

Znaczenie zakłóceń w podstawowych przekonaniach i strategii radzenia sobie w występowaniu negatywnych i pozytywnych skutków traumy u chorych onkologicznie

The significance of disruptions in basic beliefs and coping strategies in the occurrence of negative and positive effects of trauma in cancer patients

Nina Ogińska-Bulik

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Psychoonkologia 2018, 22 (4): 113–122

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2018.92896>

Adres do korespondencji:

prof. Nina Ogińska-Bulik
Instytut Psychologii
Zakład Psychologii Zdrowia
Uniwersytet Łódzki
ul. Smugowa 10/12
91-433 Łódź
e-mail: noginska@uni.lodz.pl

Streszczenie

Wstęp: W występowaniu negatywnych i pozytywnych konsekwencji doświadczonych zdarzeń traumatycznych istotne znaczenie przypisuje się podstawowym (kluczowym) przekonaniom dotyczącym świata i własnej osoby, a także podejmowanej aktywności zaradczej.

Cel pracy: Ustalenie, jaką rolę w występowaniu objawów stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) i potraumatycznego wzrostu u osób chorych onkologicznie odgrywają zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz stosowane strategie radzenia sobie z chorobą.

Materiał i metody: Analizie poddano wyniki uzyskane od 60 osób zmagających się z chorobą nowotworową (rak piersi, prostaty, płuc) w wieku 30–79 lat ($M = 62,5$, $SD = 10,84$). Połowę badanych stanowili mężczyźni i połowę kobiety. W badaniach wykorzystano *Listę zaburzeń po stresie traumatycznym*, *Inwentarz potraumatycznego rozwoju*, *Inwentarz podstawowych przekonań* oraz *Skalę przystosowania psychicznego do choroby*.

Wyniki i wnioski: Destruktywne strategie radzenia sobie z chorobą wiązały się dodatkowo z objawami PTSD, natomiast zakłócenia w podstawowych przekonaniach z potraumatycznym wzrostem. Predyktoryne znaczenie dla wystąpienia PTSD miała strategia zaabsorbowanie lękowe. Predyktorem wzrostu po traumie były zakłócenia w przekonaniach. W występowaniu objawów PTSD kluczową rolę odgrywają destruktywne strategie radzenia sobie. Z kolei dla wystąpienia wzrostu po traumie istotne są zakłócenia w kluczowych przekonaniach. Modyfikowanie podstawowych przekonań oraz stosowanie konstruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą może mieć istotne znaczenie w procesie adaptacji do traumy u chorych onkologicznie.

Abstract

Introduction: In the occurrence of negative and positive consequences of experienced traumatic events, an important role is attributed to the basic (key) beliefs regarding the world and one's own person, as well as the undertaken remedial activity.

The aim of the study: The research was aimed at determining what role in posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic growth in cancer patients play disruptions in basic beliefs and coping strategies with the disease.

Material and methods: The results obtained from 60 people struggling with cancer (breast, prostate, lung), aged 30–79 years ($M = 62.5$, $SD = 10.84$) were

analyzed. Half of the respondents were men and half women. The studies used the Posttraumatic Stress Disorders Checklist – PCL-5, the Posttraumatic Growth Inventory – PTGI, the Core Beliefs Inventory – CBI and the Mini Mental Adjustment to Cancer – Mini-Mac.

Results and conclusions: Destructive strategies of coping with cancer were associated with PTSD symptoms, while disruptions in basic beliefs with posttraumatic growth. Anxious preoccupation played a predictive role for PTSD. The predictor of growth after trauma were disruptions in basic beliefs. Destructive coping strategies play a key role in the occurrence of PTSD symptoms. In turn, disruptions in key beliefs are important for the occurrence of growth after trauma. Modification of basic beliefs and the use of constructive strategies for coping with the disease may have a significant meaning in the process of adaptation to trauma in cancer patients.

Słowa kluczowe: trauma, PTSD, potraumatyczny wzrost, zakłócenia w przekonaniach, strategie radzenia sobie, choroba nowotworowa.

Key words: trauma, PTSD, posttraumatic growth, disruption in beliefs, coping strategies, cancer.

Wstęp

Negatywne i pozytywne następstwa traumy wynikającej z doświadczenia choroby nowotworowej

Doświadczenie choroby nowotworowej jest uznawane za zdarzenie o charakterze traumatycznym. Doznana trauma może wiązać się z samą diagnozą choroby, ale także wynikającym z niej zagrożeniem życia, czasem trwania choroby, powtarzającymi się zabiegami czy procedurami medycznymi, a także niekorzystnymi rokowaniami [1].

Dostępne badania [2–4] wskazują, że doświadczenie choroby nowotworowej pociąga za sobą występowanie objawów składających się na zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD). Zgodnie z klasyfikacją DSM-5 zespół ten obejmuje intruzje (nawracające, uporczywe myśli, obrazy, sny czy wspomnienia związane z doświadczonym zdarzeniem), unikanie (podejmowanie wysiłków w celu unikania myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą), negatywne zmiany w procesach poznawczych i emocjonalnych oraz pobudzenie (wzmoczona czujność, lęk, zniecierpliwienie, trudności w koncentracji uwagi) [5].

Częstość występowania PTSD wśród chorych onkologicznie jest zróżnicowana w zależności od zastosowanej metody pomiaru, rodzaju nowotworu czy czasu, jaki upłynął od diagnozy choroby. Kangas i wsp. [6] wskazują, że PTSD diagnozuje się u 10–30% pacjentów onkologicznych. U znacznie większego odsetka chorych występują poszczególne objawy wchodzące w skład PTSD. W polskich badaniach przeprowadzonych wśród osób, które chorowały na nowotwory złośliwe w obrębie twarzoczaszki, u 76% respondentów odnotowano

umiarkowany lub wysoki poziom objawów wchodzących w zakres PTSD [4].

