in children and adolescents.

**Review.** One of the areas both in research and clinical practice in the field of posttraumatic growth, besides the assessment of post-traumatic stress disorder (PTSD), are positive effects of trauma. The paper presents the most recent directions in research on posttraumatic growth in children and adolescents.

**Conclusions.** An overview of the literature suggests new research perspectives in the field of post-traumatic growth in children and adolescents.

---

**Słowa kluczowe:** potraumatyczny rozwój / PTG / dzieci i młodzież / wydarzenie traumatyczne

**Key words:** posttraumatic growth / PTG / children and adolescents / traumatic event

---

Celem artykułu jest przedstawienie stanu wiedzy na temat występowania zjawiska potraumatycznego rozwoju u dzieci i młodzieży, mogącego pojawić się w odpowiedzi na stres lub uraz psychiczny. W przeważającej części dotychczasowy nurt badań koncentrował się na zjawisku rozwoju po traumatycznym doświadczeniu u dorosłych, ale ostatnie studia zwracają uwagę na ważne znaczenie tego zjawiska u dzieci i młodzieży. Przedstawione poniżej badania są próbą usystematyzowania wiedzy na temat korzystnego wpływu potraumatycznego rozwoju na funkcjonowanie dzieci i młodzieży. Temat jest we współczesnej psychologii klinicznej i psychiatrii kontrowersyjny, bowiem dotychczasowe paradygmaty zakładały obligatoryjnie związek silnego urazu psychicznego z zaburzeniami rozwoju emocjonalnego i intelektualnego. Klasyfikacja ICD-10 zawiera liczne nomotetyczne klasy kategorialne rozpoznaw, których kryteria zakładają negatywny wpływ urazu psychicznego na rozwój psychiki dziecka i dorosłego. Tymczasem w pewnych sytuacjach przeżycie traumatyczne może okazać się nieznaczące dla podmiotu lub nawet korzystne dla jego rozwoju.

#### URAZ PSYCHICZNY I JEGO KONSEKWENCJE

Traumatyczne zdarzenie – uraz psychiczny wyjaśniane jest jako takie doświadczenie, które znajduje się poza zakresem normalnych przeżyć ludzkich i wywołuje znaczące symptomy dystresu u prawie każdego człowieka [1]. Tedeschi i Calhoun wskazują, że przeżycie zdarzenia traumatycznego wywołuje szereg skutków, wśród których wymienia się trzy konsekwencje przeżytej traumy. Są to:

- przetrwanie (*survival*) – stan, którego cechą charakterystyczną jest obniżenie poziomu funkcjonowania w porównaniu do funkcjonowania przed traumą,
- powrót do stanu równowagi (*recovery*),
- wzrost i rozwój (*thriving, growth*) – charakteryzujący się wyższym poziomem funkcjonowania niż przed przeżyciem traumatycznym [2].

Według Green, Wilson i Lindy [3] przebieg traumy i późniejsza adaptacja uzależnione są od indywidualnych cech jednostki oraz również od środowiska, w którym ma miejsce proces adaptacji potraumatycznej.

Z punktu widzenia psychologii rozwoju człowieka sytuacji traumatycznej towarzyszy podwyższone ryzyko patologii w rozwoju jednostki, na skutek braku równowagi między wymaganiami w sferze biologicznej, psychologicznej i społecznej, a możliwościami jednostki doznającej stresu [4].

Doświadczenie traumy obok zaburzeń psychicznych, może spowodować długotrwałe fizjologiczne, biochemiczne, a nawet anatomiczne zmian w układzie nerwowym. Jedną z pierwszych zdiagnozowanych była nerwica pourazowa, zwana fizjonerwicą, opisana przez Abrama Kardinera [5], który zajmował się badaniem weteranów I wojny światowej. Stwierdził on, że gwałtowne reagowanie strachem, nadmierna czujność, koszmary sennie a także niektóre dolegliwości psychosomatyczne, wynikają z chronicznego pobudzenia autonomicznego układu nerwowego. Inni badacze wśród zaburzeń będących konsekwencją stresu wymieniają m.in. zakłócenie funkcjonowania osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, dysregulację neuromodulacji opioidowej, wdrukowanie i konsolidację traumatycznych wspomnień. Wśród biologicznych zaburzeń wymienia się zmiany funkcjonowania psychofizjologicznego (np. nasilone reakcje odruchowe na bodziec kojarzony z traumą oraz nadwrażliwość na inne, neutralne bodźce), zmiany pamięci (amnezje, hiperamnezje), zmiany wydzielania neuroprzekazników (podwyższony poziom wydzielania katecholamin, spadek wydzielania serotoniny oraz wzrost wydzielania opiatów podczas kontaktu z bodźcem przypominającym traumę), zmiany pamięci (amnezje, hiperamnezje) oraz zmiany neuroanatomiczne [5].

W dziedzinie psychologii i psychiatrii w ciągu ostatnich 30 lat wyodrębniony został obszar teorii i badań w zakresie wpływu szczególnie nasilonego stresu na ludzką psychikę. Badacze są zgodni co do tego, iż stres traumatyczny wywołuje może głębokie i trwałe zmiany w funkcjonowaniu fizjologicznym i psychologicznym jednostki go doświadczającej. Istotnym momentem w sferze naukowej badań nad konsekwencjami skrajnie urazowych przeżyć było ukazanie się w 1980 roku systemu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych opracowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Do systemu tego wprowadzono wówczas nową jednostkę chorobową określoną jako zespół stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) [5].

Wyróżniono stresory, których doświadczenie może prowadzić do PTSD, wśród nich znajdują się: agresywny napad, gwałt, walka frontowa, klęski żywiołowe, katastrofy komunikacyjne i przemysłowe oraz tzw. *man-made disasters* czyli bombardowanie, obozy koncentracyjne, tortury, terroryzm [5].

Zespołowi stresu pourazowego przypisane są symptomy polegające na:

- ponownym odtwarzaniu traumy, polegającym na powracających snach na temat traumy, powtarzających się natrączywych wspomnieniach (intruzja);
- objawach psychofizycznego pobudzenia, takich jak: wzmożona czujność, trudności z zasypianiem, snem, koncentracją uwagi (pobudzenie);
- uporczywym unikaniu i zmniejszeniu ogólnej reaktywności, objawiającym się unikaniem myśli i uczuć związanych z traumą, niemożnością przypomnienia sobie ważnego aspektu traumy (unikanie) [6].

Doświadczenie zdarzenia traumatycznego wywołuje negatywne konsekwencje zarówno u dorosłych, jak i u dzieci i młodzieży. Skutki przeżycia głębokiego stresu mogą być destrukcyjne dla funkcjonowania fizycznego i psychicznego młodego organizmu oraz mogą być czynnikiem zaburzającym jego prawidłowy rozwój. Stresorami, które mogą w najwyższym stopniu wpływać na dalszy rozwój są śmierć bliskiej osoby oraz doświadczanie nadużyć seksualnych [7]. Im młodszy wiek dziecka, tym bardziej niekorzystne konsekwencje ma dla jego zdrowia psychicznego doświadczenie przeżycia traumatycznego zdarzenia [8]. Badania wskazują, że młodzież, która doświadczyła traumy jest w większym stopniu narażona na wystąpienie epizodów depresji, emocjonalnych zaburzeń po stresie traumatycznym, nadużywanie i uzależnienie od substancji [9].

## PTSD U DZIECI I MŁODZIEŻY

Co czwarte w grupie dzieci i młodzieży doświadcza przeżycia traumatycznego, w wyniku którego u części z nich doprowadza to do wystąpienia zespołu stresu pourazowego [10]. Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych wśród dzieci i młodzieży wynosi od 59% do 70%. Natomiast u 15-25% ujawnia się zespół stresu pourazowego [11]. Sytuacje traumatyczne, z jakimi mają do czynienia dzieci i młodzież, to:

- nadużycie seksualne,
- przemoc domowa lub w środowisku szkolnym bądź innym,
- udział w katastrofie lub wypadku,
- działania wojenne, akty terroru, uchodźstwo,
- skutki procedur medycznych,
- tragiczna śmierć kogoś bliskiego,
- inne niespodziewane wydarzenia wywołujące wstrząs i przerażenie [10].