Proces zmagania się z chorobą nowotworową, oprócz negatywnych konsekwencji, może również wiązać się z występowaniem pozytywnych zmian składających się na potraumatyczny wzrost (*posttraumatic growth* – PTG). Wzrost po traumie obejmuje przede wszystkim zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej [7–10]. Dostępne badania, zarówno zagraniczne [11, 12], jak i polskie [4, 13–15] potwierdziły, że doświadczenie choroby nowotworowej może być źródłem wzrostu po traumie. Dlaczego jest to możliwe?

Jak podkreślają Domanowska i wsp. [16], trauma związana z chorobą onkologiczną tworzy warunki „wstrząsowe”, radykalnie burzące dotychczasowy porządek przekonań chorego. Wymusza to zrewidowanie akceptowanej dotąd wizji świata oraz przyjęcie nowych celów i kryteriów wartościowania. Proces wzrostu po traumie może pozwolić osobom, które doświadczają choroby nowotworowej, przepracować na poziomie poznawczym doświadczenie raka i dostrzec potencjalne korzyści z przeżytej traumy.

Dlatego też wśród czynników warunkujących występowanie konsekwencji traumy – negatywnych, ale zwłaszcza pozytywnych – szczególne znaczenie przypisuje się poznawczemu przetwarzaniu traumy, w tym gotowości do zmiany naruszonych w wyniku traumy podstawowych przekonań (schematów poznawczych). Istotną rolę odgrywa także aktywność zaradcza jednostki, ujawniana w postaci przyjmowanych strategii radzenia sobie z doznaną sytuacją. W odniesieniu do traumy związanej z doświadczeniem choroby nowotworowej pewne znaczenie przypisuje się również zmiennym socjodemograficznym, takim jak płeć

czy wiek, oraz zmiennym związanym z samą chorobą, takim jak rodzaj nowotworu czy czas, jaki upłynął od diagnozy choroby, choć wyniki w tym zakresie nie są jednoznaczne [6].

Aktywność poznawcza jednostki a negatywne i pozytywne skutki traumy

Wystąpienie zdarzenia traumatycznego, niezależnie od jego rodzaju, może doprowadzić do zmiany lub zniszczenia ukształtowanych pozytywnych schematów dotyczących świata i własnej osoby [17]. Człowiek, który został narażony na traumę, usiłuje zrozumieć i wyjaśnić doświadczone zdarzenie, co z kolei pociąga za sobą weryfikację posiadanych przekonań. Podejmuje aktywność w celu poznawczej adaptacji do zaistniałej sytuacji. Pozytywna adaptacja, która wiąże się z wystąpieniem wzrostu po traumie, jest efektem posiadania elastycznych, a więc podatnych na zmiany przekonań. Z kolei adaptacji negatywnej, związanej z wystąpieniem i utrzymywaniem się objawów PTSD, sprzyjają przekonania o sztywnym charakterze, a więc mało podatne na zmiany.

Na znaczenie przekonań w adaptacji potraumatycznej wskazują także inni badacze [18, 19], którzy podkreślają, że podtrzymywaniu objawów PTSD sprzyja sztywność przekonań, czyli słaba podatność na zmiany (lub jej brak), i to niezależnie od tego, czy posiadane przekonania mają charakter negatywny czy pozytywny. Ehlers i Clark [19] wskazują, że negatywna ocena poznawcza doświadczonej sytuacji traumatycznej podtrzymuje u jednostki poczucie zagrożenia, które z kolei wiąże się z intruzjami i silnym pobudzeniem psychofizjologicznym, a także z występowaniem negatywnych emocji. Tak więc zarówno negatywne, jak i pozytywne konsekwencje ponoszone przez osobę, która była narażona na zdarzenie traumatyczne, są przede wszystkim efektem procesu poznawczego przetwarzania traumy.

Proces ten odnosi się przede wszystkim do integrowania informacji o doświadczonego zdarzeniu z posiadanymi i ukształtowanymi wcześniej schematami poznawczymi [20]. Wymaga to pewnej gotowości do rewizji tych przekonań, co ujmowane jest jako zakłócenia w podstawowych (kluczowych) przekonaniach (*disruption in core beliefs*). Te zakłócenia stanowią wyzwanie dla jednostki i wydaje się, że są mechanizmem leżącym u podłoża procesu pozytywnej adaptacji potraumatycznej, na co wskazuje model potraumatycznego wzrostu [21, 22]. Autorzy modelu podkreślają, że zakłócenia poznawcze są punktem wyjścia procesu poznawczego przetwarzania traumy, którego celem jest nadanie doświadczonemu zdarzeniu sensu

i znaczenia, a w konsekwencji – dopasowanie się do nowej rzeczywistości, zmienionej w wyniku doznanej traumy.

Należy zwrócić uwagę, że występowanie zakłóceń w podstawowych przekonaniach, zwłaszcza w krótkim okresie od doświadczonego zdarzenia, może się wiązać z nasileniem stresu i objawów PTSD, jednak w późniejszym okresie zdaje się sprzyjać pozytywnym zmianom potraumatycznym. Występowanie zakłóceń w podstawowych przekonaniach jest pewnego rodzaju dowodem, że u jednostki, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego, został zainicjowany proces poznawczego przetwarzania traumy.

Prowadzone badania, choć wciąż nieliczne, wskazywały na dodatnie powiązania zakłóceń w podstawowych przekonaniach zarówno z PTSD, jak i PTG [22–25]. Pierwsze polskie badania [26, 27] potwierdziły występowanie tego typu związków w kilku grupach osób. Silniejsze związki dotyczyły PTG.

Strategie radzenia sobie z chorobą a negatywne i pozytywne skutki traumy

Doświadczenie traumatycznej sytuacji, w tym choroby nowotworowej, pociąga za sobą podejmowanie aktywności zaradczej w postaci strategii radzenia sobie z chorobą. Aktywność ta ma na celu przede wszystkim poradzenie sobie z negatywnymi emocjami, które wydają się naturalną konsekwencją diagnozy choroby. Za korzystne (adaptacyjne) w procesie przystosowania się do choroby uznaje się przede wszystkim strategie aktywne (konstruktywne), nastawione na walkę z chorobą czy poszukiwanie wsparcia. Do niekorzystnych (nieadaptacyjnych) strategii zalicza się te, które oparte są na emocjach i unikaniu (strategie destruktywne). Ich stosowanie z reguły przyczynia się do wzrostu nasilenia stresu i negatywnych emocji, przede wszystkim lęku [28].

Na znaczenie strategii destruktywnych (mierzonych za pomocą *Skali przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej* – Mini-Mac) w rozwoju negatywnych konsekwencji traumy u osób leczonych z powodu choroby nowotworowej wskazuje Laskowska [29]. Strategie te, występujące w postaci zaabsorbowania lękowego oraz bezradności/bez nadziei, tworzące destruktywny styl radzenia sobie, wyjaśniały występowanie objawów PTSD w 50%. Inne badania, przeprowadzone wśród kobiet zmagających się z rakiem piersi, dostarczyły danych wskazujących, że strategia bezradność/bez nadziei, obok typu C, jest głównym predyktorem wystąpienia objawów PTSD [28].

Dodatnie związki między nasileniem PTSD a strategiami skierowanymi na emocje i na uni-

kanie (mierzone za pomocą CISS) wykazano w badaniach obejmujących kobiety z rakiem piersi i mężczyzn z rakiem płuca [30]. Destruktywne strategie radzenia sobie, takie jak zaprzeczanie, zaprzestanie działań oraz samoobwinianie się, pozwalały na przewidywanie wystąpienia objawów PTSD u chorych zmagających się z rakiem głowy i szyi [31].

Wśród strategii radzenia sobie sprzyjających wystąpieniu PTG wymienia się akceptację, pozytywne przewartościowanie, radzenie sobie skoncentrowane na zadaniu i na religii. Ich znaczenie potwierdzają przeprowadzone metaanalizy wyników kilku badań zaprezentowane przez Ogińską-Bulik [9, 10]. Wydaje się, że w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych szczególną rolę odgrywa radzenie sobie oparte na znaczeniu, obejmujące przede wszystkim religijne (duchowe) radzenie sobie oraz pozytywne przewartościowanie. Tego rodzaju radzenie sobie pełni funkcję adaptacyjną i jest związane z nadawaniem sensu poprzez integrowanie doświadczonego wydarzenia z posiadanymi schematami dotyczącymi świata i własnej osoby.

Wystąpieniu PTG w wyniku doświadczenia choroby nowotworowej może sprzyjać również aktywne radzenie sobie (dotyczy to przede wszystkim osób wyraźnie nastawionych na walkę z chorobą), poczucie humoru, a także poszukiwanie wsparcia społecznego [32, 33]. W badaniach osób, które doświadczyły różnych rodzajów raka [34], dowiedziono, że PTG był pozytywnie związany ze strategią ducha walki – traktowaną jako najbardziej przystosowawcza w procesie zmagania się z chorobą, natomiast strategia bezradności/bez nadziei wiążała się z nim negatywnie. W innych badaniach przeprowadzonych wśród kobiet z rakiem piersi [35] stwierdzono, że PTG w okresie diagnozy i leczenia choroby był pozytywnie związany z radzeniem sobie opartym na religii, odwracaniem uwagi, pozytywnym przewartościowaniem i mniejszym poszukiwaniem wsparcia społecznego. W późniejszym okresie (3 miesiące od operacji) z pojawianiem się pozytywnych zmian po traumie wiązało się przede wszystkim aktywne radzenie sobie i radzenie sobie oparte na religii. Z kolei 6 miesięcy później PTG był związany z aktywnym radzeniem sobie, radzeniem sobie opartym na emocjach, większym poszukiwaniem wsparcia społecznego, radzeniem sobie opartym na religii i mniejszym stopniem radzenia sobie związanego z akceptacją zaistniałej sytuacji. Rok po operacji istotne znaczenie dla PTG miały strategie pozytywnego przewartościowania i planowania.

Znaczenie różnych strategii w procesie radzenia sobie w zależności od czasu choroby ujawniono także w innych badaniach, obejmujących kobiety z rakiem piersi [36]. Predyktorem PTG w okresie leczenia (metodą chemioterapii) było radzenie sobie oparte na religii. W późniejszym okresie istotne okazały się strategie pozytywnego przewartościowania oraz poszukiwanie wsparcia, tak instrumentalnego, jak i emocjonalnego. Wskazuje to, że proces radzenia sobie z chorobą ma charakter dynamiczny i że poziom PTG wiąże się z różnymi strategiami radzenia sobie, których stosowanie zależy m.in. od czasu trwania choroby.

Celem badań było ustalenie związku między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach i stosowanymi strategiami radzenia sobie z chorobą a objawami PTSD i PTG wśród osób, które doświadczyły choroby nowotworowej. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Jakie jest nasilenie uwzględnionych w badaniu zmiennych, tj. objawów PTSD i PTG, zakłóceń w podstawowych przekonaniach oraz strategii radzenia sobie w badanej grupie chorych onkologicznie?
- Czy istnieje związek między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach i stosowanymi strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową a objawami PTSD i PTG?
- Które z uwzględnionych w badaniu zmiennych (zakłócenia w przekonaniach, strategie radzenia sobie) mają znaczenie predykcyjne dla PTSD, a które dla PTG?

Odwołując się do modelu Calhouna i wsp. [21] oraz przeprowadzonych w tym zakresie badań [22–27], przyjęto, że zakłócenia w przekonaniach będą dodatnio powiązane zarówno z PTSD, jak i PTG, przy czym związki z PTG będą silniejsze. Przyjęto również, że strategie destruktywne będą dodatnio powiązane z PTSD, a konstruktywne z PTG.

Material i metody

Badaniami objęto 65 chorych onkologicznie leczonych w Białostockim Centrum Onkologii, z czego do analizy włączono wyniki uzyskane od 60 osób (5 osób w sposób niekompletny wypełniło przekazane im kwestionariusze) w wieku 30–79 lat ($M = 62,5$, $SD = 10,84$). Wśród badanych 50% stanowili mężczyźni i 50% kobiety. Były to osoby z rakiem piersi, prostaty oraz płuc (po 33,3% w każdej z grup). Diagnozę choroby 40% osób miało postawioną w ostatnim roku przed badaniem, a pozostałe 60% w okresie wcześniejszym. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny, a na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetyki.