Dzieci i młodzież doświadczające traumy narażone są na wystąpienie zaburzeń podobnych w charakterze, jak dorośli. Może u nich również wystąpić zespół stresu pourazowego o różnym stopniu nasilenia. Po upływie około miesiąca czasu od doświadczenia traumatycznego można zaobserwować wystąpienie u dziecka lub nastolatka zespołu stresu pourazowego.

Wystąpienie w dzieciństwie zespołu stresu pourazowego wpływa m.in. na obniżenie wyników w nauce, zaburza zdolności poznawcze, sprzyja występowaniu depresji, nadużywaniu substancji psychoaktywnych, podejmowaniu prób samobójczych. U dorosłych, którzy w dzieciństwie (do 17 roku życia) doświadczyli traumy i wystąpił wtedy u nich zespół stresu pourazowego mogą pojawić się zaburzenia lękowe a także trudności w budowaniu związków [10].

## ZJAWISKO POTRAUMATYCZNEGO ROZWOJU

Potraumatyczny rozwój to zjawisko związane z przeżyciem zdarzenia traumatycznego oznaczającego poprawę funkcjonowania w stosunku do okresu sprzed traumy. Pojęcie to wprowadzone zostało przez Tedeschi'ego i Calhouna [12], którzy rozwojem potraumatycznym (*posttraumatic growth*) nazwali opisywany przez siebie zespół pozytywnych zmian, które pojawiały się u osób po doświadczeniach traumatycznych, w wyniku podejmowanych prób porażenia sobie z nową sytuacją. Rozwój potraumatyczny, określany jest również przy pomocy innych pojęć, takich jak: odkrycie znaczenia, rozkwit, wzrost związany ze stresem, pozytywne złudzenie, czerpanie siły z przeciwności, transformacyjne radzenie sobie, itp. Użycie pojęcia rozwoju potraumatycznego oznacza odzyskaną równowagę, przejście transformacji i osiągnięcie poziomu funkcjonowania wyższego niż przed zajściem wydarzenia traumatycznego. Określa się, iż o potraumatycznym rozwoju można mówić wówczas, kiedy wystąpią cztery elementy [2]:

- rozwój objawia się w sytuacji poważnego kryzysu, a nie w przeżywaniu łagodniejszego stresu;
- stanowi jednostki towarzyszy ważna zmiana życiowa, transformacja nie będąca skutkiem błędów w postrzeganiu czy interpretowaniu zdarzeń;
- rozwój doświadczany jest w kategorii wyniku określonego postępowania, a nie sposobu;
- występuje radykalna zmiana podstawowych założeń co do własnego życia.

Potraumatyczny rozwój jest więc procesem poznawczym, w którym ci, którzy doświadczyli traumy stosowali pozytywne interpretacje i znaleźli sens w traumatycznych wydarzeniach. Rezultatem tego procesu jest przywrócenie przedtraumatycznego schematu i pozytywnych zmian w percepcji siebie, relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej. Rozwój potraumatyczny jak określają Tedeschi i Calhoun [13] ma charakter fluktuacyjny. Oznacza to, iż charakteryzuje go niezwykłość i brak możliwości zapobieżenia i kontrolowania a jednocześnie skala zagrożenia jest na tyle istotna, iż może wywołać szereg nieodwracalnych, rewolucyjnych zmian. Trauma dzieli życie jed-

nostki na to przed i po doświadczeniu traumatycznym. Osoby przeżywające traumę przenoszą ją na wartość pozytywną, mają poczucie zwycięstwa, przetrwania, zyskują świadomość zwiększonych umiejętności radzenia sobie w życiu i w sytuacji stresowej, stawiają sobie nowe wyzwania i cele. Paradoks towarzyszący opisowi rozwoju potraumatycznego można w tym aspekcie wyrazić stwierdzeniem, iż strata tworzy coś wartościowego. Jednostki doświadczające traumy z jednej strony podkreślają zwiększone poczucie bezradności wywołane konfrontacją ze zdarzeniami, których nie można kontrolować, ani im zapobiec a które wywołują cierpienie, z drugiej zaś stawienie czoła takim doświadczeniom daje zwiększone poczucie własnych zdolności do przetrwania i zwycięstwa [13].