Zastosowano cztery narzędzia pomiaru, których charakterystykę przedstawiono poniżej.

Lista zaburzeń po stresie traumatycznym (Posttraumatic Stress Disorder Checklist – PCL-5), której autorami są Weathers i wsp. [37], w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik, Juczyńskiego, Lis-Turlejskiej i Merecz-Kot [38]. Zawiera opis 20 objawów PTSD przypisanych do 4 czynników: intruzji, unikania, negatywnych zmian w sferze poznawczej i/lub emocjonalnej oraz objawów wzmożonego pobudzenia i reaktywności (np. „Jak bardzo w ciągu ostatniego miesiąca dokuczały ci powtarzające się, przykre i niechciane wspomnienia stresującego wydarzenia”). Badany dokonuje oceny swoich doznań na skali 5-stopniowej, od 0 (wcale) do 4 (bardzo mocno). Ogólną ocenę intensywności objawów stanowi suma wyników wszystkich 20 pozycji. Narzędzie ma bardzo dobre właściwości psychometryczne. Wskaźnik α Cronbacha dla całej skali wynosi 0,96.

Inwentarz potraumatycznego rozwoju – IPR (Post-traumatic Growth Inventory – PTGI), którego autorami są Tedeschi i Calhoun [7], w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [39]. Zawiera 21 twierdzeń opisujących pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego wydarzenia traumatycznego (np. „Zmieniłem(-am) swoje priorytety odnośnie tego, co jest w życiu ważne”). Stopień zmian oceniany jest na skali 6-stopniowej. W polskiej wersji narzędzia ocena dotyczy zmian w percepcji siebie, w relacjach z innymi, większego doceniania życia i zmian duchowych. Inwentarz charakteryzuje bardzo dobre właściwości psychometryczne. Wskaźnik α Cronbacha dla całej skali wynosi 0,93.

Inwentarz podstawowych przekonań – IPP (Core Beliefs Inventory – CBI), którego autorami są Cann i wsp. [22], w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik [27]. Obejmuje 9 stwierdzeń dotyczących zakłóceń w posiadanych podstawowych przekonaniach (np. „Z powodu tego zdarzenia poważnie zastanawiałem(-am) się, do jakiego stopnia to, co się przydarza ludziom, jest sprawiedliwe”). Odnoszą się one do oceny własnego znaczenia i wartości siebie jako osoby, swojej przyszłości, relacji z innymi ludźmi, które pojawiły się w wyniku doświadczenia najbardziej stresującego wydarzenia. Zadaniem osoby badanej jest ocena, w jakim stopniu to zdarzenie (w tym przypadku choroba nowotworowa) stanowi zakłócenie w podstawowych przekonaniach, w skali: 0 – wcale, 1 – w bardzo małym, 2 – w małym, 3 – w umiarkowanym, 4 – w dużym i 5 – w bardzo dużym stopniu. Im wyższy wynik, tym większe zakłócenie w przekonaniach, a co za tym idzie – tym większa skłonność badanego do ich zmiany. Narzędzie ma satysfak-

cjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik α Cronbacha wynosi 0,90.

Skala przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (Mini Mental Adjustment to Cancer Scale – Mini-MAC), której autorami są Watson i wsp. [40], zaadaptowana do warunków polskich przez Juczyńskiego [41]. Składa się z 29 pozycji (np. „Mam ochotę się poddać”) i służy do badania 4 strategii radzenia sobie z chorobą: zaabsorbowanie lękowe, duch walki, bezradność/beznadziejność oraz pozytywne przewartościowanie. Osoba badana udziela odpowiedzi na 4-stopniowej skali, wskazując stwierdzenie, które najlepiej ją opisuje. Skala posiada zadowalające właściwości psychometryczne: wartości współczynników α Cronbacha dla poszczególnych wymiarów wahają się od 0,87 do 0,92.

Wyniki

Analiza wyników obejmowała ustalenie średnich wartości uwzględnionych w badaniu zmiennych, tj. nasilenia objawów PTSD, PTG, zakłóceń w przekonaniach oraz stosowanych strategii radzenia sobie z chorobą, związków między zakłóceniami w przekonaniach i strategiami radzenia sobie a PTSD i PTG, sprawdzonych za pomocą współczynników korelacji, oraz ustalenie wyznaczników PTSD i PTG za pomocą analizy regresji. W analizach uwzględniono również związki między PTSD i PTG a zmiennymi socjodemograficznymi (wiek, płeć) i zmiennymi związanymi z chorobą (czas od postawienia diagnozy, rodzaj nowotworu). Rozkład wyników ma charakter normalny, dlatego w analizach zastosowano testy parametryczne. Uzyskane średnie przedstawia tabela 1.

W badanej grupie chorych onkologicznie wynik w zakresie nasilenia PTSD jest zbliżony do wyników uzyskanych w badaniach normalizacyjnych przeprowadzonych w związku z polską adaptacją PCL-5 [38]. Zgodnie z przyjętym kryterium odcięcia dla PCL-5 (33 punkty) 35% badanych ujawnia wysokie, a 65% niskie prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD.

Uzyskana przez badanych średnia PTG odpowiada wartości 6 stena [39], jest więc wynikiem wskazującym na przeciętne nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych. Bardziej szczegółowa analiza ujawniła, że niskie nasilenie PTG występowało u 20%, średnie u 33,3%, a wysokie u 46,7% badanych.

Stopień zakłóceń w podstawowych przekonaniach jest zbliżony do danych uzyskanych w badaniach normalizacyjnych [27] i wskazuje na przeciętne nasilenie tej zmiennej. Średnie wartości strategii konstruktywnych (duch walki, pozytyw-

Tabela 1. Średnie wyniki analizowanych zmiennych
Table 1. Means and standard deviations of analyzed variables

Analizowane zmienne	M	SD
PTSD		
ogółem	29,38	17,16
intruzje	7,58	5,04
unikanie	4,17	2,10
zmiany poznawcze i emocjonalne	9,33	6,18
zmiany w pobudzeniu i reaktywności	8,46	5,65
PTG		
ogółem	67,65	19,45
zmiany w percepcji siebie	27,11	8,72
zmiany w relacjach z innymi	23,67	7,48
docenianie życia	10,15	3,22
zmiany w sferze duchowej	6,72	2,51
zakłócenia w przekonaniach	26,07	8,60
strategie radzenia sobie z chorobą		
zaabsorbowanie lękowe	15,87	4,32
duch walki	23,67	2,97
bezradność/beznadziejność	12,87	4,21
pozytywne przewartościowanie	22,48	2,59

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, PTSD – zespół stresu pourazowego, PTG – potraumatyczny wzrost

ne przewartościowanie) nie odbiegają od wyników uzyskanych w badaniach normalizacyjnych uzyskanych przez Juczyńskiego [41], natomiast średnie wartości strategii destruktywnych (zaabsorbowanie lękowe, bezradność/beznadziejność) w badanej grupie są nieco niższe.

Wiek badanych nie wiązał się z nasileniem objawów PTSD ($r = 0,08$) i PTG ($r = -0,06$). Płeć badanych nie różnicowała nasilenia negatywnych

(mężczyźni: $M = 31,53$, $SD = 18,04$; kobiety: $M = 27,23$, $SD = 16,26$; $t = 0,90$) i pozytywnych zmian potraumatycznych (mężczyźni: $M = 62,80$, $SD = 21,82$; kobiety: $M = 72,50$, $SD = 15,66$; $t = 1,97$). Czas, jaki upłynął od postawienia diagnozy choroby nowotworowej, nie wiązał się z nasileniem PTSD ($r = -0,03$) ani PTG ($r = -0,07$). Również rodzaj nowotworu nie był powiązany z nasileniem negatywnych (rak piersi: $M = 27,10$, $SD = 16,60$; rak prostaty: $M = 33,35$, $SD = 18,35$; rak płuca: $M = 27,70$, $SD = 16,65$; $F = 0,80$) ani pozytywnych zmian potraumatycznych (rak piersi: $M = 70,10$, $SD = 13,73$; rak prostaty: $M = 61,30$, $SD = 22,60$; rak płuca: $M = 71,55$, $SD = 20,28$; $F = 1,66$).

Następnie za pomocą współczynników korelacji Pearsona ustalono związek między zakłóceniami w posiadanych przekonaniach i stosowanymi strategiami radzenia sobie z chorobą a objawami PTSD i PTG (tab. 2).

Dane zamieszczone w tabeli 2 wskazują, że zakłócenia w przekonaniach wiążą się przede wszystkim z PTG. Są to związki o charakterze dodatnim, co oznacza, że skłonność do zastanawiania się nad sobą i światem w wyniku doświadczonej traumy sprzyja występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych. Zakłócenia w przekonaniach nie wiążą się w sposób istotny statystycznie z objawami PTSD, z wyjątkiem intruzji, choć i w tym przypadku wartość współczynnika korelacji jest niska.

Strategie destruktywne, obejmujące zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność/beznadziejność, wiążą się dodatnio z nasileniem PTSD, przy czym wyższe wartości współczynników korelacji dotyczą zaabsorbowania lękowego. Strategie konstruktywne (duch walki i pozytywne przewartościowanie) nie korelują w sposób istotny statystycznie z PTSD. Zanotowano jedynie słabą korelację o cha-

Tabela 2. Współczynniki korelacji między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach i strategiami radzenia sobie z chorobą a nasileniem objawów PTSD i PTG

Table 2. Correlation coefficients between disruptions in basic beliefs, coping strategies with cancer and severity of PTSD and PTG

Zmienne	Zakłócenia w przekonaniach	Zaabsorbowanie lękowe	Duch walki	Bezradność/beznadziejność	Pozytywne przewartościowanie
PTSD ogółem	0,22	0,54***	-0,01	0,37**	-0,09
intruzje	0,32*	0,63***	-0,12	0,42***	-0,06
unikanie	0,12	0,27*	-0,31*	0,07	0,06
zmiany poznawcze i emocjonalne	0,18	0,48***	-0,08	0,38**	-0,17
zmiany w pobudzeniu i reaktywności	0,18	0,47***	-0,01	0,33**	-0,03
PTG ogółem	0,57***	0,21	0,04	-0,01	0,21
zmiany w percepcji siebie	0,53***	0,24	-0,01	0,07	0,19
zmiany w relacjach	0,49***	0,09	0,12	-0,06	0,19
docenianie życia	0,55***	0,18	0,03	-0,07	0,06
zmiany w sferze duchowej	0,43***	0,22	-0,07	-0,15	0,28*

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

rakterze ujemnym między strategią ducha walki a objawem PTSD, jakim jest unikanie.

Nie stwierdzono związku między stosowanymi strategiami radzenia sobie z chorobą a pozytywnymi zmianami potraumatycznymi. Jedynie pozytywne przewartościowanie okazało się istotnie – choć słabo – powiązane ze zmianami w sferze duchowej.

W kolejnym kroku sprawdzono, które z uwzględnionych w badaniu zmiennych (zakłócenia w przekonaniach i strategii radzenia sobie z chorobą) są predyktorami PTSD i PTG. Przeprowadzono szereg analiz, uwzględniając jako zmienne wyjaśniane zarówno wyniki ogólne PTSD i PTG, jak i poszczególne czynniki wchodzące w ich skład. Predyktorem PTSD (ogólny wynik PCL-5) okazała się jedynie strategia radzenia sobie z chorobą w postaci zaabsorbowania lękowego ($\beta = 0,50$, $R^2 = 0,29$), która wyjaśnia 29% wariacji zmiennej zależnej. Bardziej szczegółowe analizy potwierdziły znaczenie tej strategii dla występowania poszczególnych kategorii objawów PTSD. Zaabsorbowanie lękowe jest predyktorem intruzji ($\beta = 0,63$, $R^2 = 0,40$), negatywnych zmian w procesach poznawczych i emocjonalnych ($\beta = 0,37$, $R^2 = 0,24$), negatywnych zmian w pobudzeniu i reaktywności ($\beta = 0,42$, $R^2 = 0,22$), a także unikania, w przypadku którego wyłoniono dwa predyktory: zaabsorbowanie lękowe ($\beta = 0,37$, $R^2 = 0,13$) i duch walki ($\beta = 0,40$, $R^2 = 0,10$). Zaabsorbowanie lękowe ma największe znaczenie dla rozwoju objawów intruzji – wyjaśnia 40% wariacji zmiennej zależnej, najmniejsze zaś dla unikania – wyjaśnia 13%.