## ROZWÓJ POTRAUMATYCZNY U DZIECI I MŁODZIEŻY

U dzieci i młodzieży potraumatyczny rozwój definiuje się podobnie jak u dorosłych. W związku z tym, Cohen i Hettler [14] wyrażają pogląd, iż dzieci są mniej odporne niż osoby dorosłe, zatem wystąpienie u nich pozytywnych zmian wskutek potraumatycznego rozwoju jest mniej prawdopodobne. Zwłaszcza, że słabsze są też ich możliwości poznawcze. U dzieci brak jest takich czynników sprzyjających rozwojowi po traumie, jak doświadczenie życiowe, czy zintegrowana osobowość.

Dostępne jednak badania dotyczące potraumatycznego rozwoju wśród dzieci i młodzieży w większości potwierdzają tezę, że rozwój po traumatycznych wydarzeniach może mieć miejsce wśród dzieci i młodzieży, które były ofiarami terroryzmu [15], klęsk żywiołowych [16], wypadków komunikacyjnych [17], chorób nowotworowych [18].

Odkrycie pozytywnych zmian koresponduje ze stanowiskiem salutogenetycznym Antonovskiego, mówiącym o tym, że stresujące wydarzenia mogą dawać jednocześnie negatywne i pozytywne rezultaty [19].

Badania nastolatków, którzy utracili rodziców, przeprowadzone przez Sharlene Wolchik i wsp. [20] wykazały, że predyktorem rozwoju potraumatycznego były: ocena zagrożenia, aktywne radzenie sobie, radzenie sobie oparte na unikaniu oraz poszukiwanie wsparcia u osób dorosłych.

Aldridge i Roesch [20] zaobserwowali, że osoby – dzieci i młodzież – aktywnie radzące sobie doświadczyły znacznie większego rozwoju po wydarzeniu traumatycznym. Ogólnie aktywne radzenie sobie i przewartościowanie są powiązane z rozwojem potraumatycznym u dzieci i młodzieży, z pewnymi jednak wyjątkami – aktywne radzenie sobie może okazać się mniej efektywne w radzeniu sobie z niekontrolowanymi stresorami.

W badaniach naukowców z Uniwersytetu w Tel Avivie [19] poświęcono uwagę zależności pomiędzy wystąpieniem zespołu stresu pourazowego a rozwojem potraumatycznym. Wyjaśniono, iż rozwój po traumie występuje wówczas, kiedy doszło do przeżycia traumatycznego, które skutkowało zespołem stresu pourazowego, który zmusił osoby doświadczające go do radzenia sobie z jego skutkami. Badacze dodają, że potraumatyczny rozwój jest doświadczeniem bolesnym, w związku z tym, iż wywołuje konieczność odbudowania schematów dotyczących życia, świata i samego siebie. Z tego punktu widzenia wystąpienie zespołu stresu pourazowego uznać należy za klucz do wystąpienia rozwoju [19]. Jak zauważają Meyerson i wsp. [21], wcześniejsza ekspozycja na stresujące wydarzenie może dla młodych ludzi może pomóc w wyćwiczeniu strategii radzenia sobie. Salter i Stallard wykazali dodatnią korelację między PTSD a PTG [17]. U 42% młodych ludzi, którzy przeżywali potraumatyczny rozwój, jednocześnie 37% z nich raportowało objawy zespołu pourazowego. Większość badań badała liniową zależność między tymi zmiennymi, jednak w jednym badaniu [21] wykazano, że największy poziom potraumatycznego rozwoju wśród młodych ludzi wiąże się z umiarkowanym poziomem PTSD. Podobne zależności ujawniły wyniki badań Ogińskiej-Bulik [22]. Krzywoliniowy związek (odwrócone U) sugeruje, że PTSD może utrudniać lub wspomagać wystąpienie potraumatycznego rozwoju, w zależności od wielkości doświadczonego cierpienia. Pewien poziom cierpienia wydaje się niezbędny do wystąpienia procesu potraumatycznego rozwoju, jednak jego zbyt wysoki poziom może utrudniać lub wręcz uniemożliwiać możliwości rozwoju.