Z kolei w odniesieniu do pozytywnych zmian potraumatycznych znaczenie predykcyjne mają zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Okazały się one predyktorem ogólnego wyniku PTG ($\beta = 0,56$, $R^2 = 0,34$) – wyjaśniają 34% wariacji zmiennej zależnej. Zakłócenia w przekonaniach odgrywają także predykcyjną rolę dla wszystkich czterech obszarów wchodzących w zakres potraumatycznego wzrostu. W przypadku pozytywnych zmian w percepcji siebie wyjaśniają one 28% wariacji zmiennej zależnej ($\beta = 0,51$, $R^2 = 0,28$), w przypadku zmian w relacjach z innymi 24% ($\beta = 0,50$, $R^2 = 0,24$), w przypadku doceniania życia 30% ($\beta = 0,57$, $R^2 = 0,30$), a w przypadku zmian w sferze duchowej 18% ($\beta = 0,34$, $R^2 = 0,18$). Zmiany duchowe wyjaśniane są także – choć w niewielkim stopniu – przez strategię radzenia sobie z chorobą, jaką jest pozytywne przewartościowanie ($\beta = 0,28$, $R^2 = 0,05$).

Dyskusja

Doświadczenie zagrażającej życiu choroby, a do takich należy choroba nowotworowa, pociąga za

sobą zarówno zmiany negatywne, w postaci objawów PTSD, jak i pozytywne, w formie potraumatycznego wzrostu. W badanej grupie u 35% osób ujawniono wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia PTSD. Jednocześnie blisko połowa badanych (46,7%) charakteryzowała się wysokim nasileniem PTG, co jest zgodne z wynikami badań przeprowadzonych wśród kobiet, które zmagają się z rakiem piersi [13]. Wyniki potwierdzają także możliwość współwystępowania negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Większość prowadzonych w tym zakresie badań wskazuje na dodatnie związki między PTSD a PTG [9, 10, 42, 43].

W świetle otrzymanych wyników na doświadczenie choroby nowotworowej można spojrzeć nie tyle jak na silny negatywny stresor, co raczej jak na przejściowe wydarzenie, które stwarza potencjał dla zmian o charakterze pozytywnym. Dostrzeżenie przez osoby chore onkologicznie pozytywnych zmian zachodzących w wyniku zmagania się z chorobą potwierdza ich duże zdolności adaptacyjne. Co więcej, prowadzone w tym zakresie dość liczne badania wskazują, że występowanie wzrostu po traumie u osób, które doświadczyły choroby nowotworowej, zdaje się stanowić regułę, a nie wyjątek.

Z przeprowadzonych badań wynika, że stopień zakłóceń w posiadanych przekonaniach wiąże się dodatnio z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Potwierdza to założenia autorów modelu wzrostu po traumie [21, 22] dotyczące istotnej roli zakłóceń poznawczych w procesie poznawczego przetwarzania traumy. Celem tego procesu jest nadanie doświadczonemu zdarzeniu sensu i znaczenia, a w konsekwencji – dopasowanie się do nowej rzeczywistości, zmienionej w związku z doznaną traumą. Uzyskane wyniki są zgodne z większością prowadzonych w tym zakresie badań, które potwierdziły dodatnie powiązania zakłóceń w przekonaniach z PTSD, ale przede wszystkim z PTG [22, 24, 25].

Wyniki badań nie potwierdziły związku między zakłóceniami w przekonaniach a objawami PTSD, z wyjątkiem intruzji, która z nimi dodatnio korelowała. Brak takich powiązań wskazuje, że zastanawianie się nad sobą, swoją przyszłością, znaczeniem swojego życia, a także nad tym, co przydarza się innym, nie przekłada się na negatywne efekty w postaci symptomów PTSD. Może to również oznaczać, że badane osoby na poziomie poznawczym uporały się z doznaną traumą i że nastąpił – przynajmniej częściowy – proces integracji informacji o doświadczonej sytuacji z posiadanymi wcześniej schematami poznawczymi. O takiej integracji zdaje się świadczyć dodatni związek mię-

dzy zakłóceniami w przekonaniach a PTG. W wyniku podjętego przez osoby chore onkologicznie procesu przetwarzania traumy mogło nastąpić – przynajmniej w pewnym stopniu – nadanie sensu i znaczenia doświadczonej chorobie, a w konsekwencji dopasowanie się do nowej rzeczywistości.

Dodatni związek między zakłóceniami w przekonaniach a PTG oraz jego brak w odniesieniu do PTSD może więc być związany z czasem, jaki upłynął od diagnozy choroby, choć należy podkreślić, że w przeprowadzonych badaniach zmienna ta nie różnicowała nasilenia negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych. Potwierdzenie związku między zmiennymi w zależności od czasu, jaki upłynął od diagnozy choroby, wiązałoby się z koniecznością przeprowadzenia badań o charakterze podłużnym.

Uzyskane wyniki są zasadniczo zgodne z założeniami autorów modelu potraumatycznego wzrostu [21, 22], którzy wskazują, że występowanie zakłóceń w podstawowych przekonaniach jest mechanizmem leżącym u podłoża procesu pozytywnej adaptacji potraumatycznej. Bezpośrednio po doświadczonym zdarzeniu zakłócenia w przekonaniach mogą nasilać objawy PTSD, ale w okresie późniejszym prowadzą do wystąpienia pozytywnych zmian potraumatycznych.

Należy także zwrócić uwagę, że w proces poznawczego przetwarzania traumy mogą być zaangażowane również inne aktywności o charakterze poznawczym, w tym ruminowanie o doświadczonych zdarzeniach, a także poznawcze strategie radzenia sobie z nimi, które w powiązaniu z gotowością do zmiany przekonań mogą wpływać na skutki traumy, ujawniane zarówno w formie objawów PTSD, jak i PTG. Nie bez znaczenia wydaje się także stopień akceptacji choroby.

Uzyskane wyniki wskazują na dość silne powiązania destruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, a szczególnie zaabsorbowania lękowego, z PTSD. Potwierdza to, że koncentrowanie się na negatywnych emocjach w procesie zmagania się z chorobą może wzmacniać nasilenie objawów PTSD, szczególnie symptomów intruzji. Towarzyszący chorobie lęk przyczynia się zatem do występowania nawracających, niechcianych myśli, wspomnień, obrazów, które mogą utrudniać proces przystosowania się do choroby. Co więcej, te negatywne konsekwencje w postaci zarówno zaabsorbowania lękowego, lęku, jak i objawów intruzji mogą się utrzymywać pomimo pojawiających się pozytywnych zmian potraumatycznych.

Nie uzyskano oczekiwanych pozytywnych związków między konstruktywnymi strategiami radzenia sobie z chorobą a PTG, na które wskazują

inni badacze [9, 10, 34, 35]. Jedynie pozytywne przetwarzanie korelowało dodatnio ze zmianami w sferze duchowej, jednakże jest to związek słaby. Może to oznaczać, że podejmowana aktywność zaradcza nie odgrywa istotnej roli w występowaniu wzrostu po traumie. Jak wynika z przeprowadzonych badań, większe znaczenie w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych należy przypisać aktywności poznawczej w postaci zakłóceń w podstawowych przekonaniach.

Przeprowadzone badania mają pewne ograniczenia. Nie analizowano w nich stopnia zaawansowania choroby i postępów w leczeniu ani poczucia, że choroba jest sytuacją traumatyczną. Nie uwzględniono także innych czynników, które mogły być powiązane z występowaniem negatywnych i pozytywnych konsekwencji zmagania się z chorobą, w tym znaczenia innych doświadczeń o charakterze traumatycznym, a także zmiennych osobowościowych czy otrzymywanego wsparcia społecznego. Ponadto badania miały charakter przekrojowy, co oznacza, że nie można jednoznacznie wnioskować o związkach przyczynowo-skutkowych między zmiennymi.

W kolejnych badaniach warto byłoby uwzględnić także inne czynniki wchodzące w zakres poznawczego przetwarzania traumy, w tym poznawcze strategie radzenia sobie z doznaną traumą, takie jak restrukturyzacja poznawcza, akceptacja czy porównywanie w dół. Istotne byłoby również sprawdzenie, czy zakłócenia w podstawowych przekonaniach, stosowane strategie radzenia sobie z chorobą oraz negatywne i pozytywne skutki zmagania się z chorobą ujawniane w postaci PTSD i PTG zmieniają się w czasie. Wymagałoby to jednak wykonania badań o charakterze podłużnym.

Przeprowadzone badania rozszerzają wiedzę w zakresie uwarunkowań negatywnych i pozytywnych skutków traumy wynikającej z doświadczenia choroby nowotworowej. Potwierdzają, że destruktywne strategie zaradcze sprzyjają występowaniu objawów PTSD, i wskazują, że aktywność poznawcza, wyrażana w postaci zakłóceń w podstawowych przekonaniach, jest głównym czynnikiem prowadzącym do wzrostu po traumie.

Uzyskane wyniki mają także znaczenie dla praktyki klinicznej, przede wszystkim w procesie radzenia sobie z doznaną traumą wynikającą z doświadczenia choroby nowotworowej. Oddziaływania podejmowane przez terapeutów powinny mieć na celu przede wszystkim obniżenie skłonności chorego do lękowego zaabsorbowania chorobą, co mogłoby zmniejszyć ryzyko wystąpienia objawów PTSD, i zachęcanie do podejmowania wysiłków mających na celu aktywne zwalczanie choroby. Aktywne zmaganie się z chorobą nowo-

tworową wpływa bowiem na poprawę jakości życia, dłuższe przeżycie i mniejsze nasilenie dolegliwości [36, 44]. Ponadto zachęcanie do refleksji i analizy podstawowych przekonań u osób, które doświadczyły traumy, może zwiększyć ich szanse na wystąpienie potraumatycznego wzrostu. Wskazane byłyby więc podjęcie wysiłków mających na celu włączenie (zasymilowanie) doświadczonych zdarzeń w istniejący system przekonań jednostki, jak również dostosowanie posiadanych schematów poznawczych do nowych okoliczności, zmienionych w wyniku doznanej traumy.

Wnioski

U osób, które doświadczyły traumy związanej z chorobą nowotworową, występują zarówno negatywne, jak i pozytywne zmiany potraumatyczne.

Dla występowania objawów PTSD szczególnie znaczenie mają destruktywne strategie radzenia sobie z chorobą, a przede wszystkim zaabsorbowanie lękowe.

W występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych kluczową rolę odgrywają zakłócenia w podstawowych przekonaniach.

W procesie adaptacji do choroby nowotworowej należy zwrócić uwagę zarówno na podejmowane strategie radzenia sobie z chorobą, jak i na występujące u osoby chorej zakłócenia w podstawowych przekonaniach.