Badania dotyczące roli rodziców i opiekunów w rozwijaniu procesu potraumatycznego u dzieci i młodzieży są niejednoznaczne. Luthar i wsp. są zdania, że choć z jednej strony wsparcie ze strony rodzica mogą służyć jako funkcja ochronna w obliczu traumatycznego wydarzenia, to z drugiej może być to czynnik, który zmniejsza szansę na wystąpienie pozytywnych zmian po traumie [23]. Hafstad, Kilmer i wsp. wnioskują, że na adaptację po urazie mogą mieć wpływ zachowania rodzicielskie a także inne źródła wsparcia w rodzinie dziecka [24]. Oprócz tego Chun i Lee [24] wskazują, że zjawisko potraumatycznego rozwoju może przejawiać się większym znaczeniem więzi rodzinnych. Salmon i Bryant [24] natomiast stwierdzili, że rodzice mogą wspomagać proces rozwoju po traumie poprzez wskazanie dziecku sposobów poradzenia sobie z takim wydarzeniem.

Zależność między wsparciem społecznym a potraumatycznym rozwojem u dzieci i młodzieży jest zróżnicowana w oparciu o źródła społecznego wsparcia. Wolchik i wsp. [20] w wyniku przeprowadzonych długofalowych sześciolatkich badań stwierdzili,

że znaczenie dla rozwoju po traumie u dzieci i młodzieży ma wsparcie otrzymywane od rodziców/opiekunów i innych dorosłych. Również u młodych dorosłych, którzy mają za sobą doświadczenie przeżycia w dzieciństwie poważnej, zagrażającej życiu choroby pojawia się aspekt wsparcia bliskich jako ten, który wzmacnia rozwój po traumie, promuje lepsze dostosowanie się i tworzenie adaptacyjnego modelu radzenia sobie. Ponadto w badaniach potwierdza się teoria, iż za wsparciem społecznym idzie wyraźna tendencja do dzielenia się własnymi odczuciami, która dalej powoduje i sprzyja indywidualnemu porozumiewaniu się na drodze do samoodkrywania i ewoluowaniu procesu poznawczego [23].

O tyle, o ile rozwój potraumatyczny jest dość kontrolersyjnym konstruktem wśród dzieci i młodzieży, to badania dostępne w literaturze wykazały, że w obliczu negatywnych zdarzeń życiowych w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości jednostki są zdolne doświadczać pozytywnych jego skutków [14].

## PODSUMOWANIE

Badania nad potraumatycznym rozwojem wskazują, że dzieci i młodzież są zdolne do doświadczania pozytywnych zmian w obliczu negatywnych wydarzeń w życiu. Skłania do poszukiwania nowych perspektyw badań, których wyniki pozwolą na formułowanie uogólnionych wniosków i tez. Te z kolei pozwolą na opracowanie skutecznych metod i form terapeutycznych mogących wspierać zdrowienie psychiczne i powrót na linię harmonijnego rozwoju u młodego człowieka doświadczonego traumą. Powstaje uzasadnione pytanie w jaki sposób oddziaływać na rodzinę nuklearną i środowisko społeczne, aby umożliwić dzieciom i młodzieży wzrost po traumatycznych wydarzeniach?