Oświadczenie

Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Devine K, Reed-Knight B, Loiselle K i wsp. Posttraumatic growth in young adults who experienced serious childhood illness: A mixed-methods approach. *J Clin Psychol Med Settings* 2010; 17: 340-348.
2. Cordova MJ, Studs JL, Hann DM i wsp. Symptom structure of PTSD following breast cancer. *J Trauma Stress* 2000; 13: 301-309.
3. Shelby R, Golden-Kreutz D, Andersen BL. PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *J Trauma Stress* 2008; 21: 165-172.
4. Ogińska-Bulik N. Negative and positive effects of trauma resulting from cancer – the role of personality and rumination. *Current Issues in Personality Psychology* 2017; 5: 232-243.
5. APA – American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (wyd. 5). Washington, DC, 2013.
6. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer: a conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2002; 22: 499-524.
7. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455-471.
8. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004; 15: 1-8.
9. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy trzy zamieniają się w perły. Wyd. Difin, Warszawa 2013.
10. Ogińska-Bulik N. Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Wyd. Difin, Warszawa 2015.
11. Cormio C, Muzzatti B, Romito F i wsp. Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end. *Support Care Cancer* 2017; 25: 1087-1096.
12. Martino M, Freda M. Post-traumatic growth in cancer survivors: narrative markers and functions of the experience's transformation. *The Qualitative Report* 2016; 21: 765-780. Retrieved from <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol21/iss4/11>.
13. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne* 2010; 15: 125-139.
14. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny wzrost u chorych onkologicznie – rola osobowości i ruminacji. *Psychiatria* 2017; 14: 53-60.
15. Ogińska-Bulik N. The role of ruminations in relation between personality and positive posttraumatic changes resulting from struggling with cancer. *Health Psychology Report* 2018; 6: 296-306.
16. Domanowska G, Greszta E, Ćwiklińska-Zaborowicz A. Odkrywanie wartości życia w chorobie nowotworowej. *Kwartalnik Naukowy* 2018; 1: 202-218.
17. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma. The Free Press, New York 1992.
18. Foa EB, Rothbaum BO. Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD. Guilford Press, New York 1998.
19. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38: 319-345.
20. Williams R, Davis M, Millsap R. Development of the Cognitive Processing of Trauma Scale. *Clin Psych Psychother* 2002; 9: 349-360.
21. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. The posttraumatic growth model: sociocultural considerations. W: *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. Weiss T, Berger R (red.). John Wiley & Sons, New Jersey 2010, s. 1-14.
22. Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG i wsp. The Core Beliefs Inventory: a brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety Stress Copin* 2010; 23: 19-34.
23. Barton S, Boals A, Knowles L. Thinking about trauma: the unique contributions of event centrality and posttraumatic cognitions in predicting PTSD and posttraumatic growth. *J Trauma Stress* 2013; 26: 718-726.
24. Lindstrom CM, Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG. The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and sociocultural elements to posttraumatic growth. *Psych Trauma Theory, Res Pract Policy* 2013; 5: 50-55.
25. Zhou X, Wu X, Fu F, An Y. Core belief challenge and rumination as predictors of PTSD and PTG among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *Psychol Trauma* 2015; 7: 391-397.
26. Ogińska-Bulik N, Socha I. Symptoms of posttraumatic stress among parents struggling with their child's cancer – the role of negative cognitive content and disruption in core beliefs/Objawy stresu pourazowego u rodziców zmagających się z chorobą nowotworową dziecka – rola negatywnych treści poznawczych i zakłóceń w kluczowych przekonaniach. *Adv Psychiatrii Neurol* 2017; 27: 206-220.
27. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. The importance of core beliefs in the process of posttraumatic adaptation – the Polish adaptation of the Core Beliefs Inventory/Znaczenie podstawowych przekonań w adaptacji potraumatycznej. Polska adaptacja the

- Core Beliefs Inventory. *Adv Psychiatry Neurol* 2018; 27: 102-119.
28. Pérez S, Galdón MJ, Andreu Y i wsp. Posttraumatic stress symptoms in breast cancer patients: temporal evolution, predictors, and mediation. *J Trauma Stress* 2014; 27: 224-231.
 29. Laskowska A. Nieadaptacyjna reakcja na chorobę – radzenie sobie ze stresem, zmienne demograficzne a objawy traumy u osób chorych na nowotwory. *Psychiatria Polska* 2015; 49: 811-819.
 30. Burnos A, Bargiel-Matusiewicz K. Quality of life and PTSD symptoms, and temperament and coping with stress. *Front Psychol* 2018; 9: 2072.
 31. Richardson AE, Morton RP, Broadbent E. Coping strategies predict post-traumatic stress in patients with head and neck cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016; 273: 3385-3391.
 32. Morris B, Shakespeare-Finch J, Scott J. Coping process and dimensions of posttraumatic growth. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies* 2007; 1, <http://www.massey.ac.nz/trauma/issues/2007-1/morris.htm>.
 33. Thornton AA, Perez MA. Posttraumatic growth in prostate cancer survivors and their partners. *Psycho-Oncology* 2006; 15: 285-296.
 34. Lechner SC, Zakowski SG, Antoni MH i wsp. Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients? *Psycho-Oncology* 2003; 12: 491-499.
 35. Lechner SC, Antoni MH. Posttraumatic growth and group-based intervention for persons dealing with cancer: What have we learned so far? *Psychol Inq* 2004; 15: 35-41.
 36. Bussel V, Naus MA. Longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol* 2010; 28: 61-78.
 37. Weathers F, Litz B, Keane T i wsp. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD 2013; www.ptsd.va.gov.
 38. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Lis-Turlejska M, Merecz-Kot D. Polska adaptacja PTSD Check List for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne/Polish adaptation of the PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. A preliminary communication. *Przegląd Psychologiczny* 2018; 61: 285-289.
 39. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129-142.
 40. Watson M, Law M, Santos dos M i wsp. The Mini-Mac: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *J Psychosoc Oncol* 1994; 12: 33-46.
 41. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001.
 42. Wu K, Zhang Y, Liu Z i wsp. Coexistence and different determinants of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Chinese survivors after earthquake: role of resilience and rumination. *Front Psychol* 2015; 6: 1043.
 43. Wu Z, Xu J, Sui Y. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth coexistence and the risk factors in Wenchuan earthquake survivors. *Psychiatry Res* 2016; 237: 49-54.
 44. Stanton AL, Ganz PA, Rowland JH i wsp. Promoting adjustment after treatment for cancer. *Cancer* 2005; 104: 2608-2613.