## PIŚMIENNICTWO

1. Lis-Turlejska M. Zdarzenia traumatyczne – sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie. W: Strelau J, Zawadzki B, Kaczmarek M. red. *Konsekwencje psychiczne traumy*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe SCHOLAR; 2009. s.15-33.
2. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*. 2010; 7(4): 129 -142.
3. Lis-Turlejska M. Adaptacja ocalałych po skrajnie traumatycznych przeżyciach: Modele teoretyczne przezwycięzania skutków traumy. W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A, red. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: Wydawnictwo ALL; 1997. s.45-60.
4. Sęk H. Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A. red. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: Wydawnictwo ALL; 1997. s.143-158.
5. Lis-Turlejska M. Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu. *Now Psychol*. 2000; 2: 1-13.

6. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*. 2009; 6(1): 15-25.
7. Bee H. *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zys i S-ka; 2004.
8. Dąbkowska M. Wpływ traumatycznych doświadczeń na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. *Psychiatr Prakt Ogólnolek*. 2006; 4(6): 161-164.
9. Ickovics JR, Meade ChS, Kershaw TS, Milan S, Lewis JB, Ethier KA. Urban Teens: Trauma, Posttraumatic Growth, and Emotional Distress Among Female Adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2006; 74(5): 841-850.
10. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, Hamilton J, Keable H, Kinlan J, Schoettle U, Siegel M, Stock S, Medicus J. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*. 2010; 49: 414-430.
11. Dąbkowska M. Zespół stresu pourazowego u dzieci. *Psychiatr Prak Ogólnolek*. 2002; 2(4): 251-254.
12. Ogińska-Bulik N. Doświadczenie sytuacji traumatycznych a zjawisko potraumatycznego rozwoju u młodzieży. *Psychol Rozw*. 2010; 15(3): 33-42.
13. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual issues. W: Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. red. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1998. s.1-22.
14. Schexnaildre MA. *Predicting posttraumatic growth: coping, social support, and posttraumatic stress in children and adolescents after Hurricane Katrina*. Louisiana State University, 2011.
15. Laufer A, Solomon Z. Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *J Soc Clin Psychol*. 2006; 25: 429-447.
16. Cryder CH, Kilmer RP, Tedeschi RG, Calhoun LG. An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *Am J Orthopsychiatry*. 2006; 76: 65-69.
17. Salter E, Stallard P. Posttraumatic growth in child survivors of a road traffic accident. *J Trauma Stress*. 2004; 17: 335-340.
18. Barakat LP, Alderfer MA, Kazak AE. Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *J Psychiatr Psychol*. 2006; 31: 413-419.
19. Laufer A, Raz-Hamama Y, Levine SZ, Solomon Z. Posttraumatic Growth in Adolescence: The Role of Religiosity, Distress, and Forgiveness. *J Soc Clin Psychol*. 2009; 28(7): 862-880.
20. Wolchik SA, Coxe S, Tein J, Sandler IN, Ayers TS. Six-year longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved adolescents and young adults. *Omega – J Death and Dying*. 2008/2009; 58(2): 107-128.
21. Meyerson DA, Grant KE, Carter JS, Kilmer RP. Posttraumatic growth among children and adolescents: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31: 949-964.
22. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Osobowość stres a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Diffin; 2010.
23. Devine KA, Reed-Knight B, Loiselle AK, Fenton N, Blount RL. Posttraumatic Growth in Young Adults Who Experienced Serious Childhood Illness: A Mixed-Methods Approach. *J Clin Psychol Med Settings*. 2010; 17: 340-348.
24. Hafstad GS, Kilmer RP, Gil-Rivas V, Raeder S. Parental Adjustment, Family Functioning, and Posttraumatic Growth Among Norwegian Children and Adolescents Following a Natural Disaster. *Am J Orthopsychiatry*. 2010; 80(2): 248-257.

*Nadeslano/Submitted: 11.07.2012. Zrecenzowano/Reviewed: 27.08.2012. Przyjęto/Accepted: 25.10.2012.*

*Adres/Address: Dr hab. n. med. Tadeusz Pietras, Klinika Pneumonologii i Alergologii IMW UM, ul. Kopcińskiego 22, 91-123 Łódź, tel. 42 678 75 05, e-mail: tadeusz.pietras@umed.lodz.pl.*